

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

PSYCHOMOTORICKÝ TERAPEUT - NÁVRH NOVÉ PRACOVNÍ POZICE
Diplomová práce

Autor: Bc. Lucie Hubálková, Aplikované pohybové aktivity
Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Olomouc 2017

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora: Bc. Lucie Hubálková

Název diplomové práce: Psychomotorický terapeut - návrh nové pracovní pozice

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby diplomové práce: 2017

Abstrakt: Diplomová práce je pilotní studií, která se zabývá definicí pracovníka v oblasti psychomotorické terapie jako součást doplňkové a následné péče v oblasti komplexní rehabilitace osob se specifickými potřebami v České republice. Pro splnění cíle byly využity metody analýzy zdrojů a dotazování. Výsledkem výzkumu je podklad pro vytvoření kompetenčního rámce takového pracovníka a vymezení náplně jeho práce. V praxi by práce mohla být využita pro vytvoření vysokoškolského studijního oboru a argumentace v diplomové práci by mohla sloužit jako podklad pro úpravu legislativy.

Klíčová slova: postižení, dlouhodobé onemocnění, sekundární rehabilitace, pohybová aktivita, komplexní rehabilitace, zdraví, následná péče

Souhlasím s půjčováním této diplomové práce v rámci knihovních služeb Univerzity Palackého v Olomouci

Bibliographical identification

Author's first name and surname: Bc. Lucie Hubálková

Title of master thesis: Psychomotor therapist - project of new work position

Department: Department of adapted physical activity

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2017

Abstract: The thesis is a pilot study which deals with the definition of a worker in psychomotor therapy as a part of complementary and following care in comprehensive rehabilitation of persons with special needs in Czech republic. Resource analysis and poll methods were used to meet the goal. The result of the research is the basis for creating a competency framework for this worker and defining the content of his work. In practice, the work could be used to create a university study program and the arguments in the thesis could be used as a basis for legislative arrangement.

Keywords: disability, long term disease, secondary rehabilitation, physical activity, comprehensive rehabilitation, health, following care

I agree with lending this theses within the University Palacký library services in Olomouc.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně pod vedením
Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D., uvedla jsem všechny odborné zdroje a použitou literaturu a
dodržovala jsem zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 20.4.2017

.....

Děkuji Mgr. Ondřeji Ješinovi za odborné vedení této práce, poskytnuté informace a cenné rady. Dále děkuji všem, kteří mi pomohli při zpracování této diplomové práce.

Poděkování patří i MUDr. Petru Konečnému, Ph.D., MBA, MUDr. Anně Hrubé, Mgr. Martině Vernerové, Mgr. Lence Kociánové, Bc. Tomáši Látalovi, Mgr. Vendule Dopitové, Mgr. Ivě Frgalové, Marii Novosádové a Miroslavě Smolenové.

OBSAH

2	Úvod	- 8 -
3	Teoretické poznatky	- 11 -
3.1	Význam pohybové aktivity u osob se specifickými potřebami	- 11 -
3.1.1	<i>Fyziologický efekt</i>	- 11 -
3.1.2	<i>Psycho-sociální vliv</i>	- 12 -
3.2	Legislativní zázemí	- 12 -
3.2.1	<i>Nelékařští zdravotní pracovníci</i>	- 12 -
3.2.2	<i>Vyhláška o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu</i>	- 15 -
3.2.3	<i>Úmluva o právech osob se zdravotním postižením</i>	- 18 -
3.3	Systém zdravotní péče v ČR	- 20 -
3.4	Definice osob se specifickými potřebami	- 22 -
3.4.1	<i>Zdravotní postižení</i>	- 23 -
3.4.2	<i>Zdravotní znevýhodnění</i>	- 33 -
3.4.3	<i>Senioři</i>	- 37 -
3.5	Specifika aplikovaných pohybových aktivit	- 37 -
3.5.1	<i>Specifika osob s mentálním postižením</i>	- 37 -
3.5.2	<i>Specifika osob s tělesným postižením</i>	- 38 -
3.5.3	<i>Specifika osob se zrakovým postižením</i>	- 38 -
3.5.4	<i>Specifika osob se sluchovým postižením</i>	- 38 -
3.6	Psychomotorika.....	- 39 -
3.6.1	<i>Psychomotorická terapie</i>	- 40 -
3.6.2	<i>Prostředky a metody psychomotoriky</i>	- 41 -
4	Výzkumná část	- 42 -
4.1	Cíle	- 42 -
4.2	Úkoly.....	- 42 -
4.3	Výzkumné otázky.....	- 42 -
5	Metodika	- 44 -
5.1	Metody výzkumu	- 44 -
5.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	- 44 -
5.3	Techniky sběru dat	- 45 -
5.3.1	<i>Analýza internetových zdrojů</i>	- 45 -
5.3.2	<i>Rozhovory s odborníky</i>	- 45 -
5.4	Postup a strategie výzkumu.....	- 47 -
6	Výsledky	- 48 -
6.1	Výsledky analýzy internetových zdrojů a databází.....	- 48 -

6.2	Výsledky semistrukturovaných rozhovorů	- 57 -
6.2.1	MUDr. Petr Konečný, primář Centra léčebné rehabilitaci v Nemocnici Prostějov	- 57 -
6.2.2	MUDr. Anna Hrubá, praktický lékař pro děti a dorost.....	- 60 -
6.2.3	Mgr. Vendula Dopitová, fyzioterapeut v Lázních Slatinice.....	- 62 -
6.2.4	Mgr. Iva Frgalová, fyzioterapeut ve Fakultní nemocnici Olomouc-	64
	-	
6.2.5	Mgr. Lenka Kociánová, vedoucí fyzioterapie v ambulantní rehabilitaci -	65 -
6.2.6	Bc. Tomáš Látal, fyzioterapeut ve společnosti Zdravý podnik	- 68 -
6.2.7	Mgr. Martina Vernerová, ergoterapeut v Nemocnici Prostějov a specialista aplikovaných pohybových aktivit.....	- 70 -
6.2.8	Marie Novosádová, zdravotní sestra a ošetřovatelka, jednatelka firmy Fyzidop -fyzioterapie a domácí péče	- 72 -
6.2.9	Miroslava Smolenová, specialista hudebně-pohybové terapie v Psychiatrické léčebně ve Šternberku.....	- 75 -
7	Diskuze.....	- 77 -
8	Závěr	- 84 -
9	Souhrn	- 86 -
10	Summary	- 87 -
11	Referenční seznam.....	- 88 -

1 ÚVOD

Už Jan Amos Komenský, Učitel národů, hlásal "Tělo necht' každodenní své hýbání má." Pohyb je základním projevem života a můžeme ho vnímat již na nejzákladnějších strukturách lidského těla, od úrovně subcelulární až po celý organismus.

V somatologii platí, že funkce dělá orgán, tudíž správný pohyb přináší zdraví a naopak co se nehýbe, degeneruje a umírá. A je pravdou, že i v přírodě se uplatní jen ty orgány, které odpovídají daným potřebám. Ptáci mají křídla a pneumatické kosti, protože potřebují létat a ryby mají žábry a hladký, klouzavý povrch těla, protože se potřebují pohybovat mrštně ve vodě. Obojí je důsledkem, ne však příčinou, proč ptáci létají a ryby žijí ve vodě.

Pohyb se projevuje v každé naší činnosti. Je to nástroj učení, jak ovládnout svoje tělo, způsob komunikace, seznámení se s okolím, získávání nezbytných zkušeností a seberealizace. Pohyb je fungování vlastního těla, je to plnění domácích prací, zaměstnání, aktivní transport, způsob dosahování zdraví a je to i zábava.

Pravidelná pohybová aktivita formuje celkově lidský organismus a má na něj celou řadu pozitivních dopadů. Ovlivňuje funkci jednotlivých orgánů a jejich vzájemnou souhru, působí tedy příznivě na fyzický stav a má i velmi dobrý účinek sociální a psychologický. Je to prostředek prevence nemocí a je jednou z podmínek dobrého zdraví a zdravého životního stylu. Vztah k pohybu se u každého člověka rozvíjí už od dětství, a proto bychom měli vést své potomky k aktivnímu životnímu stylu.

Ač nedostatek pohybu nepocitujeme tak výrazně jako třeba nedostatek tekutin či jídla, jak již bylo výše zmíněno, významně působí na lidský vývoj a funkci orgánů. Trendem dnešní doby je hypokineze, která v kombinaci se stresem působícím na jedince, vede ke vzniku únavy, která dále podporuje inaktivitu. Tento sedavý způsob života pak dále vede k energetické nerovnováze, kdy příjem energie převyšuje její výdej. Celý tento proces vede k tělesným i psychickým poruchám zdraví, ale hlavně může vést k rozvoji civilizačních chorob jako je ateroskleróza, revmatická onemocnění, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, deprese či rakovina. Jednou z mírnějších dopadů je možnost vzniku svalových dysbalancí, což z dlouhodobého hlediska vede k nesprávnému zatěžování kosterního aparátu a vzniku ortopedických obtíží. Celkově tedy hypokineze znamená nedostatečnou stimulaci základních fyziologických procesů, což vede k různým nemocem a tudíž ke zhoršení kvality života.

Někdy však nastává situace, kdy jsou lidé cíleně vyčleňováni nebo omezováni v pohybových aktivitách, přestože by jim právě pohybové aktivity v určité míře a v určité formě pomohla.

Vyhláška č. 391/2013 Sb. stanovuje, že zdravotní způsobilost osob se zájmem o sport by měla být hodnocena lékařem při zdravotní prohlídce podle sportovní úrovně. Avšak stanovuje také onemocnění, která by podle této vyhlášky mohla ohrozit zdravotní stav osoby s danou nemocí či zdraví dalších osob. První skupinou jsou nemoci, vady a stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, kam se řadí například osteoartróza či osteochondropatie. Avšak existují různé studie, které dokazují, že právě vyvážená pohybová aktivita má příznivý vliv na fyziologickou funkci kloubu. Pohybová aktivita v adekvátní míře je významná pro trofiku kloubních tkání a funkci kloubu a je doporučovaná jako nejzákladnější péče u degenerativních kloubních onemocnění.

Někdy se ale dostane jedinec se svými zdravotními potížemi do takové fáze, že musí vyhledat odbornou lékařskou pomoc. Onemocnění pacienta omezí natolik, že ho významně limituje v běžném životě nebo chronické onemocnění přejde z remise do fáze ataky. Lékař zajistí ošetření, ať už operativní či konzervativní a někdy předepíše medikaci, případně pacienta odešle k dalšímu odborníkovi. Po překonání akutní fáze nemoci v péči lékaře se pacient dostává do rukou fyzioterapeuta či ergoterapeuta. S těmito odborníky absolvuje buď několikátýdenní pobyt na rehabilitačním oddělení či v lázních nebo absolvuje ambulantně většinou 10 návštěv. Po vyřešení akutního problému se už pacientovi dále nikdo nevěnuje.

Základním motivem této práce je neexistence zdravotnické péče v kombinaci s pohybovou aktivitou jako formou doplňkové péče a pokračování fyzioterapie a ergoterapie. Dle zákona č. 96/2004 Sb. a vyhlášky č. 55/2011 Sb. neexistuje zdravotnický pracovník, který by měl v náplni práce realizaci tohoto typu péče a byl k ní způsobilý. V praxi existuje takzvaný aktivizační pracovník a činnostní terapeut. Aktivizační činností dle zákona č. 108/2006 Sb. je myšlena sociálně-terapeutická činnost v poskytovaných sociálních službách, například během osobní asistence či ve stacionáři. Činnostní terapeut se svojí prací blíží náplni práce ergoterapeutovi s tím rozdílem, že ergoterapeut se při své práci s pacientem zaměřuje na výsledek určité pracovní činnosti, kdežto činnostní terapeut se soustředí na samotný průběh vedoucí k tomu výsledku.

V České republice existují dvě zařízení nabízející tuto doplňkovou terapii a to je Centrum Paraple a Psychiatrická léčebna Šternberk. Mohou však tuto službu nabídnout

jen omezenému počtu klientů. Paraple se snaží tuto situaci změnit vytvořením detašovaných pracovišť, ale nemá úplně ideální legislativní a personální podmínky.

Byla také zaznamenána poptávka komerčních nestátních poskytovatelů zdravotní péče, jako jsou lázeňská zařízení i neziskových organizací, kteří mají zájem o rozšíření svých služeb i do podpory volnočasových aktivit klientů, neexistuje však systémová pracovní pozice, která by splňovala potřebná kritéria.

Cílem této práce je shromáždit potřebné podklady a vytvořit základ pro návrh kompetenčního rámce pro takového pracovníka, který s ohledem na specifické potřeby daného klienta bude navrhovat a realizovat pohybový program, vyhodnocovat a upravovat ho, celkově vést a motivovat klienta k plnění cílů své terapie.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

2.1 Význam pohybové aktivity u osob se specifickými potřebami

Pravidelně prováděné pohybové aktivity mají významný vliv nejen na zdraví člověka, ale také na zlepšení kvality jeho života. Příznivé efekty pohybové aktivity na člověka můžeme rozdělit do třech kategorií - fyzický, psychický a sociální (Ješina, Hamřík & kol., 2011; Ješina, 2014).

2.1.1 Fyziologický efekt

Po fyzické stránce bývá jedním z nejčastějších důsledků postižení opoždění psychomotorického vývoje nedostatečným přísunem či vnímáním podnětů, což znamená snížení motivace. Mezi nejvýznamnější fyziologické aspekty pohybové aktivity tedy patří rozvoj motorických dovedností, což představuje zvýšení kvality i kvantity pohybových vzorců (Sobotková & Dittrichová, 2013; Janečka, Chrobáková & Mayer, 2013).

Pohybová aktivita dále výrazně snižuje rizika rozvoje civilizačních onemocnění. Civilizační choroby vznikají v důsledku hypokineze v kombinaci s nadměrným příjmem energie, což vede k energetické nerovnováze. Pokud se tento stav prohlubuje, vede to k somatickým i psychickým poruchám (Talafa, Zapletalová & Pastucha, 2015).

Podstatnou roli hraje i v regulaci neurovegetativního systému. Vlivem nadměrného stresu může dojít k nerovnováze aktivity autonomního nervového systému a zvýšené působení sympatiku může vést k arteriální hypertenzi, avšak pravidelně prováděná pohybová aktivita v patřičné míře jeho působení snižuje (Souček, Nevřkla, Řiháček, Fráňa & Plachý, 2007).

V rámci kardiovaskulárního systému snižuje krevní tlak a riziko vzniku ischemické choroby srdeční. Zvyšuje srdeční objem i objem a pružnost cévního systému. Vyrůstá také vitální kapacita plic a zlepšuje se využití kyslíku tkáněmi (Svačinová, 2008; Němcová, 2002).

Pohybová aktivita zásadně přispívá k redukci tukových zásob organismu, udržuje svalovou sílu, strukturu kostí a zpevňuje ji. Snižuje riziko řídnutí kostí tím, že podle intenzity a způsobu zatěžování se v kostech tvoří kostní trámce. Dále také zpevňuje kloubní vazy a úpony svalů a zlepšuje hybnost kloubů. Pohybová aktivita celkově zlepšuje metabolismus lidského těla a to i hormonálně. Zvyšuje se citlivost

inzulínových receptorů ve tkáních a také je produkováno více endorfinů neboli hormonů štěstí, které tlumí bolest a navozují příjemné pocity (Kokštejn, Psotta, Frömel, Frýbort, Jahodová & Cuberek, 2011; Hejnová, 2015; Novotný, 2012; Block, 2007; Štěrbová 2007; Wang, Wu, Ning, Zhang & Zhang, 2017).

2.1.2 Psycho-sociální vliv

Po stránce psychické a sociální dochází k redukci stresu a ke zlepšení procesu socializace jedince. Pohybová aktivita pomáhá u jedince rozvíjet sebevědomí, empatii, hodnotový žebříček, zvyšuje psychickou výkonnost a zlepšuje náladu. Díky zkvalitňování pohybového aparátu a pohybových vzorců se zlepšují a udržují schopnosti nezávislého života například u seniorů.

Dále má pohyb vliv na získávání a rozvíjení sociálních dovedností, pomáhá vytvářet a udržovat sociální vazby, rozvíjí komunikační a kognitivní schopnosti, zlepšuje schopnost adaptability a způsobilost k řešení situací ve společnosti (Ješina, Hamřík & kol., 2011; Štěrbová, 2007).

Vzhledem k tomu, že jedinci se speciálními potřebami často trpí sociální exkluzí, má u nich velký význam právě posilování sebevědomí. Díky tomu vznikl teoretický model zvaný empowerment, kdy postižený jedinec dostává více prostoru k plnění úkolů, ať už to je zodpovědnost v rozhodovacím procesu či zvládnutí určitých pohybových dovedností například v rámci sebeobsluhy. Zvládnutí daného úkolu pak zvyšuje sebevědomí jedince, což má vliv na jeho sebepojetí a následně zlepšení psychické stability. Celkově je pak výsledkem jeho lepší přijetí společností, zvyšování úrovně aktivit a schopnosti se sám prosazovat (Ješina, Hamřík & kol., 2011; Ješina & Kudláček, 2014; Hutzler & Sherrill, 1999; Krhutová, 2013).

2.2 Legislativní zázemí

2.2.1 Nelékařští zdravotní pracovníci

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních stanovuje podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče v České republice. Podle něj člověk způsobilý k výkonu tohoto povolání je bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně kvalifikovaný a všechna tato kritéria je

povinen doložit potvrzením od příslušných orgánů (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004).

Tímto zákonem jsou stanoveni konkrétní zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné, případně specializované způsobilosti nebo pod odborným dohledem či přímým vedením. Vyhláškou č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborníků je vymezena náplň jejich práce podle platných právních předpisů a norem (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011). Patří sem:

- všeobecná sestra - poskytuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v souladu s diagnózou stanovenou lékařem
- porodní asistentka - poskytuje základní a specializovanou péči těhotné či rodící ženě, ženě v období šestinedělí, fyziologickému novorozenci
- ergoterapeut - realizuje terapie pomocí ergoterapeutických postupů se zaměřením na funkční schopnosti pacienta, ADL, zaměřuje se na výsledek činnosti pacienta
- radiologický asistent - provádí léčebné a zobrazovací metody s využitím různého typu záření na základě indikace lékařem s ohledem na radiační ochranu pacienta
- zdravotní laborant, laboratorní asistent a pracovník v laboratorních metodách - zajišťuje laboratorní diagnostickou péči
- zdravotně-sociální pracovník - provádí sociální prevenci a šetření, zajišťuje plán psychosociální intervence a sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění a jeho následkům, účastní se integračního procesu u osob se specifickými potřebami, řeší záležitosti okolo úmrtí pacientů
- optometrista - provádí diagnostickou a poradenskou činnost u osob s vadami zraku snižující jeho kvalitu
- ortoptista - poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči pacientům s oční poruchou s cílem snížení vlivu zrakových vad
- asistent ochrany a podpory veřejného zdraví a dezinfektor - provádí činnost se zaměřením na zabezpečení ochrany a podpory veřejného zdraví, hygienu
- ortotik-protetik a ortoticko-protetický technik - zajišťuje poradenství, návrhy a tvorbu ortotických pomůcek

- nutriční terapeut a nutriční asistent - poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči při zajištění nutričních potřeb v oblasti preventivní a léčebné výživy
- zubní technik a asistent zubního technika - zaměřuje se na zhotovení a úpravu zubních náhrad a dalších stomatologických výrobků dle indikace zubního lékaře
- dentální hygienistka - poskytuje preventivní, diagnostické a terapeutické ošetření dutiny ústní
- zdravotnický záchranář - poskytuje specifickou ošetrovatelskou péči v rámci přednemocniční neodkladné péče, anesteziologicko-resuscitační péče a akutního příjmu
- farmaceutický asistent - zajišťuje distribuci léčiv a přípravu vybraných léčiv bez lékařského předpisu, případně přípravu farmak pro radiologii
- biomedicínský inženýr, biomedicínský technik a biotechnický asistent - zajišťuje správu a obsluhu zdravotnických přístrojů mimo radiologické přístroje
- radiologický technik - zajišťuje správu radiologických přístrojů
- adiktolog - zajišťuje prevenci a diagnostiku a účastní se psychoterapie během léčby závislosti např. na návykových látkách
- klinický psycholog - provádí psychologickou diagnostiku, terapii, prevenci i poradenství, také konziliární a posudkovou činnost
- klinický logoped - realizuje diagnostiku, terapii a prevenci poruch řeči a sluchu, poskytuje poradenství, školení a posudkovou činnost
- zrakový terapeut - zajišťuje prevenci, diagnostiku a terapii zrakových funkcí
- fyzioterapeut - poskytuje diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového aparátu, bolestivých a spoušťových bodů, škálové hodnocení spasticity a dalších neurologických poruch, zajišťuje edukaci pacienta a ergonomické úpravy prostředí; fyzioterapeut také dle zákona č. 96/2004 Sb. by měl seznamovat pacienty s možnostmi sociální péče a vykonávat činnosti při sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením
- radiologický fyzik - stanovuje a upravuje parametry radiačního záření a zajišťuje radiační ochranu pacienta
- zdravotnický asistent - zajišťuje základní a speciální ošetrovatelskou péči pod dohledem zdravotní sestry či porodní asistentky, na rozdíl od zdravotní sestry však nemůže provádět nitrožilní aplikace a transfúze

- řidič vozidla zdravotnické záchranné služby - zajišťuje transport pacienta, případně neodkladnou první pomoc pod dohledem lékaře
- ošetrovatel - poskytuje základní ošetrovatelskou péči spojenou s hygienou, stravováním, úpravou prostředí, transportem či posmrtnou úpravu pod dohledem zdravotní sestry, porodní asistentky a radiologického asistenta
- masér a nevidomý a slabozraký masér - provádí masáže ve zdravotnických zařízeních pod dohledem fyzioterapeuta nebo lékaře, případně aplikuje některé metody hydroterapie a termoterapie
- zubní instrumentářka - asistuje zubnímu lékaři při péči o dutinu ústní, vykonává preventivní a edukační činnost
- laboratorní pracovník
- řidič dopravy nemocných a raněných - zajišťuje transport pacientů či biologického materiálu, případně provádí jednoduché úkony v neodkladných případech
- autoptický laborant - provádí pitvu a úkony s ní spojené pod dohledem lékaře
- sanitář - provádí pomocné a obslužné činnosti nutné pro poskytování ošetrovatelské péče pod dohledem zdravotní sestry či jiného zdravotnického pracovníka se způsobilostí k poskytování ošetrovatelské péče

2.2.2 Vyhláška o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu

Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci s Ministerstvem školství, tělovýchovy a mládeže vydalo vyhlášku č. 391/2013 Sb. o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu (vydání zmocněné zákonem č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotnických službách), která stanovuje, jak by měla být hodnocena zdravotní způsobilost a udává výčet nemocí, které ji limitují.

Je v ní stanoveno, že zdravotní způsobilost je posuzována lékařskými prohlídkami a četnost těchto prohlídek závisí na sportovní úrovni vyšetřovaného jedince. Se zvyšující se úrovní sportovce se zvyšuje i počet prohlídek. Ku příkladu vrcholový sportovec absolvuje vstupní lékařskou prohlídku, pravidelnou i mimořádnou, a to před začleněním do soutěže. U neorganizovaných sportů je pak dostačující jednorázová lékařská prohlídka. Prohlídka není hrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Výstupem z těchto prohlídek je lékařský posudek, který informuje, zda daná osoba je či není způsobilá k vykonávání tělesné výchovy a sportu nebo je způsobilá s podmínkou.

Vyhláška také obsahuje přílohu, ve které jsou sepsány nemoci, vady a stavy, které snižují nebo vylučují zdravotní způsobilost ke sportu a tělesné výchově tím, že by při výkonu daného sportu mohlo dojít ke zhoršení zdraví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011).

Patří sem:

I. Nemoci, vady nebo stavy svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně

- 1. osteoporóza*
- 2. osteoartróza*
- 3. osteochondropatie*
- 4. aseptické kostní nekrózy*
- 5. organické poruchy páteře (skolióza, rotace, floridní stadium morbusScheuermann)*
- 6. dysplázie kyčle a další poruchy vývoje hybného systému s trvalými následky*
- 7. stavy po implantaci kloubní náhrady*
- 8. závažné funkční poruchy hybného systému*
- 9. stavy po úrazech s trvalými následky*

II. Nemoci, vady nebo stavy oběhové soustavy

- 1. ischemická choroba srdeční*
- 2. nedostatečně korigovaná hypertenze či její závažné orgánové komplikace*
- 3. srdeční selhání*
- 4. dysrytmie a stavy po implantaci kardiostimulátoru/ICD/CRT*
- 5. plicní hypertenze*
- 6. cerebrovaskulární onemocnění s deficitem či s vysokým rizikem komplikací*
- 7. kardiomyopatie*
- 8. závažná vrozená onemocnění srdce a cév*
- 9. závažné chlopenní vady*
- 10. cévní náhrady*

III. Nemoci, vady nebo stavy dýchací soustavy

- 1. asthmabronchiale*
- 2. chronická obstrukční plicní nemoc*
- 3. tuberkulóza*

4. intersticiální plicní procesy

IV. Nemoci, vady nebo stavy krve, krevtovorných orgánů a novotvary

1. maligní nádorová onemocnění
2. závažná hematologická onemocnění
3. krvácivé stavy, antikoagulační a antiagregační léčba
4. hyperkoagulační stavy
5. splenomegalie

V. Nemoci, vady nebo stavy endokrinní soustavy, výživy a přeměny látek

1. diabetes mellitus, zejména nedostatečně kompenzovaný, s orgánovými komplikacemi
2. nemoci se zvýšeným rizikem hypoglykémie
3. závažné endokrinopatie
4. dědičné metabolické vady včetně mitochondriálních poruch
5. obezita, zejména vyššího stupně

VI. Poruchy duševní a poruchy chování

1. závažná psychiatrická onemocnění a poruchy mentálního vývoje
2. poruchy příjmu potravy
3. závislosti
4. poruchy pozornosti včetně navozených léčbou

VII. Nemoci, vady a stavy nervové soustavy

1. epilepsie, křečové stavy a stavy s poruchou vědomí
2. demyelinizační a degenerativní onemocnění nervové soustavy
3. radikulopatie, neuropatie
4. myopatie, myasthenia gravis
5. poruchy rovnováhy
6. encephalopatie
7. dětská mozková obrna
8. poruchy hybnosti organického původu
9. úžinové syndromy

VIII. Nemoci, vady a stavy oka a očních adnex, ucha a bradavkového výběžku

1. smyslové vady včetně refrakčních vad nad 4,5 D
2. retinopatie
3. onemocnění středního a vnitřního ucha
4. slepota i jednostranná

5. závažná nedoslýchavost a hluchota

IX. Nemoci, vady, poruchy a stavy infekční povahy nebo týkající se mechanismu imunity

1. recidivující a chronická zánětlivá onemocnění

2. autoimunitní onemocnění

3. závažné imunodeficience

4. stavy po transplantaci

5. imunosuprese

X. Nemoci, vady a stavy trávicí soustavy

1. chronické střevní záněty a jiná závažná onemocnění zažívacího traktu

2. chronická hepatitida a jiné hepatopatie

3. vředová choroba

4. hernie s rizikem komplikací

XI. Nemoci, vady a stavy močové a pohlavní soustavy

1. chronická onemocnění ledvin a vývodných cest močových

2. solitární ledvina

XII. Nemoci a stavy spojené s těhotenstvím

1. preeklampsie

2. patologická gravidita

3. vícečetné těhotenství

4. druhý a třetí trimestr fyziologické gravidity a šestinedělí

2.2.3 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Jedním z nezbytných prvků pro správné fungování společnosti je právo, které se uplatňuje při organizování jednotlivých vztahů v různých oblastech života a společnosti. Společnost chápeme jako skupinu lidí spojující podobné zájmy a kultura.

Jak už je patrné z předchozí kapitoly, jedinci s postižením se určitým způsobem liší od normální většinové populace a jsou tak ze společnosti vyčleňováni. Aby k tomuto diskriminačnímu jevu nedocházelo, neustále dochází k úpravám v legislativě, které mají pozitivní charakter (Slowík, 2007).

Základním dokumentem bránícím tuto menšinu je Listina základních lidských práv a svobod, kdy například podle Článku 29 mají osoby se specifickými potřebami stejně jako ženy a mladiství nárok na zvýšenou ochranu, ale také stejně jako mladiství mají nárok na ochranu v pracovním prostředí a přípravu k povolání. Tento dokument

obecně brání omezování života a svobody všech lidských bytostí bez rozdílu a stvrzuje jejich rovnost (Slowík, 2007; Renotierová, Ludíková et kol., 2005; Česká národní rada, 1993).

Existuje ale také specifitější dokument zaměřující se výhradně na práva postižených, a sice Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Dohlíží na dodržování práv a svobody, nediskriminování a důstojnosti jedince, ale i jeho rodiny, respektování různorodosti a potřeby zvládnání bariér, dále uznává potřebu vyšší ochrany žen a dívek se zdravotním postižením jako skupina náchylnější stát se obětí násilí či zneužívání a chrání a pomáhá rodinám zdravotně postižených jako základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro vývoj každého jedince. Dodržováním těchto principů se snaží podpořit jedince se zdravotním postižením a poskytováním rovnocenných příležitostí přispívá k účasti ve všech oblastech života.

V souvislosti s touto prací je třeba zmínit článek 3, 9, 22, 24, 25, 26, 28 a 30.

V článku 3 jsou sepsány zásady, na nichž je úmluva založena. Základem je respekt důstojnosti, samostatnosti a individuality každé osoby, plné a účinné začlenění do společnosti, rovnost příležitostí a jejich přístupnost a respekt individuálního rozvoje.

Článkem 9 se smluvní strana (stát) zavazuje k úpravě prostředí (budovy, pozemní komunikace, doprava) a komunikačních kanálů tak, aby dosáhla bezbariérovosti a zajištění potřebných opatření, jako jsou vyhlášky o dostupnosti, školení zainteresovaných, upravit prostory pro postižené (např. označení místnosti Braillovým písmem pro zrakově postiženého) a celý proces zpřístupnění pro postiženou populaci maximálně podpořit.

Článek 22 hovoří o respektování soukromí, kdy postižený má nárok na poskytnutí ochrany proti vnějšímu zásahu do soukromého života a narušení důvěrnosti informací za účelem zachování jeho cti.

Článek 24 je o vzdělání. Tímto článkem se stát zavazuje k poskytnutí vzdělání postiženému na všech úrovních, a to včetně celoživotního vzdělávání za účelem plného rozvoje lidského potenciálu, ať už po stránce fyzické či psychické, smyslu pro vlastní důstojnost a sebeuvědomění a zapojení se do svobodné společnosti. Osoby se zdravotním postižením jsou integrovány do vzdělávání s ohledem na vlastní potřeby, ale jsou respektovány i individuální požadavky na vzdělání (znaková řeč). Vzdělávání jsou také učitelé a další personál účastníci se ve vzdělávacím systému a je zpřístupňováno terciární vzdělávání.

O rovnosti poskytování zdravotních služeb hovoří článek 25. Zdravotní péče je poskytována všem ve stejné kvalitě a s ohledem na specifika osobnosti jedince se specifickými potřebami, co nejbližší k jeho bydlišti a bez diskriminačních tendencí.

Ve článku 26 se hovoří o rehabilitaci člověka do společnosti. Jsou mu poskytovány komplexní služby a programy pro dosažení a udržení úrovně soběstačnosti a samostatnosti s ohledem na všestranně zhodnocená individuální specifika jedince, a to s podporou tohoto začlenění dobrovolného a pokud možno co nejdostupnějšího.

Podle článku 28 má právo na přiměřenou životní úroveň a sociální ochranu každá osoba se zdravotním postižením i jeho rodina. Smluvní státy této úmluvy jsou povinny podniknout patřičné kroky, aby zajistili dodržení tohoto práva. Zajišťují programy sociální ochrany a podpory, pomoc s hrazením výdajů souvisejících s jejich postižením a zajišťováním důchodové podpory.

Na závěr podle článku 30 se stát zavazuje ke zpřístupnění kulturních zdrojů v jakémkoliv formátu a zamezení vzniku jakýchkoliv překážek proto, aby postižený mohl být jakkoliv kulturně obohacován a snaží se rozvíjet jeho tvůrčí činnost, vždy však s ohledem na odlišnosti jeho kulturní či jazykové identity. Dále tento článek zavazuje k umožnění účasti na rekreačních aktivitách, ve kterých jsou osoby se zdravotním postižením podporovány, snaží se je začlenit a je jim umožněno i účastnit se jejich organizace. Samozřejmostí je snaha o co největší bezbariérovost (Organizace spojených národů, 2008).

2.3 Systém zdravotní péče v ČR

Zdravotnický systém je postaven na třech subjektech - poskytovatel zdravotnické péče, pacient jako její příjemce a samotné zdravotnické zařízení, kde je tato péče realizována.

Zdravotní péče se dělí podle naléhavosti na neodkladnou, akutní, nezbytnou a plánovanou péči a podle účelu se dělí na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčnou, léčebně-rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní a lékárenskou. Je poskytována v různých formách.

První formou je péče ambulantní, kdy zpravidla není nutná hospitalizace pacienta. Jedná se o primární péči a je představována hlavně praktickými lékaři, u kterých je třeba se zaregistrovat a kteří v případě potřeby odesílají pacienta ke specialistovi s lékařským poukazem pro další péči.

Druhou formou je ústavní péče, kdy proběhne hospitalizace pacienta v nemocnici, léčebně dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebně nebo třeba rehabilitačním ústavu.

A pak je tu zdravotní péče poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta, což představuje zejména domácí péči (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011).

Mimo ambulantní, ústavní a domácí péči je součástí systému i zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba pro případ náhlých těžkých onemocnění či úrazů, závodní preventivní služba jako služba hodnocení negativních vlivů pracovní činnosti na zdraví a snaha jejich eliminace, dispenzární péče, která představuje sledování rizikových pacientů s předpokladem rozvoje nemoci například na základě místa bydliště či výskytu onemocnění v rodinné anamnéze, lázeňská léčebně-rehabilitační péče, poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, což je vlastně lékařská péče a preventivní péče v podobě preventivních prohlídek.

Zásadní složkou systému českého zdravotnictví je pojištění. V ČR je povinností každého občana uhradit sociální i zdravotní pojištění. Přispívá tak do fondu zdravotní pojišťovny procentuálním dílem ze svojí výplaty (13,5%) a z pojištění je pak hrazena jeho zdravotní péče. Jedná se o Bismarckovský model zdravotnictví.

Veškerá péče tedy probíhá bez přímé úhrady. Pojišťovny hradí vše na základě bodového systému dle vyhlášky č. 472/2009 Sb., která stanovuje bodové ohodnocení každého výkonu, a body se pak převádějí na peněžní hodnoty (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1998; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009).

Pro účely této práce je vhodné zmínit následující výkony spojené s hrazením pohybové aktivity a psychoterapie.

- léčebná tělesná výchova skupinová typ I., 3-5 léčených
- léčebná tělesná výchova skupinová typ II., 6-12 léčených
- léčebná tělesná výchova - instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků
- léčebná tělesná výchova skupinová v bazénu s teplou vodou
- léčebná tělesná výchova individuální pod dohledem na přístrojích
- léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě
- léčebná tělesná výchova v Hubbardově tanku

- léčebná tělesná výchova individuální - kondiční a analytické metody
- individuální léčebná tělesná výchova - nácvik lokomoce a mobility
- reedukace pohybových schémat a návyků a jejich korekce
- psychoterapie skupinová, typ I., pro skupinu max. 9 osob á 120 min
- psychoterapie skupinová, typ II., pro skupinu 10-14 osob á 120 min
- rodinná systematická psychoterapie á 30 min

2.4 Definice osob se specifickými potřebami

V českém právním řádu neexistuje jednotná legální definice osob se specifickými potřebami. Jednotlivé normy používají pro svou potřebu vlastní vymezení tohoto pojmu.

Podle školského zákona č. 561/2004 Sb. je definováno zdravotní postižení jako mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Dále definuje zdravotní znevýhodnění jako zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání (Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky, 2004).

Odstavec § 67 zákona č. 435/2004 Sb. o nezaměstnanosti zase zmiňuje zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění v souvislosti s průceschopností jedince v závislosti na míře jeho invalidity. Zdravotně znevýhodněná osoba je plně schopná vykonávat svoje zaměstnání, ale její trvalé začlenění je omezeno dlouhodobým zdravotním omezením. Toto omezení trvá déle než rok a omezuje tělesné, duševní a smyslové schopnosti jedince. Zdravotně postižení dokládají o svém zdravotním stavu odborný posudek (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2004).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. definuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2006).

Podle WHO je zdravotní postižení částečným nebo úplným omezením schopnosti vykonávat některou činnost či více činností. Je způsobeno poruchou či dysfunkcí orgánu. Toto vymezení termínu postižení zahrnuje fyzickou, mentální nebo smyslovou vadu, která může mít přechodný nebo trvalý charakter.

2.4.1 Zdravotní postižení

2.4.1.1 Mentální postižení

Mentální postižení nebo mentální retardace je porucha na celkové úrovni intelektu, což jsou schopnosti kognitivní, komunikační, motorické a sociální, přestože byl jedinec s takovou poruchou adekvátně výchovně stimulován (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014). Je to stav trvalý a může a nemusí se vyskytovat v kombinaci s jiným psychickou nebo tělesnou poruchou (Slowík, 2007).

Příčinou je poškození mozku, ke kterému dochází prenatalně, perinatálně či postnatálně. Prenatální příčiny mohou být dědičná onemocnění, genetické vady jako je například Downův syndrom a environmentální faktory. Mezi příčiny perinatální patří infekce plodu, nedostatek kyslíku či mechanické poškození kosti lebeční a mozku například klešťovými porody a pak jsou tu příčiny postnatální. Sem patří stavy postihující dítě do 1,5-2 let od narození jako mozková traumata, intoxikace či zánětlivá onemocnění mozku. Nutno zmínit, že vznik mentálního postižení postnatálně mohou zapříčinit i sociální faktory (Ješina & kol., 2013).

Klasifikace mentálního postižení dle WHO:

a) F 70 lehké mentální postižení - IQ 69-50

Osoby s lehkou mentální retardací jsou na úrovni středoškoláka, nemají však abstraktní uvažování. Mají potíže s učením, většina z nich však je schopna dosáhnout úrovně sebeobsluhy jako dospělý jedinec bez postižení a dokonce mohou být v dospělosti pracovně začleněni jen s dohledem způsobilé osoby (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014). Velmi dobře zvládají manuální a praktická povolání (Ješina & Kudláček, 2014; Ješina a kol., 2013).

Představuje 80% všech diagnóz mentální retardace a patří sem lehká slabomyslnost, lehká mentální subnormalita a debilita (Renotierová, Ludíková & kol, 2005).

b) F 71 středně těžké mentální postižení - IQ 49-35

Tyto osoby lze uvažováním přirovnat k myšlení dítěte v předškolním věku (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014). Úroveň myšlení a řeči je snižena, k učení je nutné časté opakování. Vyžadují neustálý dozor při práci a někdy i v běžném životě. Někteří zvládají samostatně základy sebeobsluhy (Slowík, 2007). Tato úroveň mentální

retardace bývá doprovázena epilepsií, neurologickými, tělesnými a duševními poruchami (Ješina a Kudláček, 2014).

Je to asi 12% všech diagnostikovaných mentálních retardací a patří sem střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost a imbecilita (Renotiérová, Ludíková et kol., 2005).

c) F 72 těžké mentální postižení - IQ 34-20

Jedinci jsou mentálně na úrovni batolete (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014). Výrazně je omezena schopnost řeči i sebeobsluhy, je nutná neustálá podpora (Slowík, 2007).

Tvoří 7% jedinců s mentální retardací a řadí se sem těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost a idioimbecilita (Renotiérová, Ludíková et kol., 2005).

d) F 73 hluboké mentální postižení - IQ 19-0

Tyto osoby jsou zcela odkázány na pomoc druhých i při základních úkonech sebeobsluhy. Většinou se tato úroveň mentálního postižení vyskytuje v kombinaci s dalším postižením (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014; Ješina a Kudláček, 2014).

Hluboké mentální postižení reprezentuje pouhé 1% mentálních retardací. Řadíme sem hlubokou mentální subnormalitu, hlubokou slabomyslnost a idiocii (Renotiérová, Ludíková et kol., 2005).

e) F 78 jiné mentální postižení

Tato třída mentálního postižení je určena v případě, kdy je nesnadné určit úroveň mentální retardace pomocí běžných metod v případě přidruženého postiženého, ať už smyslového či tělesného (Slowík, 2007; Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

f) F 79 nspecifikované mentální postižení

Tato třída je určena pro jedince s prokázanou mentální retardací, ale bez dostatečného množství informací umožňující zařazení těchto osob do uvedených kategorií (Slowík, 2007; Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

2.4.1.2 *Pervazivní vývojové poruchy*

Je to postižení, které prostupuje základními oblastmi života a v diagnostice je pro něj typická tzv. triáda. Znamená to, že jedinec s poruchou autistického spektra má obtíže v těchto třech oblastech - komunikace, socializace a imaginace (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

Jedinec je schopen učení, ale není schopen pochopit spojitosti a uplatnit naučené dovednosti v nových situacích, což ho významně omezuje. Typické je pro ně stereotypní chování, proto je nutný individuální přístup a neměnnost prostorová ani časová. Nezbytná je i často názornost, užívají se obrázky či piktogramy (Ješina & Kudláček, 2012). Tito lidé jsou neempatičtí, neadaptabilní, nemotorní, neschopni chápat pravidla a řád, upínají se na určitou aktivitu, mají snížený nonverbální projev a schopnost navazovat kontakty a udržovat je.

Příčina tohoto postižení není jednoznačná, je to však zřejmě důsledek poškození mozku.

Poruchy autistického spektra klasifikujeme podle funkčnosti (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014):

- A. Nízkofunkční - komunikace a navazování vztahů jim dělá výrazné obtíže, časté je sebepoškozování a agresivita, primitivní stereotypní aktivity
- B. Středněfunkční - komunikace je atypická a nespontánní, schopnost navazovat sociální vztahy je snižená, na úrovni lehké až středně těžké mentální retardace
- C. Vysokofunkční - problém je chápání sociálních situací, základní sociální a komunikační schopnosti jsou zachovány

Další možné dělení pervazivních vývojových poruch je (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014):

a. Dětský autismus

Tento typ postihuje zejména chlapce a nastupuje před třetím rokem věku, což je pro něj typické. Prostupuje celou diagnostickou triádou. Jedinci s dětským autismem nejsou schopni reagovat na city druhých osob, mají výrazné obtíže s učením a je zde přítomen mentální deficit.

b. Atypický autismus

Atypický autismus může mít rysy a poruchy jako kterýkoliv jiný typ pervazivní poruchy, nesplňuje však všechna diagnostická kritéria kvalitativně ani kvantitativně, aby byl do této skupiny zařazen.

c. Aspergerův syndrom

Tento syndrom je typický hlavně pro chlapce. Mají poměrně vysoký intelekt a verbální vyjadřování je až pedantské. Největší obtíž jim činí schopnost socializace.

d. Dětská desintegrační porucha

Bez jasné příčiny se objevují symptomy, které následují po delší době normálního vývoje. Je to velice vzácná varianta a má velmi negativní prognózu.

e. Rettův syndrom

Oproti dětskému autismu se tento typ vyskytuje výhradně u dívek a jeho příčinou je genetická mutace. Tato genetická mutace se může vyskytovat i u chlapců, ale dochází k tak výraznému poškození mozku, že umírají ještě před narozením. Je zde přítomna těžká mentální retardace a je zhoršena jemná motorika i komunikační schopnosti. Může být přidružená epilepsie a skolióza.

2.4.1.3 Tělesné postižení

Tato skupina zahrnuje jedince s částečným či celkovým omezením motoriky (Kudláček a kol., 2013). Jedná se o přechodné či trvalé změny v pohybových dovednostech, které mají významný vliv na schopnosti sociální, emocionální a kognitivní (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

Vrozené či získané omezení pohyblivosti, které má dlouhodobý či stálý charakter. Získané vzniká primárně přímým poškozením nervového či hybného aparátu či sekundárně narušením pohybových schopností jako následek nějaké nemoci jako je například revmatoidní artritida nebo onkologické onemocnění (Renotierová, Ludíková et kol, 2005).

a. DMO

Dětská mozková obrna je raná neurovývojová, která vzniká prenatálně, perinatálně či postnatálně a většinou se projevuje v narušení motoriky (Kudláček a kol., 2013). V prenatálním období to jsou například infekce, intoxikace, drogy, ale také se

hovoří o vlivu dědičnosti, v perinatálním stadiu jsou nejvýznamnějším faktorem neobvyklé porody a s nimi spojené hypoxie, ischemie a poranění mozku a postnatální období je charakterizované ranými kojeneckými infekcemi (Kolář, 2009; Pfeiffer, 2007).

Je to nejčastější příčinou tělesného postižení. Jedná se o dále se nezhoršující poruchu, její projevy ale mohou mít nestacionární charakter. Toto onemocnění může být doprovázeno mentální retardací, epilepsií, abnormálním růstem nebo poruchami řeči.

DMO se vyskytuje v několika formách a dělí se podle několika rysů (Ješina & Kudláček, 2012):

- nervosvalové rysy - spastická nebo nespastická forma
- topografie - hemiparéza, paraparéza, kvadruparéza
- funkčně sportovní klasifikace DMO - klasifikace je určena pro přesnější stanovení úrovně jedince a jeho možností.

Funkční profil - CP 1	Těžká kvadruparéza, malá svalová síla, dolní končetiny prakticky nefunkční, horní končetiny s výrazným omezením funkce
Funkční profil - CP 2	Střední až těžká kvadruparéza, úroveň funkčních schopností horních končetin je stejná jako u CP1, dolní končetiny mají určitý stupeň funkčnosti, oproti CP1 je jedinec schopen pohánět vozík horními a dolními končetinami
Funkční profil - CP 3	Střední kvadruparéza nebo těžká hemiparéza, horní končetina je v určitém stupni spasticity, přítomnost určité funkčnosti dolních končetin - může být schopen chůze s dopomocí
Funkční profil - CP 4	Střední až těžká diparéza, s pomůckami je schopen chůze na delší vzdálenosti, minimální omezení funkce horních končetin a trupu
Funkční profil - CP 5	Střední diparéza, někdy schopni běhu, mohou být využity pomůcky pro chůzi, střední až velmi malé omezení horních končetin, svalová síla je na běžné úrovni
Funkční profil - CP 6	Střední postižení - jedinec s atetózou nebo ataxií, je možná bipedální lokomoce bez pomůcek, atetóza může značně ovlivnit koordinaci při chůzi i úchopu
Funkční profil - CP 7	Lehká hemiparéza, spasticita na polovině těla, pomůcky nejsou třeba

Funkční profil - CP 8	Hemiparéza, diparéza nebo monoparéza s velmi lehkým postižením
-----------------------	--

b. Spina bifida

Spina bifida neboli rozštěp páteře je vrozená vývojová vada a je druhou nejčastější příčinou tělesného postižení. Jedná se o neúplné uzavření páteřního kanálu a to nejčastěji v oblasti přechodu mezi bederní a křížovou páteří (Kolář, 2009; Hájek et kol, 2007; Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

Existují 3 typy tohoto zdravotního postižení. Jsou to spina bifida occulta, meningokéla a meningomyelokéla. Spina bifida occulta znamená, že nebyly uzavřeny části obratlů, mícha a míšní pleny však jsou beze změny. Při meningokéle dochází k neuzavření páteřního kanálu a k výhřezu míšních plen a meningomyelokéla je výhřez míšních plen, ale i míchy, která bývá často kryta pouze kožním krytem. U těžších forem může kožní kryt zcela chybět. Rovněž tento typ tělesného postižení může být kombinován s postižením mentálním nebo je možné přidružení epilepsie (Ješina & Kudláček, 2014).

Jedinci s takovýmto postižením jsou ohroženi průnikem bakterií a vznikem infekce, poruchou citlivosti a hybnosti dolních končetin (Štefánek, 2011).

c. Progresivní svalová dystrofie

Je to onemocnění svalů vzniklé na podkladě genetické predispozice, kdy dochází k narušení svalového metabolismu (Kolář, 2009). Svalová vlákna jsou nahrazována vazivem a tukem a snižuje se tak svalová síla, nikoliv však objem svalu.

Nejvýznamnějšími typy jsou Duchennův a Beckerův. V zásadě mají velmi podobný průběh, avšak postup Duchennova typu je rychlejší a závažnější. Jedinci s tímto typem se dožívají zpravidla 20 až 25 let na selhání srdeční svaloviny. Je typický tzv. kachní chůzí a postihuje pouze chlapce. Beckerův typ má zpravidla nástup mezi 5. a 15. rokem života, není však ojedinělý nástup až kolem 30 či 40 let. Je zde patrný pomalejší postup, pacienti se tedy dožívají vyššího věku (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

d. Míšní léze

Míšní léze je poškození míchy, ke kterému dochází buď vlivem onemocnění, kdy většinou dochází k postupnému zužování páteřního kanálu například nádorem. Častěji

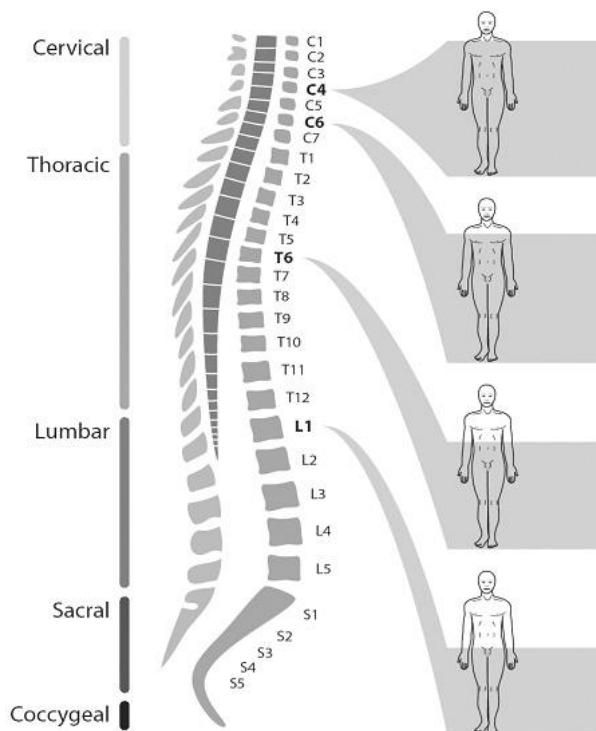
však míšňí léze vzniká mechanickým poškozením páteře například při dopravních nehodách či skoku do mělké vody (Kolář, 2009; Ješina & Kudláček, 2014).

Toto postižení se projevuje poruchou citlivosti a hybnosti pod úrovní léze a dále poruchou autonomních funkcí (Kolář, 2009; Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

Podle stupně postižení se dělí na parézu a plegii. Paréza je částečné ochrnutí se zachováním určitého stupně hybnosti. Plegie je úplné ochrnutí, jedinec není schopen sám provést aktivní pohyb (Dušek, 2012; Skotáková, 2013).

Podle rozsahu se pak dále dělí na:

- monoparéza (monoplegie)
- hemiparéza (hemiplegie)
- paraparéza (paraplegie) nebo diparéza (diplegie)
- triparéza (triplegie)
- tetraparéza (tetraplegie) nebo kvadruparéza (kvadruplegie).



Obrázek 1. Topografie páteře a míchy (Anesteziologie a urgentní medicína, 2013)

e. Amputace

Jedná se o traumatické či plánování odnětí končetiny nebo její části. Závažnost amputace se odvíjí od její lokalizace a definitivního stavu pahýlu, o který je nutno

pečovat hned od začátku, protože od toho se odvíjí i možnost oprotézování (Kolář, 2009).

2.4.1.4 Zrakové postižení

Do skupiny zrakově postižených jsou řazeni ti jedinci, kteří i při nejvhodnější korekci nebo nejvhodnějším zevním zásahu mají stále výrazné zrakové obtíže, což je poměrně významný zásah do všech oblastí lidského života, protože zrakem člověk získává 70-90% informací z vnějšího prostředí.

Poruchy zraku mohou být na úrovni receptoru, nervových drah či zrakového centra v mozku a mohou vznikat prenatálně, tudíž jsou vrozené nebo perinatálně a postnatálně a jsou tedy získané (Ješina & Kudláček, 2012).

Dále je nutno brát v potaz, zda je zraková vada charakteru dočasného, tedy krátkodobého, dlouhodobého anebo opakujícího se (Ješina & Kudláček, 2012; Renotiérová, Ludíková et kol., 2005).

Toto postižení je možné různě klasifikovat. Nejrozšířenější je asi dělení podle stupně zrakového postižení dle WHO, které bylo stanoveno roku 1992 (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - desátá revize (MKN-10), vydal Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR):

A. Lehká a střední slabozrakost	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10, kategorie zrakového postižení 1
B. Těžká slabozrakost	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 1/20, kategorie zrakového postižení 2
C. Těžce slabý zrak	a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50, kategorie zrakového postižení 3 b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů
D. Praktická nevidomost	zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení

	zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4
E. Úplná nevidomost	ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5

Dále, jak uvádí někteří další autoři, lze zrakové vady dělit podle jejich typu (Slowík, 2007; Ješina & Kudláček, 2012):

- A. Poruchy vizu
- B. Poruchy zorného pole
- C. Poruchy barvocitu
- D. Refrakční vady
- E. Poruchy citlivosti na kontrast
- F. Poruchy zrakové adaptace na tmu a oslnění
- G. Poruchy okulomotoriky, binokulárního vidění a stereopse

Některé příklady vad zraku

- nystagmus - mimovolné pohyby očí
- strabismus = šilhavost - postavení obou očí není v rovnováze, výsledkem je dvojité vidění
- amblyopie = tupozrakost - funkční porucha, kdy dochází ke snížení zrakové ostrosti většinou jen na jednom oku
- diabetická retinopatie - onemocnění sítnice, kdy dochází ke snížení zrakové ostrosti, postihuje diabetiky
- katarakta = šedý zákal - částečná nebo úplná ztráta průhlednosti čočky, je to nejčastější příčina slepoty na světě
- achromazie = barvoslepost - narušení schopnosti vnímat nebo rozlišovat barvy
- myopie = krátkozrakost - rozezná blízké, obtíže se vzdáleným
- hypermetrie = dalekozrakost - opakem krátkozrakosti, vidí špatně blízké předměty

- astigmatismus - nerovnoměrné zakřivení rohovky způsobuje problémy se zaostřováním na blízko i na dálku
- glaukom = zelený zákal - dochází ke snižování zorného pole vlivem poškozování zrakového nervu, může vést až k trubcovitému vidění
- atrofie zrakového nervu - dochází k degenerativním změnám nervusopticus, což způsobuje snížení zrakové ostrosti

V neposlední řadě existuje také klasifikace podle IBSA, což je Mezinárodní organizace sportu pro zrakově postižené. Značí se písmenem B jako "blind" a číselná hodnota určuje stupeň postižení (Ješina & Kudláček, 2014).

B1 - úplná slepota, nerozezná předměty ani obrysy z jakékoliv vzdálenosti, bez světlocitu až světlocit

B2 - je schopen rozeznat předměty nebo obrysy, zraková ostrost do vizu 2/60, horní hranice zorného pole je 5°

B3 - vizus 2/60 až 6/60 nebo omezení zorného pole na 5° - 20°

Dále se pak subjektivně hodnotí schopnosti daného jedince a míru ovlivnění aktivit jeho postižením. Na tom se podílí hned několik odborníků, jako je třeba lékař či sociální pracovník (Ješina & Kudláček, 2014).

2.4.1.5 Sluchové postižení

Je to postižení sluchového orgánu nebo jeho funkce z hlediska kvantitativního nebo kvalitativního a má vliv na komunikaci, socializaci, orientační schopnosti jedince, psychiku a myšlení (Slowík, 2007; Ješina & Kudláček, 2014).

Sluchová postižení jsou rozdělena podle následujících kritérií:

A. podle velikosti sluchové ztráty

- 0-25 dB - normální sluch
- 26- 40 dB - lehká nedoslýchavost
- 41-55 dB - střední nedoslýchavost
- 56-70 dB - středně těžká nedoslýchavost
- 71-90 dB - těžké poškození sluchu
- 91 dB a více - velmi závažné poškození sluchu

B. podle lokalizace (Renotiérová, Ludíková et kol., 2005; Ješina & Kudláček, 2012)

- převodní vady - poškození mechanické části sluchového orgánu, zvuk se pak nepřevádí, je to kvantitativní porucha a nevede k plné hluchotě

- percepční vady - poškození struktur sluchové dráhy a je mnohem závažnější, oproti převodním vadám může docházet až k úplné hluchotě
- smíšená - kombinace dvou předešlých

C. podle doby

- vrozené
- získané - získané dále dělíme na prelingvální, což je období do ukončení základního vývoje řeči nebo postlingvální, které až po jeho ukončení

2.4.2 Zdravotní znevýhodnění

Zdravotně znevýhodněná osoba je fyzická osoba, na jejíž činnost spojenou s prací či vzděláváním má vliv jeho dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Patří sem dlouhodobé onemocnění, zdravotní oslabení a lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování (Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014; Bruthansová & Jeřábková, 2012).

2.4.2.1 Dlouhodobé onemocnění

Jedná se o dysbalanci mezi organismem a jeho prostředím, které mají vliv na anatomickou a fyziologickou stránku organismu. Tělo tak není schopno se při nadměrné zátěži přizpůsobovat různým změnám a odchylkám. Většinou vyžaduje dlouhou a opakovanou léčbu v nemocnici. Nemoc může mít chronický či opakující se charakter a výrazně tak může ovlivňovat kvalitu života (Renotierová, Ludíková et kol., 2005). Mezi dlouhodobá onemocnění patří například:

- Astma bronchiale

Chronická nemoc dýchací soustavy projevující se záchvatovitou dušností v důsledku zúžení dýchacích cest jako reakce na přítomnost a působení alergenů (Renotierová, Ludíková et kol., 2005; Hrstková, Brázdová, Elbl & Novotný, 2001).

- Diabetes mellitus

Toto onemocnění je charakterizováno sníženou účinností inzulínu, což je hormon zajišťující udržování hladiny cukru v krvi a je produkován Langerhansovými ostrůvky slinivky břišní. V případě, že tyto ostrůvky zaniknou (DM I.) nebo receptory pro hormon inzulín jsou poškozeny (DM II.), zvyšuje se hladina cukru v krvi, tělo má

nedostatek energie a dochází ke katabolismu. Tělo uvolňuje cukr z jater, ten však zůstává v krvi a poškozuje tkáně, konkrétně cévní systém člověka. Další možnou komplikací je hypoglykémie, což je snížená hladina cukru v krvi a vede k nepozornosti, poruchám vědomí a v krajních případech až ke hypoglykemickému koma (Renotiérová, Ludíková et kol., 2005).

Jedinec s tímto onemocněním by měl dodržovat důsledný režim, aby předešel hypoglykémii nebo hyperglykémii (Pitřhová, 2006).

- Crohnova nemoc

Chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění tenkého střeva, kdy se tvoří vředy ve stěně trávicí trubice, může docházet k zácpě a poškozenou stěnou se nevstřebávají živiny do těla.

- Arteriální hypertenze

Arteriální hypertenze neboli vysoký krevní tlak je dán odporem stěny cév, na které působí proud krve vypuzený ze srdce. Může způsobit krvácení z nosu, bolesti hlavy, případně žaludeční nevolnost (Renotiérová, Ludíková et kol., 2005).

- Osteoporóza

Jedná se o progresivní onemocnění kosterní soustavy, kdy dochází k poruše struktury kostí a tím k úbytku kostní hmoty, což vede ke zvýšené křehkosti a lámavosti kostí. Primární osteoporóza je způsobena věkem, začíná se projevovat po menopauze nebo po 65. roku a sekundární osteoporóza je důsledkem nějakého onemocnění, například onemocnění endokrinního systému, jater, ledvin či imobilizace (Němcová & Korsa, 2008).

- Cévní mozková příhoda

Jedná se o cerebrovaskulární onemocnění, jež je nejčastějším příčinou invalidity a třetí nejčastější příčinou úmrtí. Dochází k ischemii mozkové tkáně sníženou průchodností cév nebo ke krvácení mozkového parenchymu v důsledku ruptury cévní stěny (Kolář, 2009; Ehler, Kopal, Mandysová & Latta, 2011; Dufek, 2013). Pokud nedojde k včasnému zprůchodnění cév, dochází v důsledku tohoto postižení k poruchám hybnosti většinou charakteristické hemiparézou či hemiplegií, funkcí kognitivních,

řečových, sensorických i psychických. Ojedinelá není ani přítomnost spasticity (Bar & Chmelová, 2011; Ehler, Kopal, Mandysová & Latta, 2011; Goldmund & Telecká, 2008).

- Deprese

Deprese je závažné, avšak léčitelné duševní onemocnění, které při absenci léčby ovlivňuje každodenní život. Depresivní jedinec trpí abnormálním smutkem a neschopností prožívat radost, je pasivní a mívá sebevražedné nálady. Projevuje se i na fyzické stránce člověka, snižuje se obranyschopnost organismu a výkonnost, má pocit nedostatku energie (Praško, Buliková & Sigmundová, 2009).

Tato nemoc je jedním z nejčastějších důvodů invalidity a často provází mnoho chronických onemocnění, například onemocnění onkologická, autoimunitní či vaskulární (kardiovaskulární, cerebrovaskulární). Pacienti s depresivními poruchami jsou výraznými spotřebiteli zdravotní péče, což obnáší i vyšší čerpání ekonomických prostředků ze strany zdravotní pojišťovny (Raboch & Laňková, 2008; Hollý & Papežová, 2016).

- Epilepsie

Je to záchvatovité onemocnění, které je doprovázeno přechodnou přítomností určitých znaků, jako jsou křeče, stavy bezvědomí, samovolné záškuby částí těla, halucinace, bezmyšlenkové se zahledění do prázdna až vigilambulantní stavy. Záchvat je způsoben podmíněnou či nepodmíněnou aktivitou mozkových neuronů a v některých případech se projeví jen jednou za život (Procházka, 2010; Fischer, Škoda, Svoboda & Zilcher, 2014).

- Roztroušená skleróza

Jedná se o zánětlivé autoimunitní onemocnění, které se projevuje jak somaticky, tak psychosociálně. Má postupně degenerativní průběh, tudíž je postupně invalidizující. Dochází k demyelinizaci nervových vláken, perivaskulárním zánětům a k degeneraci axonů v bílé hmotě centrálního nervového systému (mozek + mícha). Projevuje se poruchou motoriky a senzitivity, přítomností spasticity, poruchy rovnováhy a zraku a samozřejmě imunitní dysfunkcí. Nejvýznamnějším projevem je však pravděpodobně únava, kterou je třeba respektovat (Vališ, Taláb & Masopust, 2005).

V současné době medicína nezná přesnou etiopatogenezi nemoci. Mezi možnými faktory přispívajícími ke vzniku jsou například prostředí, genetické predispozice, stres, některé infekce nebo třeba hormonální vliv. Stejně tak si nezná ani léčbu, je však schopna postup tohoto onemocnění alespoň zpomalit aplikací vhodné farmakoterapie. Vhodnou se jeví i pohybová aktivita, která má příznivý vliv na aktivitu i participaci jedince (Řasová, 2013; Meluzínová, 2010; Hoskovcová, Honsová & Keclíková, 2008).

- **Leukémie**

Jedná se o maligní onemocnění krevních elementů, konkrétně leukocytů. Za určitých okolností nedozrálý leukocyt zmutuje a začne se nekontrolovatelně dělit. V případě, že tyto buňky nejsou zavčas odhaleny a zlikvidovány imunitním systémem, rozšíří se nekontrolovatelně do celého organismu ke všem tkáním. Dělí se na akutní a chronickou, myeloidní a lymfocytární.

Při akutní leukemii se množí zárodečné buňky kostní dřeně a šíří se do krevního řečiště. Bez léčby by většina pacientů přežila několik týdnů až měsíců. V případě chronické leukemie buňky zdánlivě dozrávají, ale mají poškozeny základní funkce. Hromadí se v kostní dřeni a omezují normální tvorbu krevních elementů. Pacient s touto formou může přežít bez léčby až několik let, pokud je ale léčen, pravděpodobnost plného vyléčení je však minimální. Na myeloidní a lymfocytární se dělí podle typu zárodečných buněk, ze kterých se bílé krvinky utváří (Brychtová, Panovská & Doubek, 2016).

V dnešní době se díky pokroku medicíny výrazně zlepšila prognóza tohoto onemocnění, ale díky agresivním způsobům léčby se vyskytují výrazné komplikace jako obezita, osteopatie, kardiomyopatie, ale i poruchy učení (Kepák, 2004; Kollárová, Máchová, Janoutová, Horáková & Janout, 2009).

2.4.2.2 Zdravotní oslabení

Jedinci se zdravotním oslabením mají zvýšenou náchylnost k nemocem a jejich recidivě, nejsou však ve stádiu nemoci. Jsou mobilní, potřebují ale zvláštní režim, protože nebývají fyzicky zdatní, mívají dechové obtíže, ale také špatnou posturu, a tudíž bývají lehce unavitelní, psychicky méně stabilní, mívají poruchy chování a povahové nedostatky (Renotíerová, Ludíková et kol., 2005).

2.4.3 Senioři

Stárnutí je ireverzibilní, neustále postupující proces postihující každý živý organismus. Je to výsledek interakce genetických předpokladů každého organismu, vnějších vlivů a dalších faktorů jako je například nemoc. Klesá funkční rezerva a adaptabilita organismu a časem i slabý podnět může dekompezovat celý organismus (Uhlíř, 2008).

V současnosti se délka života neustále prodlužuje, avšak je patrný výrazný výskyt zátěže na organismus v podobě přítomnosti různých onemocnění. Nemoc znemožňuje dosahovat optimální kvality života, proto stále častěji se na stárnutí pohlíží nejen jako na problém biomedicínský, ale i psychosociální (Mudrák, Slepíčka, Harbichová & Pěkný, 2011).

2.5 Specifika aplikovaných pohybových aktivit

Postižený jedinec je svým handicapem limitován v různých směrech a pohybová aktivita má významný vliv zejména psychologický a socializační.

Základem však je princip úspěchu. Při opakovaném neúspěchu dochází k frustraci a ztrátě motivace a tudíž nechutí k dalšímu pokračování. Naopak pokud má jedinec kladný výsledek, motivuje ho to k dalšímu pokračování. V případě postižených existuje vyšší pravděpodobnost neúspěchu, a to zvláště pokud nebudou respektována specifika jednotlivých typů postižení (Ješina & Kudláček, 2009).

2.5.1 Specifika osob s mentálním postižením

Pro jedince s mentálním postižením je typické zpomalení psychomotorického vývoje. Vzhledem ke zhoršeným kognitivním funkcím je zpomalený proces získávání zkušeností a má určité odchylky. Schopnost udržet pozornost je kratší, ve sportu je tedy důležitá motivace, střídání zaměření pohybové aktivity a využívání různých prostředků. Je nutné pamatovat na zásadu názornosti, přiměřenosti a trpělivosti a vše jednoduše vysvětlovat a opakovat (Ješina et kol., 2013; Kubic, 2012).

Pohybová aktivita u osob s mentálním postižením rozvíjí bezprostřední vnímání, pozornost, paměť, obrazotvornost, představivost, myšlení a řeč (Ješina & Kudláček, 2014).

2.5.2 Specifika osob s tělesným postižením

Ve sportu tělesně postižených je nutné pamatovat na specifika podle druhu a stupně postižení a možný vývoj a omezení, které z toho vyplývají. Nejfrekventovanější se vyskytuje omezení způsobené postižením pohybového aparátu a ztížené řízení pohybu (neurologické obtíže). Pro usnadnění práce s takovými jedinci je možné je rozdělit do tří skupin - mobilní, částečně mobilní a imobilní.

Tělesně postižení lidé jsou více unavitelní a pro realizaci pohybových aktivit pro ně je nezbytné prostorové a materiální vybavení, čili dodržet principy bezbariérovosti a zajistit kompenzační pomůcky - pomůcky lokomoční, pro manipulaci s jedincem, sportovně kompenzační.

V případě jedince, který má souběžně s tělesným handicapem i postižení mentální, je nutné pamatovat na zhoršené kognitivní procesy (Kudláček a kol., 2013; Ješina & Kudláček, 2009).

2.5.3 Specifika osob se zrakovým postižením

V případě osob se zrakovým postižením má významný vliv doba vzniku zrakové vady, zda se jedná o vadu vrozenou či získanou a její rozsah. Neméně důležitý je i druh a stupeň snížení zrakových schopností (Ješina & Kudláček, 2014).

Protože zrakové vjemy jsou u zdravého člověka důležitým zdrojem motivace pro psychomotorický vývoj, je třeba brát v potaz, že vnímání člověka s vrozenou zrakovou vadou je nepřesné a kvalitou odlišné, přestože je snaha nahradit zrak ostatními smysly, a proto se tato vada projevuje i v motorických schopnostech zrakově postiženého (Janečka, Chrobáková & Mayer, 2011).

Vždy je nutné seznámit zrakově handicapovaného s prostředím, ve kterém se bude vyskytovat a toto prostředí by mělo být neměnné a pokud možno s minimem hluku. V tomto prostředí by neměly být překážky trčící do prostoru ve výšce. Je rovněž nezbytné dbát zvýšené bezpečnosti, protože hrozí srážka s jiným sportovcem nebo zakopnutí a pád (Kubic, 20012).

Z důvodů omezených možností někteří odborníci těmto lidem doporučují chodecké aktivity a aktivity s trasérem či vodičem (Bláha, Frömel & Válková, 2013).

2.5.4 Specifika osob se sluchovým postižením

Nejvýznamnějším specifikem osoby se sluchovým postižením je problém v komunikaci, což se promítá do osobnostního rozvoje, v socializaci a kognitivních

funkcích, zejména pak v motivaci (Kurková & Sigmund, 2010; Ješina & Kudláček, 2014).

Funkci sluchu přebírá zrak a většinu informací tak získávají sledováním okolního dění. Přesto by však měl být na blízku někdo, kdo je schopen tlumočit do znakové řeči. Vzhledem k výraznějšímu zastoupení zrakového smyslu v poznávacích procesech se zlepšují i postřehové schopnosti (Ješina & Kudláček, 2014; Dlouhý, Dlouhá, Pokorný, Kuhnová & Bendíková, 2013).

Někteří lidé se sluchovým handicapem jsou schopni odezírání, proto je třeba myslet na dobré osvětlení a artikulaci během vysvětlování, případně dodržovat zásadu názornosti a vždy aktivitu předvést (Kubic, 2012).

2.6 Psychomotorika

Každý pohyb je dán třemi složkami, které ovlivňují jeho kvalitu a jsou jeho základem (Louková & Dvořáková, 2014). Jsou to:

- tělesná stavba - struktura organismu určuje možnosti biomechanických pochodů
- motorika - potenciální motorické dispozice
- psychika - významně ovlivňuje volbu a formu realizace pohybu

Psychomotorika jako taková je propojení lidské psychiky a motoriky, čili jedná se o součinnost duševních a pohybových projevů člověka. Znamená to, že do všeho, co jedinec udělá, se projevuje jeho momentální rozpoložení. To znamená, že vyčerpání, neklid nebo lidské zábrany se mohou projevit třeba na postuře, v lokomoci či v mimice. Příkladem může být ochablý stisk ruky jako výraz únavy či smutku, úsměv jako výraz radosti a chůze se shrbenými zády jako výraz skleslosti a neúspěchu. Tyto projevy jsou ještě výraznější u dětí. Děti nejsou schopny tak dobře ovládat své emoce a dávají jim větší průchod, proto jsou jejich reakce bezprostřednější, pozitivní i negativní. Například dítě z radosti začne pokřikovat a poskakovat (Hátlová, Wedlichová & Adámková Ségard, 2015; Vyhlídal, Ješina et kol, 2014).

Toto je však jen užší pojetí psychomotoriky. V širším pojetí sem patří více oblastí, které se projevují zejména v dětství a s rostoucím věkem se více prolínají a splývají. Je to neuromotorika, senzomotorika a sociomotorika. Neuromotorika je oblast pohybové činnosti volní i mimovolní, je to hrubá a jemná motorika, orientace v prostoru a rovnováha. Senzomotorika je charakterizována součinností receptorů a efektorů, kdy

efektor vykonává motorickou odpověď jako reakce na vnější podnět přijatý smyslovými receptory a sociomotorika je motorická odpověď na podněty ze sociálního prostředí, jedná se tedy o projevy chování člověka. Tyto oblasti jsou propojeny a podle typu specifické potřeby jednotlivce nebo skupiny je vhodné se zaměřit na určitou oblast (Szabová, 1999).

Podle Adamírové (2006) má psychomotorika 3 úkoly. Ke správnému vývoji osobnosti je třeba, aby tyto tři úkoly byly plněny rovnoměrně.

1. Prvním je sebepoznání - jedinec se seznamuje se somatologií vlastního těla, učí se chápat vlastní pohybové schopnosti, emoce, prožívání
2. Druhým je poznávání materiálního okolí - poznává okolní prostředí a předměty, jejich vlastnosti a využití, také pomůcky psychomotorických aktivit
3. Třetím úkolem je poznávání společenství - seznamuje se se sociálním prostředím a lidmi v něm žijící, s jejich emocemi, chováním, vztahy; tento úkol je úkolem celoživotním

2.6.1 Psychomotorická terapie

Jedná se o druh terapie, v níž jsou k léčbě využívány psychomotorické aktivity, což je komplexní program pohybových aktivit vytvořený na principu těsného propojení mezi tělem, myslí a pohybem. Na rozdíl od fyzioterapie, kde je přístup spíše fyzikálně-mechanický, snaží se zapojit i psycho-socio-spirituální rovinu (Hátlová, Adámková Ségard, Wedlichová, Louková & Bašný, 2014).

Program je zábavný, bere ohled na individualitu jedince a podporuje kreativitu, samostatnost a seberealizaci (Karásková, 2014). Cílem psychomotorických aktivit je tedy navodit bio-psycho-socio-spirituální rovnováhu osobnosti každého jedince. Podporuje vývoj, sjednocuje ho (Macečková, Jonášová, Wiednerová & Vrbas, 2012; Vyhlídal, Ješina et kol., 2014).

Tento typ pohybové terapie se využívá v různých zařízeních pro osoby se speciálními potřebami, u klientů s menším pohybovým nadáním, u seniorů, postižených nemocných a osob v rekonvalescenci. Obecně se využívá u lidí s celkově menším nadáním pro pohyb. Účelem psychomotorických aktivit není podat maximální výkon, ale zapojit se a získat zkušenost a prožitek. Psychomotorické aktivity rozvíjí fyzickou i psychickou stránku člověka, jeho koordinaci, imaginaci a obratnost a podporuje sociální kontakt (Karásková, 2014; Vyhlídal, Ješina et kol., 2014).

2.6.2 Prostředky a metody psychomotoriky

Podstatou aktivit jsou různá témata a pro uskutečnění těchto témat se využívají různé prostředky a metody.

Mezi prostředky patří tradiční i netradiční náčiní a nářadí, hudební a dramatické pomůcky. Příkladem jsou psychomotorický padák, molitanové míče, kruhy, víčka od plastových lahví, kolíčky na prádlo, chůdy, rolovací deska s válcem a další balanční pomůcky.

Nejvýznamnější metodou je pak hra, která by měla být originální, motivující a jednoduchá. Dále sem patří masáže, pantomima, psychogymnastika, tanec a taneční terapie, relaxace, kreslení, jógová cvičení či psychostimulace (Blahutková & Pacholík, 2010; Vyhlídal, Ješina et kol., 2014; Renotierová, Ludíková et kol., 2005).

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

3.1 Cíle

Cíl: Definovat specialistu pro realizaci aplikovaných pohybových aktivit jako pokračování a doplněk zdravotnické péče

Dílčí cíl: Analýza vybraných zařízení v ČR a v Evropě, která nabízí propojení zdravotnické péče a pohybové aktivity

Dílčí cíl: Na základě semistrukturovaných rozhovorů získat podklady pro vytvoření kompetenčního rámce budoucích specialistů - psychomotorických terapeutů

3.2 Úkoly

Úkol č. 1: Studium zdrojů zabývajících se tematikou aplikovaných pohybových aktivit a provozu vybraných zařízení

Úkol č. 2: Výběr vhodné metodiky pro efektivní sběr dat

Úkol č. 3: Vytvoření semistrukturovaného rozhovoru.

Úkol č. 4: Sběr dat u odborníků v oblasti zdravotnictví a aplikovaných pohybových aktivit.

Úkol č. 5: Realizace rozhovoru se zdravotnickými pracovníky a specialisty aplikovaných pohybových aktivit.

Úkol č. 6: Analýza získaných dat.

Úkol č. 7: Finalizace metodiky.

3.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Existují v Evropě zařízení poskytující pohybové aktivity jako součást komplexní rehabilitace?

Výzkumná otázka č.2: Je v českém systému zdravotní péče prostor pro psychomotorického terapeuta?

Výzkumná otázka č.3: Jakou náplň práce by měl tento pracovník?

Výzkumná otázka č.4: Jaké by byly nutné úpravy v zařízeních i v legislativě pro realizaci této pracovní pozice?

Výzkumná otázka č.5: Jaké odborné a osobnostní kompetence by měl mít takový pracovník?

Výzkumná otázka č.6: Jak se liší pozice psychomotorického terapeuta od specialisty aplikovaných pohybových aktivit?

4 METODIKA

4.1 Metody výzkumu

V této diplomové práci jsem použila několik výzkumných metod. Nejprve jsem provedla analýzu a porovnání internetových zdrojů zabývajících se nabídkou služeb zdravotnických v kombinaci s rekreační složkou navazující na péči lékařů a zdravotníků. Na základě získaných informací jsem sestavila otázky pro semistrukturovaný rozhovor.

Další použitou metodou byla metoda kvalitativní, a sice výše zmíněný polostrukturovaný rozhovor. Otázky pro tento rozhovor byly konstruovány s ohledem na předchozí analýzu a dále byly směřovány k odborníkům, kterých se problematika týká.

Na základě získaných dat jsem definovala, proč by měla vzniknout tato pozice, jaká by měla být náplň práce na této pozici a vytyčila jsem kompetence, které by si měl takovýto pracovník osvojit během vzdělávání.

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Pro účely této práce jsem oslovila prostřednictvím emailu a následně osobního kontaktu odborníky, kterých se tato problematika úzce týká. Celkem jsem kontaktovala 14 odborníků, kteří se zabývají rehabilitační péčí o zdraví člověka. Z oslovených odborníků jich 9 zareagovalo a bylo ochotno navázat spolupráci.

Konkrétně se jedná o MUDr. Petra Konečného, primáře rehabilitačního oddělení Nemocnice Prostějov, MUDr. Annu Hrubou, pediatřičku, Mgr. Vendulu Dopitovou, fyzioterapeutku ve Státních léčebných lázních Slatinice, Mgr. Ivanu Frgalovou, fyzioterapeutku ve Fakultní nemocnici Olomouc, Mgr. Lenku Kociánovou, vedoucí ambulantní rehabilitace, Bc. Tomáše Látala, fyzioterapeuta ve firmě Zdravý podnik, který nabízí pohybovou terapii s prvky psychomotorických aktivit, Mgr. Martinu Vernerovou, ergoterapeutku v Nemocnici Prostějov a specialistku Aplikovaných pohybových aktivit, Marii Novosádovou, zdravotní sestru, ošetřovatelku a jednatelku ve společnosti Fyzidop - společností zabývajících se rehabilitací, domácí péčí a masážemi a Miroslavu Smolenovou, specialistu tanečně-pohybové terapie v Psychiatrické léčebně ve Šternberku a studentka Aplikovaných pohybových aktivit.

4.3 Techniky sběru dat

V této kapitole jsou popsány techniky sběru informací, které jsem použila při řešení diplomové práce. Sběr dat proběhl ve dvou etapách.

4.3.1 Analýza internetových zdrojů

Pomocí vybraných klíčových pojmů byla provedena analýza dat získaných z internetových informačních zdrojů. V rámci analýzy byla hledána vhodná zařízení v České republice a v Evropě, která zajišťují odbornou zdravotní péči lékaři, fyzioterapeuty, případně ergoterapeuty a v návaznosti na tuto terapii poskytují další pohybové aktivity s cílem zajistit komplexní přístup. Dalším kritériem pro výběr zařízení byla cílová skupina pro danou službu, což je osoba se specifickými potřebami.

4.3.2 Rozhovory s odborníky

Dotazování proběhlo prostřednictvím semistrukturovaného rozhovoru vlastní konstrukce. Tato metoda byla vybrána proto, aby každý z respondentů měl dostatečný prostor k vyjádření svého názoru. Otázky byly sestaveny tak, aby na ně byli schopni odpovědět odborníci z různých oblastí procesu zdravotní péče.

Mezi vybranými dotazovanými osobami byli lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeutka, zdravotní sestra a ošetrovatelka, specialista pohybové terapie a trenér se zaměřením na lidi po úrazu či nemoci bez specifických potřeb. Celkem bylo osloveno 14 respondentů, z toho 9 bylo ochotno navázat spolupráci.

Během setkání s respondenty nejprve proběhlo krátké seznámení s problematikou a následoval rozhovor, který se skládal ze 13 otázek. První skupina otázek byla směřována na přehled o aktuální situaci, další skupina otázek byla směřována na zjišťování názorů respondentů ohledně využití takového pracovníka a poslední skupina dotazů měla zjistit, jaké by měl mít takový pracovník znalosti a konkrétní náplň práce.

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Jedná se o otevřenou otázku, která má zjistit, co všechno doopravdy stihne terapeut během série setkání s pacientem za účelem odstranění akutního problému, kvůli kterému byl terapeut klientem vyhledán.

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a

fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Jedná se opět o otevřenou otázku. Měla by zjistit, jak obecně pokračuje rehabilitace po ukončení léčení lékařem a série setkání pacienta s fyzioterapeutem, případně ergoterapeutem.

3) *Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?*

Je to otevřená otázka. Cílem je zjistit význam pohybové aktivity na jedince se specifickými potřebami, a jestli během fyzioterapie jsou tyto možnosti ovlivnění zdraví naplněny.

4) *Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?*

Je to otázka uzavřená. Odpovědí ano/ne by měla zjistit, zda by podle respondentů bylo vhodné nabídnout tuto formu doplňkové terapie a jestli by ji tudíž klientovi doporučili.

5) *Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?*

Je to kombinace uzavřené a otevřené otázky. První část zjišťuje povědomí odborné veřejnosti o personální situaci a mezerách ve zdravotní péči a druhá otevřená část se ptá na konkrétní příklady osob, které by prováděly tuto činnost.

6) *V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?*

Je to otázka otevřená a pátrá po konkrétních typech zařízení, kde by tento pracovník mohl pracovat, což by se mělo projevit na tvorbě kompetenčního rámce.

7) *Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?*

Touto uzavřenou otázkou zjišťuje personální stav v samotném zařízení, kde daný respondent pracuje.

8) *Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.*

Je to otázka otevřená. Zjišťuje přehled vybraných odborníků o aktuální situaci a zároveň poukazuje na stav pracovníků, kteří by tuto činnost vykonávali.

9) *Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?*

Jedná se o otázku otevřenou a pro respondenty poměrně náročnou vzhledem k tomu, že se jedná o pilotní studii.

10) *Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?*

Tato otevřená otázka zkoumá názory respondentů na to, co všechno by měl tento pracovník vědět, aby jeho činnost nebyla kontraproduktivní.

11) *Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?*

Opět je to otázka otevřená a navazuje a rozšiřuje předchozí otázku.

12) *Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?*

Tato otevřená otázka zkoumá, zda podle respondentů existují konkrétní diagnózy osob se specifickými potřebami, na které by se během vzdělávání mělo myslet nejvíce.

13) *Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?*

Jedná se o otevřenou otázku a zjišťuje kreativitu a všeobecný přehled odborníků o možnostech financování takové služby.

4.4 Postup a strategie výzkumu

Základní podmínkou realizace práce bylo vyhledání zařízení v rámci Evropy, která nabízejí danou službu a ověřit tak, že tato forma je realizovatelná z pohledu poskytovatele a zároveň efektivní a prospěšná z pohledu příjemce, v tomto případě pacientů a klientů vybraných zařízení.

Následně byli vyhledáni odborníci, kterých se daná problematika týká. Jsou to lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeut, specialista pohybové terapie a trenér. S těmito vybranými odborníky byl uskutečněn semistrukturovaný rozhovor a získaná data byla zpracována formou přepisu zvukových záznamů.

5 VÝSLEDKY

5.1 Výsledky analýzy internetových zdrojů a databází

Paraple

Centrum Paraple je obecně prospěšná společnost ve východní části Prahy poskytující služby osobám s tělesným postižením od 16 let věku, zejména s traumatickým postižením páteře. Své služby poskytuje ambulantně, v terénu nebo jako pobytové akce. Poskytuje odbornou poradenskou pomoc, rehabilitaci, napomáhá v oblasti začleňování jedince zpět do běžného života a do společnosti, umožňuje zájmové aktivity pohybové, výtvarné i vzdělávací, i jiné doplňkové služby jako jsou masáže, zapůjčení kompenzačních pomůcek či servis pomůcek. Mimo to vzdělává a nabízí přednášky a osvětu i intaktní společnosti.

V rámci služeb poskytovaných v samotném centru zaměřených na pohybovou aktivitu mohou klienti využívat prostory malé a velké multifunkční tělocvičny, bazénu s elektrickým zvedákem pro usnadnění přesunu postiženého, posilovny vybavené speciálně navrženými posilovacími stroji, aby vozíčkáři nemuseli přeseďávat a je zde také venkovní hřiště. V těchto prostorách mají mnoho možností pohybového vyžití jako je týmové frisbee, plavání, lukostřelba, posilování, boccia, florbal nebo volejbal, stolní tenis, atletika anebo také tenis.

Centrum Paraple také poskytuje unikátní kurz akrojógy pro lidi se spinálním postižením. Pokud jsou postižení paraplegici, kvadruplegici nebo mají plně funkční tricepsově svaly pažní, mohou formou tohoto kurzu pracovat na své flexibilitě, síle a rovnováze. Cvičení probíhá ve dvojicích, kdy zpravidla jeden z dvojice je intaktní jedinec.

Mezi pobytové akce se řadí kurzy lyžování, sjíždění řeky, aplikovaný jachting a vodní lyžování, potápění, všeobecně zaměřené sportovní a cyklistické pobyty a pobyty se čtyřkolkami (Paraple, 2017).

Psychiatrická léčebna Šternberk

Je to příspěvková organizace na sever od univerzitního města Olomouc. Nabízí péči pacientům s duševním onemocněním v oboru psychiatrie, dětská psychiatrie a gerontopsychiatrie, léčba závislostí, vnitřní lékařství, léčebná rehabilitace a doplňkové služby různé odbornosti ve formě ambulantní terapie, zejména fyzioterapie.

Léčba je doplněna nabídkou různých aktivit jako je fyzioterapie, ergoterapie, canisterapie, arteterapie, aktivitami v tělocvičně a terapií tancem. Cílem taneční terapie je naučit se vnímat vlastní tělo a jeho potřeby, procítit hudbu, mít radost z pohybu, nácvik relaxace a s pomocí hudby zmírnit zvýšené svalové napětí. Tělocvična je vybavena mimo šaten se sociálním zázemím i nářadovnou a je celoročně v provozu. Klienti se zde mohou věnovat zejména kolektivním sportům jako je malá kopaná, volejbal, košíková, tenis, házená a stolní tenis (Psychiatrická léčebna Šternberk, 2017).

Beitostølen Healthsports Centre

Jedná se o rehabilitační centrum v Norsku, které nabízí sekundární rehabilitaci osobám se specifickými potřebami. Jejich filozofií je zlepšení kvality života lidí s mentálními či fyzickými obtížemi.

Beitostølen Healthsports Centre poskytuje ubytování, má sportovní halu, plavecké a terapeutické bazény, rehabilitační prostory, testovací laboratoře, koňské stáje s krytou jízdárnou a místnosti pro různé volnočasové aktivity. Dále na pozemcích centra je sportovní stadion, jezero pro provozování vodních sportů a rybaření, zpevněné cesty, běžecké tratě a sjezdovka pro sjezdové lyžování.

Rehabilitační programy trvají průměrně 4 týdny a jsou zaměřeny na pohybové aktivity adaptované na specifické potřeby každého jedince. Zahrnuje i socializační a kulturní aktivity a širokou škálu celoročních outdoorových aktivit.

BHC je také jedno z mála center v Norsku, které nabízí zapůjčení a vyzkoušení kompenzačních pomůcek pro sport a pohybové aktivity.

Filozofií centra je zajistit prodloužený efekt pohybové aktivity po propuštění. Pohybové aktivity probíhají 4-5 hodin denně 6 dní v týdnu. Aktivity probíhají ve skupinách pod vedením supervizorů a peer tutorů a pacienti zde mohou vyměňovat vzájemně zkušenosti.

Během prvního týdne probíhají rozhovory, testování a vyšetřování, získávají informace, seznamují se s prvními aktivitami a účastní se skupinového sezení. Stanovují si cíle pro svůj pobyt. Během následujících dní se účastní základních aktivit, jako jsou skupinové aktivity v bazéně a gymnastické cvičení, aktivity zaměřené na individuálně stanovené cíle, individuální aktivity jako je jízda na koni, jízda na kánoji nebo kajaku, běžecké lyžování, alpské lyžování, cyklistika, turistika, lukostřelba, lezectví a fyzioterapie (Blaasvaer & Stanghelle, 1999; Røe, Dalen, Lein & Bautz-Holter, 2008).

Royal Hospital for Neuro-disability

Je to zdravotnická charitativní organizace v jihozápadním Londýně. Poskytuje intenzivní rehabilitaci a dlouhodobou péči lidem s neurologickým postižením způsobeným poškozením nervového systému, ať už traumatickým například při dopravní nehodě či organickým jako je roztroušená skleróza mozkomíšní či Huntigtonova choroba. Pracují s lidmi s progresivní či degenerativní formou, s alternativní či augmentativní formou komunikace, s plicní ventilací

Jejím cílem je zvyšovat důstojnost, nezávislost a kvalitu života daného člověka.

Svým klientům nabízí ucelený multidisciplinární přístup. Mezi nabízenými službami je lékařská pomoc, fyzioterapie, ergoterapie, logopedie, psychologie, augmentativní a alternativní komunikační služby, nutriční terapie, zubní lékařství, muzikoterapie, zahradničení, uměleckou činnost a transport sanitkou. Dále nabízí širokou škálu sociálních a rekreačních činností a vodní aktivity v hydroterapeutickém bazénu.

Royal Hospital for neuro-dysability nabízí asi 90 různých aktivit pro své pacienty a klienty dlouhodobé péče i jejich rodiny od umělecko-tvůrčích aktivit, výlety a pobyty ve Velké Británii, masáže a kadeřnické služby, až po pohybové aktivity, mezi nimiž nabízí cvičení ve vodním prostředí nebo bocciu a vždy se stejným cílem - nabídnout možnost účasti na volnočasových aktivitách a pomáhat tak zlepšit kvalitu života (Royal Hospital for Neuro-disability, 2017).

Kankaanpää rehabilitation center

Toto rehabilitační centrum se nachází v městečku Kankaanpää v oblasti Severní Satakunta v západní části Finska. Zařízení je určeno především válečným veteránům, osobám s postižením i běžné populaci a nabízí spoustu různých programů. Cílovou skupinou jsou klienti s obtížemi nervového systému a pohybového aparátu a senioři.

Péče je zajištěna odbornými fyzioterapeuty, sportovními a rekreačními instruktory. Klientům se dostává komplexní péče od základu jako je ADL (activity of daily living zejména u neurologických pacientů) nebo třeba odstraňování funkčních blokády či terapeutické ošetřování spasticity.

Nabízí přírodní stezky, sportovní hala pro tenis, badminton či basketbal na vozíku, bowlingové centrum, rybaření či veslování (EUSAPA, 2017; Kankaanpää, 2017).

Antinkartano rehabilitation center

Rehabilitační zařízení ve zapadofinské oblasti Satakunta. Je určeno lidem s těžkým mentálním postižením. Je rozděleno na dvě části - oddělení fyzioterapie, kde probíhá klasická rehabilitace a pak je to oddělení aplikované činnosti, které se zaměřuje na realizaci dalších pohybových aktivit uzpůsobených pro své klienty. Každé z těchto oddělení má svoje odborníky vzdělané v daném oboru.

K dispozici má několik sportovních hal, plavecký bazén pro cvičení ve vodě a v okolní přírodě realizuje také outdoorové aktivity. Organizuje individuální či skupinové lekce (EUSAPA, 2017).

Harjavalta Hospital

Toto ústavní zařízení se nachází ve stejnojmenném finském městě Harjavalta. Má odloučené rehabilitační a sportovní oddělení. Na sportovním oddělení pracuje sportovní instruktor a jeden zdravotní asistent. Péče je zaměřena na pacienty ambulantního i lůžkového psychiatrického oddělení.

Mezi nabízenými aktivitami jsou tenis, volejbal, plážový volejbal, minigolf, fotbal, jízda na kánoji, cvičení v tělocvičně, jízda na koloběžkách a na kole, bruslení, lyžování a Nordic walking (EUSAPA, 2017).

Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Konstancin

Jedná se o zařízení komplexní péče nedaleko od polské Varšavy. Specializuje se na ortopedické (artroskopie, kloubní náhrady) a neurochirurgické operace se zaměřením na operace páteře a v návaznosti na operativní léčení nabízí i odbornou rehabilitaci neurologických obtíží a muskuloskeletálního systému. Mezi neurologickými diagnózami je například roztroušená skleróza mozkomíšní, traumata hlavy, poranění páteře či mrtvice.

Komplexnost péče spočívá v přítomnosti široké škály odborníků, od lékařů různé odbornosti jako je ortoped, neurolog, psychiatr nebo endokrinolog, přes fyzioterapeuty se specializovanými kurzy až po personál zajišťující rekreační pobyty.

Tyto pobyty mohou být orientovány více relaxačně či aktivně. Je zde k dispozici plavecký bazén a tenisové kurty. Pro relaxaci je zde krykomora, sauna nebo například solná jeskyně (Comprehensive Rehabilitation Centre Konstancin, 2017).

AMEDS centrum

Je to zařízení nedaleko polské Varšavy a působí při nemocnici Szpital Zachodniim. Jana Pawła II. Má k dispozici 13 oddělení s různým zaměřením.

Centrum samotné se zabývá péčí o osoby s roztroušenou sklerózou mozkomíšní a s chronickou cerebrospinální žilní nedostatečností. V tomto centru pracuje mnoho odborníků, kteří se zabývají souvislostí mezi těmito dvěma diagnózami a jejich souběžným výskytem. Nabízí nejen diagnostickou část procesu, ale také léčebnou, což je představováno zejména žilní angioplastikou a dále nabízí rehabilitaci.

V rámci rehabilitace se zde zaměřují na terapii osob s roztroušenou sklerózou a spolupracují se dvěma moderními rehabilitačními centry v Polsku - rehabilitační centrum v Lask a v Borne Sulinowo. Tým odborníků (fyzioterapeut, neurolog, odborník na chronickou bolest, neurochirurg, urolog, kardiolog, angiolog, radiolog, psychiatr, psycholog, ergoterapeut, oftalmolog a endokrinolog) tvoří individuální rehabilitační program, který trvá většinou 4 týdny 6 dní v týdnu, jeden den je odpočinkový. Je v něm zahrnuto každodenní cvičení s fyzioterapeutem, dietetická poradna, sezení s psychologem, léčba bolesti, muzikoterapie a arteterapie. Mimo to jsou součástí rehabilitačního programu i aktivity v bazénu, procházky, nordic-walking, jóga, cvičení v prostorném bezbariérovém fitness centru a další (AMEDS centrum, 2017).

Polish Health Centers

Polish Health Centers je zařízení spojující centrum Polanika pro rehabilitaci a redukci váhy a nemocniční zařízení zaměřujícího se na operativní řešení ortopedických a neurochirurgických problémů. Zařízení se snaží udržovat mezinárodní standardy kvality a zaměřují se na pacienty pocházející z arabských zemích.

Centrum Polanika je rehabilitačně-rekreační zařízení, které si dává za cíl integraci tělesně postižených lidí a zajištění jejich maximální nezávislosti. Veškerá činnost centra je zajišťována týmem odborníků sestaveného tak, aby byla kombinována rekreace se zdravotnickou péčí. Péče je určena jak dospělým klientům, tak i dětem a k dispozici je i ubytování, veškeré prostory jsou bezbariérové. V rámci doplňkových aktivit mohou klienti využívat kryokomoru, fitness centrum, nordic-walking, plavecký bazén s nabídkou různých aktivit, saunu, solnou jeskyni a jiné služby (Polish Health Centers, 2017).

National Rehabilitation Hospital

Je to charitativní organizace v Irsku v Dun Laoghaire poskytující komplexní rehabilitaci lidem s tělesným či kognitivním postižením po nehodě, nemoci či poranění.

Zařízení nabízí rehabilitační programy osobám s poraněním mozku, spinálním postižením, absencí funkce končetiny po amputaci nebo s parézou (proteticko-ortotický program POLAR) a dětem s ohledem na jejich individuální potřeby. Pacienti jsou zde přijímáni z nemocnic po akutní hospitalizaci, na doporučení lékaře či komunitních agentur a pečují o ně mnoho odborníků - lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, logopedi, sociální pracovníci, lékárníci, odborníci na zobrazovací metody a muzikoterapeut. V rámci komplexní terapie je zde k dispozici i specialista na terapeutickou rekreaci, jehož cílem je navázat na péči fyzioterapeutů a ergoterapeutů a podpořit klienty v účasti na volnočasových individuálních či skupinových aktivitách. Snaží se tak zvýšit jejich nezávislost a zlepšit jejich fyzické, emocionální a sociální chování.

Mimo arteterapii, kino promítání, fotografického a pěveckého kroužku centrum nabízí i relaxační sezení, jízdu na handbicích, aktivity v tělocvičně, výuku sebeobranu, stolní tenis, šerm, lukostřelba, airsoft, basketbal a rugby, vše uzpůsobené tak, aby se mohli účastnit všichni včetně vozíčkářů. Je snahou zajistit zejména dětem aktivity alespoň třikrát týdně. Centrum se také snaží účastnit se organizace sportovních soutěží, čímž se celkově snaží podpořit socializační proces.

NationalRehabilitationHospital umožňuje svým klientům během jejich několikátýdenního pobytu vrátit se na víkend domů, aby měl dotyčný možnost vyzkoušet naučené schopnosti v jeho přirozeném domácím prostředí, na konci víkendu se vrací k terapii (National Rehabilitation Hospital, 2017).

University hospital Pellenberg

Jedná se o fakultní nemocnici fungující při Katolické univerzitě v Leuven v Belgii. Je zde rehabilitační oddělení Pellenberg, které má snahu poskytovat svým pacientům s postižením dolních končetin sportovní program. Snaží se tak optimalizovat rehabilitační program, navýšit pohybovou aktivitu a zlepšit fyzickou zdatnost. V neposlední řadě je cílem i podpora aktivního životního stylu po rehabilitaci.

Zejména u dětí se poměrně výrazně mění motorické schopnosti během jejich růstu a dospívání a u dětí s postižením mozku jsou tyto změny ještě hmatatelnější. Vysoké svalové napětí a spasticita ovlivňují muskuloskeletální aparát během vývoje a tvoří se tak na něm různé deviace. Věnuje se však nejen dětem, ale i dospělým.

Každý klient je vyšetřen a je mu navržena fyzioterapie dle jeho individuálních potřeb a ta je rozšířena o sportovní program. Tento program je zaměřen na různé formy cyklistiky. Klienti začínají u rotopedů a pokračují na handbicích, tříkolkách, dvoustopých spřažených bicyklech a klasických kolech (EUSAPA, 2017; Lucas, 2006; Flanders Today, 2013).

Centro polifunzionale Don Calabria

Je to multifunkční centrum ve Veroně v severní Itálii a jeho cílem je nejen rehabilitace, ale také sociální inkluze. Je zde realizovaná odborná lékařská i fyzioterapeutická pomoc, na kterou navazuje činnost sdružení Pier Giorgio Frassati, které bylo založeno při tomto centru. Rehabilitace je určena všem věkovým kategoriím s ohledem na typ jejich postižení a probíhá buď jednotlivě či skupinově. Následně se klienti mohou věnovat nabízeným pohybovým aktivitám.

V centru je sportovní hala, dva bazény uzpůsobené pro lidi se specifickými potřebami, 3 venkovní hřiště, tělocvična a sál s lezeckou stěnou a pod dohledem kvalifikovaných instruktorů je realizován basketbal na vozíku, plavání a fotbal 5 na 5.

V tělocvičně nebo v bazénu pak probíhají speciální programy pro osoby s roztroušenou sklerózou, Parkinsonovou chorobou, Alzheimerovou chorobou, po iktu, s míšní lézí nebo kraniotraumatem, s osteopenií a osteoporózou či "jen" skoliózou (Centro polifunzionale Don Calabria, 2017).

Santo Stefano riabilitazione

Je to rehabilitační zařízení s cílem komplexní rehabilitace po stránce fyzické, funkční, sociální a emocionální. Nabízí vysoce specializovanou terapii po závažných onemocněních mozku, vývojových vadách, onemocněních neurologických, ortopedických, pneumologických a psychiatrických, po komatózních stavech a lidem s demencí.

Tým odborníků v SantoStefano je tvořen rehabilitačním lékařem, psychiatrem, psychologem, fyzioterapeutem, logopedem, očním specialistou, ergoterapeutem, ošetřovatelem, vychovatelem, sociálním pracovníkem a neuropsychomotorickým specialistou. Pro každého klienta je na základě jeho klinického obrazu a funkčních schopností tímto týmem vytvořen individuální rehabilitační plán, který je součástí komplexního programu. Jako součást tohoto programu jsou i sportovní aktivity, které mají charakter hry, ale i terapie. Jejich účelem je celkově zlepšit motorické schopnosti, ale i psychologický profil daného klienta. Mnoho pacientů se během terapie

v tělocvičně začne nudit a být apatičtí a ukázalo se jako prospěšné, že proložit fyzioterapeutická sezení těmito aktivitami zvyšuje koncentraci a zúčastněnost pacientů.

Jako nástroj k obnovování psychické rovnováhy a zlepšení motoriky zde nejdříve využívali jen basketbal na vozíku, později se přidala také lehká atletika, lukostřelba, střelba zbraní na terč, fotbal 5 na 5, jachting, lyžování, jízda na koni a golf. Dále se v tomto centru osvědčil fotbal na vozíku a stolní tenis.

Celý proces rehabilitace probíhá v několika fázích, a sice posouzení schopností, zkoušení dané aktivity v bezpečném prostředí centra, ozkoušení si naučených aktivit v externích prostorách centra, jako jsou bazény a sportoviště, ale také doma a v poslední fázi pacient či klient opouští centrum (Santo Stefano riabilitazione, 2017).

Rehab Station Stockholm

Toto centrum ve spojení s Karolinska University Hospital nabízí komplexní rehabilitaci a ošetření pacientům se spinálním postižením nebo například s roztroušenou sklerózou mozkomíšní ze Švédska, ale i ze zahraničí. Centrum se nachází v národním parku asi 25 minut od centra Stockholmu. Služby centra jsou určeny pacientům s čerstvě vzniklým poraněním, ale také pacientům po operaci či se zdravotními komplikacemi. Filozofií centra je znovu získat a udržet aktivní životní styl s maximální schopností soběstačnosti. Tento proces zajišťují lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, rehabilitační instruktoři, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci a rekreologové. Nezaměřuje se jen na fyzioterapii, neurologickou stránku problému, sexuologické obtíže, ale spolu s fakultní nemocnicí Karolinska nabízí i plastickou chirurgii, řešení spasticity a bolesti či chirurgické ošetření ruky.

Mimo klasické rehabilitace v kombinaci s ergoterapií nabízí jako doplňkovou část terapie basketbal a rugby na vozíku, plně vybavenou tělocvičnu, lukostřelbu a plachtění. Program každého pacienta je utvářen s jeho aktivní účastí, aby byl co nejvíce ochoten na sobě tvrdě pracovat, a může trvat až 14 týdnů, vždy v závislosti na vážnosti postižení.

Zvláštností tohoto zařízení je, že mezi svými zaměstnanci mají rehabilitační instruktory s postižením páteře, což umožňuje vhled a lepší porozumění nově vzniklé situace pacienta (Rehab Station Stockholm, 2017).

Karolinska University Hospital

Je fakultní nemocnice ve švédském Stockholmu a úzce spolupracuje s Rehab Station Stockholm, kdy se společně snaží vytvořit co nejefektivnější rehabilitační program.

Filosofii, kdy se snaží obohatit rehabilitační program o pohybové aktivity a zvýšit tak jeho efektivitu a dopad na zdraví člověka, se snaží aplikovat i v jiných oblastech, nejen u neurologických a neurochirurgických pacientů, což dokazují studie odborníků z této nemocnice. Tyto studie dokazují například pozitivní vliv pohybové aktivity během rehabilitace dlouhodobějšího charakteru po akutních koronárních příhodách nebo snížení dušnosti a zlepšení dechových parametrů při provozování fyzické aktivity jako doplněk rehabilitace u chronické obstrukční plicní nemoci. Dále byl prokázán pozitivní dopad pohybové aktivity na osoby s revmatoidní artritidou (Rehab Station Stockholm, 2017; Ajeganova, Wörnert & Hafström, 2016; Papp, 2017; Hage, Mattson & Stähle, 2003).

The Australian Physiotherapy and Pilates Institute (APPI)

Je to celosvětový poskytovatel péče a výuky v oblasti fyzioterapie a pilates a v rámci Evropy působí ve Velké Británii v Londýně. Zde spolupracuje převážně s klinikami London sport orthopaedics a Wimbledon Clinics, ale také s The hip and kneeclinic. Všechny se specializují na ortopedickou problematiku.

APPI má svá centra v Hampstead a Wimbledon, kde je organizováno celkem asi 70 lekcí týdně všech úrovní. Je unikátní v tom, že se snaží kombinovat principy fyzioterapie a metodu tělesného cvičení pilates. Kromě fyzioterapie nabízí sezení individuální, ale i skupinové, během kterých využívá kombinování výše zmíněných postupů a zaměřuje se na obtíže s tenzní migrénou, břišní diastázou, revmatoidní artritidou, osteoporózou, kolenní osteoartrózou, ergonomií, bolestivé obtíže bederní oblasti, chronickým přetěžováním pohybového aparátu a oslabeným pánevním dnem.

Centrum poskytuje vzdělávací kurzy zejména fyzioterapeutům, ale také komplexní kurzy lidem bez vzdělání na poli fyzioterapie. Jejich výškolení odborníci působí v Německu, Švýcarsku, Portugalsku, Španělsku, Maďarsku, Finsku, na Maltě a v Irsku (APPI, 2017).

Kerpape Mutualiste Center

Je to vysoce specializované a moderně vybavené centrum reedukace a funkční rehabilitace na pobřeží Bretaně v blízkosti města Lorient. Je to zařízení, jehož cílem je

samostatnost každého klienta se zdravotním postižením nebo v seniorském věku. Mezi 700 zaměstnanci jsou dokonce dva techničtí inženýři, kteří se zaměřují na inovaci a vývoj potřebných pomůcek.

Centrum má 5 oddělení - pediatrické, ortopedicko-traumatologické, neurologické oddělení se zaměřením na centrální poruchy, dále neurologické oddělení pro poranění míchy a poslední oddělení je pro klienty s amputací, vážnými popáleninami, respiračními a kardiologickými obtížemi. Svým klientům nabízí až 18 měsíční pobyty, během kterých spolupracují s mnoha odborníky. Centru si zakládá na multidisciplinárním přístupu. Jedinečnost tohoto zařízení v rámci celé Francie a možná i v celoevropském měřítku spočívá v tom, že tým asi 13 odborníků doprovází a vede klienta po jeho odchodu z centra s cílem jeho plného sociálního a profesního začlenění.

Komplexní rehabilitace se účastní lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ergonomové, psychomotoričtí specialisté, sociální pracovníci, psychologové, neuropsychologové, logopedi, ortoprotetikové, ortoptisté a osobní asistenti. Pracují zde také specializovaní učitelé autoškoly a učitelé.

V rámci doplňkových pohybových aktivit se klienti mohou účastnit psychomotorických aktivit, fotbalu na vozíku, boccie, basketbalu na vozíku, lukostřelby, střílení z foukačky, badmintonu a stolního tenisu v herně či prostorné sportovní hale. Mohou si také vyzkoušet jízdu na handbiku, tříkolkách, horských kolech a kajaku. K dispozici mají také rozlehlý bazén s mořskou vodou o teplotě 34°C pro různé typy aktivit jako jsou různá skupinová cvičení či plavecká zóna. V bazéně je také instalované zábradlí s různými možnostmi využití, například nácvik lokomoce i motoriky. Bazén je vybaven rampou pro pozvolný vstup do bazénu, ale i zvedáky.

Při centru funguje Le Club-Loisirs, což je místo pro setkávání a společné trávení volného času. Klienti zde mají prostor pro četbu, různé hry nebo třeba i jen občerstvení s přáteli (Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation fonctionnelles de Kerpape, 2017).

5.2 Výsledky semistrukturovaných rozhovorů

5.2.1 MUDr. Petr Konečný, primář Centra léčebné rehabilitaci v Nemocnici Prostějov

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta

v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Komplexní rehabilitace je propojení farmakoterapie, ergoterapie a fyzioterapie a činnosti podporující společenskou participaci. Fyzioterapie se zabývá pohybovou terapií na lokální úrovni jako je kloub či sval, případně provádí i terapii u hemiparetiků po CMP. Řeší funkční či strukturální poruchu. Ergoterapie řeší problém jako celek, jde mu o resocializaci pacienta a jeho návrat k běžným denním činnostem a jejich nácvik. Terapeuti mají v ambulantní terapii asi 30 minut na pacienta, na lůžkách asi hodinu a půl denně.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Naše nemocnice spolupracuje s různými pracovišti, takže v rámci následné péče po terapii jsou někteří pacienti odesíláni do lázeňských a rehabilitačních ústavů za účelem jejich doléčení.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Pohyb je základní, životní aktivita a patří ke zdraví jako takovému. Pokud jsou lidi imobilní, jsou depresivní, psychicky špatní a nesamostatní, závislí na někom. I jen vertikalizace může pacienta neskutečně posunout po psychické i fyzické stránce. Zvládne si dojít na záchod, pro pití, je nezávislejší. Je to však individuální podle každého pacienta - jsou pacienti, kteří 50 let necvičili a pacienti bývalí tělocvikáři, pro které je subjektivně málo i několika hodinové cvičení denně. Ve fyzioterapii je 90% práce řešení motorických obtíží, avšak psychologická stránka není téměř řešena, přestože je velmi důležitá.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Určitě ano, ale s individuálním přístupem, neřešit to šablonovitě.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *V tuto chvíli asi neexistuje, ale vhodný adeptem by mohl fyzioterapeut s určitou nástavbou ve vzdělání zaměřenou na tuto oblast.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *Lůžková zařízení jako lázně, rehabilitační ústavy, odloučená rehabilitační pracoviště. Ambulantně asi taky, ale musela by se celkově změnit legislativa a podpora domácí rehabilitace a pohybové terapie.*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ne.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Ne.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Kombinace somatické či pohybové terapie a psychoterapie, měl by být motivátorem a aktivátorem.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Měl by mít alespoň základní bakalářské vzdělání v oblasti fyzioterapie či ergoterapie, aby prošel tou medicínskou stránkou. K tomu nějakou psychologickou či psychoterapeutickou nástavbu.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Co jsou to specifické potřeby, jaké to má následky po stránce somatické, psychické i sociální, přehled o jeho právech a povinnostech. Dále také kurz komunikace a rozvíjet schopnost motivovat pacienta. Dokázal bych si představit jako takového kouče v moderním pojetí.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *Diagnózy s trvalými následky nebo ty, které přecházejí do chronicity. Jsou to neurologické stavy, mrtvice, úrazy a operace mozku, paraparetici, kvadruparetici, obecně vozičkáři, poúrazové stavy, roztroušené sklerózy, DMO, Parkinsonici, amputáři. Zvláštní přístup by měl být k vertebropatickým pacientům. Nemělo by se zapomínat ani na smyslová postižení a kombinované vady.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně

nebo plně?

Odpověď: *To je těžká otázka. Základní způsob by měl být ze strany zdravotní pojišťovny, ale určitě bych navrhl spoluúčast, protože co je dnes zadarmo, je podezřelé. A je důležité rozlišit, co je standard a co je nadstandard.*

5.2.2 MUDr. Anna Hrubá, praktický lékař pro děti a dorost

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Fyzioterapeut vykonává léčebnou rehabilitaci u pacientů s motorickým postižením a využívá potřebné metody s cílem dosažení plné mobility klienta. Ergoterapeut se zaměřuje i na oblast psychiky, podporuje pomocí specifického nácviku mobility ADL, pozitivního myšlení a procvičování např. paměti začlenění do běžného života pacienta.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Pravidelné schůzky, naslouchání steskům a potížím klientů, návrh přiměřené aktivity a činnosti klienta.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Fyzioterapie či ergoterapie pomáhá zvládnout postižení a dostat se na maximální možnou úroveň po stránce motorické a psychické, je potřeba ale s klienty pracovat trvale, dodávat jim psychickou podporu, kontrolovat dosažené výsledky, motivovat je přiměřenými aktivitami v oblasti motoriky a psychiky k dalšímu zlepšení. Ne vždy je ale v časových možnostech terapeuta toto všechno zvládnout.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Ano.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Vhodný by byl zřejmě tzv. psychomotorický terapeut, kterého jste zmínila. Který by ve své práci spojoval prvky fyzioterapeuta a ergoterapeuta a například psychologa, eventuálně učitele.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *V zařízeních pro dlouhodobě nemocné, v sociálních ústavech, lázních nebo třeba v rehabilitačních zařízeních.*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ne.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Nevím přesně, ale měly by to být asi především rehabilitační a sociální ústavy.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Komplexní péče o klienta s ohledem na prostředí, kde žije, včasný záchyt zhoršení psychomotorické kondice a rozhodně spolupráce s dalšími odborníky.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Anatomie a fyziologie člověka, psychologie, všeobecný přehled a samozřejmě obsah pojmu specifické potřeby.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Studium by mělo vnímat člověka jako celek, vysoce vyspělou bytost, kdy kvalitu života určuje dosažené maximum ve všech složkách fungování organismu.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *Motorická postižení s nepostiženou psychikou, mentální poruchy, kombinovaná psychomotorická postižení, závažná chronická onemocnění všech systémů člověka.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Myslím, že nejvhodnější variantou by bylo kombinované financování, kdy přispívá zdravotní pojišťovna, ale finančně se účastní i pacient.*

5.2.3 Mgr. Vendula Dopitová, fyzioterapeut v Lázních Slatinice

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Podle mé zkušenosti je fyzioterapie v lázních časově více dotována než při ambulanci terapii, přesto je zde prostor pro měkké a mobilizační techniky, fyzikální terapie, kondiční či korekční cvičení v takové míře, aby pacient byl schopen správně sám cvičení provádět a měl dostatečnou zásobu cviků, které pak provádí samostatně. I přes dostatečnou snahu edukovat pacienta však většina pacientů po opuštění lázní cviky neprovádí.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Jak už jsem zmínila v předchozí otázce, myslím si, že většina pacientů po opuštění ústavního zařízení přestává se cvičením, pokud nemají nějaké výrazné bolestivé obtíže. Krátce po operaci mají často jistá omezení, která si zautomatizují a stává se tak novým životním stylem, který je pro ně ale omezující a dál se nemění.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Určitě může ovlivnit mobilitu, motoriku a psychické rozpoložení těchto osob. Pohybová aktivita zlepšuje metabolismus a tím lze ovlivnit hojení a rychlost léčby třeba u dlouhodobých nemocí. Intervence ale dostačující podle mě není. Myslím, že personálně je to náročná problematika už proto, že práce s takovými lidmi je komplikovanější. Určitě je to prostor pro uplatnění mnoha lidí, ale asi je to náročné z finančního hlediska. Většina zařízení takové lidi nemůže nebo nechce platit.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Ano.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Nevím, možná fyzioterapeut s nějakým speciálním kurzem či školením.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *Nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, lázně, rehabilitační ústavy.*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ne.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Ne.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Asi hlavně realizace skupinových cvičení a jiných aktivit. Ve skupince by byli lidé s podobnými diagnózami a na základě toho by byla provozovaná vhodná pohybová aktivita.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Somatologie, patologie a patofyziologie, psychologie, zdravotní postižení a dlouhodobé nemoci, základy fyzikální terapie, psychomotorické a jiné pohybové aktivity, znalost patologických biomechanických vzorů.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Zejména na osoby se specifickými potřebami, měli by se zaměřit na rozvoj empatie a trpělivosti, komunikační dovednosti a měli by znát i kontraindikace určitých typů pohybové aktivity u konkrétních onemocnění. Například by měli vědět, že u roztroušené sklerózy je nutno respektovat únavu.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *Asi diagnózy, které nejvíce negativně ovlivňují psychiku, což by mohla být zmíněna roztroušená skleróza, mrtvice*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Nejsem si jistá, zda by si byl ochoten někdo hradit takovou službu, pokud by měla být dlouhodobějšího charakteru, takže možná z příspěvku*

5.2.4 Mgr. Iva Frgalová, fyzioterapeut ve Fakultní nemocnici Olomouc

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Fyzioterapeut vede komplexní terapii u pacientů v akutním či chronickém stádiu nemoci ovlivňující motoriku člověka. Terapie fyzioterapeuta svou činností ovlivňuje hrubou i jemnou motoriku pacienta s cílem dosáhnout zlepšení nebo udržení konkrétní funkce pohybového systému. Ergoterapeut vede terapii pacientů také v obou formách nemoci se zaměřením na ADL člověka. Terapie fyzioterapeutem a ergoterapeutem probíhají většinou pouze v soukromých nebo zdravotnických ambulancích, rehabilitačních odděleních, ústavech a lázní během omezeného počtu setkání. Pouze ojediněle dojíždí terapeuti do domácího prostředí.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Velmi nedostatečně. Probíhá v lepším případě v rámci proškolených pracovníků ve většině případů alespoň zdravotních sester vyslaných ze sociálních služeb jako např. Červený kříž. V případě nutnosti kvalitní péče si musí pacienti rehabilitaci hradit samostatně a složitě shánět odborníky z oboru fyzioterapie a ergoterapie.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Vliv pohybové aktivity u osob se specifickými potřebami má pozitivní dopad na sociální potřeby pacientů, ale negativní na pohybový aparát v rámci přetěžování jednotlivých segmentů, pokud je nesprávně indikována. Je nedostačující.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Určitému spektru klientů zajisté ano.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Terénní ergoterapeuti, fyzioterapeuti a další obory týkající se pohybu ve spojení se speciální pedagogikou.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *V ambulantní rehabilitačních zařízeních i v terénní praxi.*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ne.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Neznám.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Nácvik ADL činností a sportovních aktivit v terénu, ale i v domácím prostředí.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Zdravotnictví, speciální pedagogika a sportovní obor.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Na praxi v rámci studia s různými osobami se specifickými potřebami. Hlavně nezapomenout na klinickou psychologii a ergoterapii.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *Osoby se specifickými pohybovými potřebami, zrakovým znevýhodněním, sluchovým znevýhodněním a kombinované vady.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Hrazení v rámci sociálních dávek, které klient pobírá na potřebnou péči o svou osobu, případně hrazení jako samoplátce.*

5.2.5 Mgr. Lenka Kociánová, vedoucí fyzioterapie v ambulantní rehabilitaci

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta

v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Fyzioterapeut zajišťuje terapii bezprostředně po úrazu nebo ve stavu vyžadujícím rehabilitaci, vytváří krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán s cílem dosažení co největší možné mobility a samostatnosti. Ergoterapeut zajišťuje co největší možnou míru soběstačnosti zejména v ADL. Snahou obou těchto profesí je začlenění pacienta do společnosti, seznámit pacienta i jeho rodinu s reálným stavem a prognózou a zacvičit rodinné příslušníky, kteří budou o pacienta pečovat. Důležité je motivovat pacienta vhodným výběrem terapie a hlavně reálnými cíli, aby sám pokračoval po ukončení terapie, která má většinou jen krátkodobé trvání. Dále záleží na pacientovi, jak bude pokračovat.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Záleží, zda je pacient následně v ústavní péči, kde si tyto služby zařizují konkrétní zařízení samy. V případě, že je pacient propuštěn do domácího ošetření, kde se o něj starají rodinní příslušníci nebo odborní pracovníci (pečovatelky, zdravotní sestry, ambulantní fyzioterapeuti). Kvalita následné péče závisí do značné míry na konkrétním terapeutovi.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Pohybová aktivita u těchto osob pomáhá zlepšení jejich mobility a soběstačnosti nebo alespoň zpomalení progresu nemoci, samozřejmě v závislosti na diagnóze. Zda je dostačující, je ovlivněno rozhodnutím ošetřujícího lékaře, který udává rozsah a četnost terapie. Dalším významným faktorem určujícím, zda je intervence dostačující, je kvalifikace a motivovanost osob, které pohybovou aktivitu zajišťují.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Určitě ano.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Absolventi aplikované tělesné výchovy, který ale nemá základy zdravotní vědy a do určité míry by to mohl vykonávat fyzioterapeut nebo ergoterapeut.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *V lázních, v různých tělovýchovných organizacích s možností sportovních aktivit pro konkrétní postižení, v zařízeních pro seniory, ve speciálních školách*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ne.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Neznám.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Měl by umět posoudit vhodnost pohybové aktivity pro daného pacienta, motivovat pacienta k pohybové aktivitě, která by ho bavila a byla pro něj přínosná jak po motorické, tak psychické stránce. Odborné vedení pacienta během této činnosti, aby mu naopak nezhoršila jeho zdravotní stav.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Měl by mít přehled o diagnózách pacientů, se kterými pracuje, včetně jejich omezení a kontraindikací, znalosti z oblasti psychologie, kurz první pomoci, znalosti z pedagogiky a didaktiky konkrétních pohybových aktivit.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Zdravotní vzdělání se zaměřením na pohybový aparát a specifika diagnóz, se kterými přijdou tito pracovníci do kontaktu a praktické znalosti jednotlivých pohybových aktivit.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *Vzhledem ke zvyšující se četnosti výskytu osoby po cévních mozkových příhodách a neurologických onemocněních, Alzheimerova choroba a demence, pak také asi pौरázové stavy jako amputace, paraplegie či kvadruplegie a dále pravděpodobně také osoby se smyslovým onemocněním, což jsou třeba nevidomí, neslyšící. Určitě by se mělo myslet i na seniory, protože délka života se neustále zvyšuje.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Ideálně by bylo plné hrazení těchto aktivit pojišťovnou, popřípadě částečné hrazení u aktivit spíše zájmového charakteru (lyžování na monoski, sledge hokej...).*

5.2.6 Bc. Tomáš Látal, fyzioterapeut ve společnosti Zdravý podnik

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Fyzioterapeut je specialista zabývající se diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového aparátu. Ke svojí práci využívá specifické cvičební metody a koncepty, manipulační a mobilizační techniky. Ergoterapeut se snaží o zachování a co nejeefektivnějšího využívání schopností pacienta zvládat běžné denní aktivity.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Po ukončení rehabilitace pod odborným dohledem je na pacientovi, aby sám pokračoval v naučených cvičebních prvcích. Případně je na místě pomoc se zvládnutím možných negativních emocí v důsledku onemocnění.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Napomáhá se začleněním se do společnosti, jako preventivní prostředek depresivních stavů a prostředek pro uvolňování energie. Intervence není dostačující, chybí specialista, který by prováděl pohybové aktivity s ohledem na psychickou rovinu. Fyzioterapeut by sice měl být empatický, ale jeho práce je zaměřená na funkčnost muskuloskeletálního aparátu.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Ano.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Pravděpodobně zmíněný psychomotorický terapeut.*

- 6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *Ústavní zařízení, ambulance, nemocnice, lázně.*

- 7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ne.*

- 8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Ne.*

- 9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Pomoc klientům s aplikováním naučeného pohybu fyzioterapeutem, ergoterapeut do různých situací běžného života, dále vytvořit pohybové návyky a rozšířit spektrum pohybových dovedností daného klienta.*

- 10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Anatomie, fyziologie zátěže, psychologie, sociologie, kineziologie a patologická kineziologie, ošetřovatelství.*

- 11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Specifika jednotlivých typů postižení či znevýhodnění.*

- 12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *CMP, RS, vývojové vady, Parkinsonova nemoc, DMO, kardiopulmonální poruchy a určitě i senioři.*

- 13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Myslím si, že by tento typ terapie měl být hrazen pojišťovnou, protože spousta osob z cílové skupiny by si ji z dlouhodobého hlediska nemohla dovolit.*

5.2.7 Mgr. Martina Vernerová, ergoterapeut v Nemocnici Prostějov a specialista aplikovaných pohybových aktivit

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Při ergoterapeutické sérii terapií se zaměřujeme primárně na problém, se kterým klient na rehabilitaci přijde. Série terapií se pohybuje mezi 3 až 4 týdny, ve kterých se snažíme zlepšit pohybové stereotypy. Ke klientovi přistupujeme individuálně a snažíme se zaměřit celou terapii na daný problém i přání klienta (nácvik úchopu, psaní, krájení, oblékání) dle typu nemoci, zranění.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *O této oblasti nemám podrobné informace, ale dle mého názoru by měla následovat např. lázeňská péče či opakovaná série rehabilitací s ohledem na typ znevýhodnění, který u klienta přetrvává.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Pohybová aktivita má pozitivní vliv u všech typů znevýhodnění, jak zdravotní, tak sociální. Klienti se mohou zapojit do oblastí, které jim přinášejí radost, úlevu. Dle mého názoru, není tato intervence dostačující, tak jak by bylo potřeba. Pracovníků v této oblasti by mělo být více a s patřičným vzděláním.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Ano. Každá pohybová aktivita, možnost začlenit se do kolektivu, klientům pomůže, jak tělesně, tak hlavně psychicky, necítí se odmítáni. Tento typ aktivit by měl být individuálně přizpůsoben a měl by to připravovat a upravovat vzdělaný člověk v této oblasti s ohledem na přání klientů. Vhodné je také zvážení konzultace s ošetřujícím lékařem, ortopedem, pediatrem a dalšími odborníky.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Člověk se zaměřením na Aplikované pohybové aktivity, Aplikovaná tělesná výchova, ergoterapeut.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *Domovy pro seniory, Dětské domovy, speciální školy zaměřené na určitý typ zdravotního znevýhodnění, lázeňské a rehabilitační ústavy a možná i některé neziskové organizace.*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Na našem pracovišti takového pracovníka nemáme. Občas se k této činnosti přihlásí dobrovolníci, pouze na LDN.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Takové pracoviště přímo neznám, v Domově pro seniory Šumperk se podobnou činností snaží zařadit do programu ergoterapeut a pracovní terapeuti, kteří vykonávají naplánovanou činnost ergoterapeutem a přizpůsobují ji stavu klientů.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Takový pracovník by měl na svém pracovišti korigovat a navrhovat správnou dávku a druh aktivity podle typu znevýhodnění a kontrolovat prováděné činnosti. Měl by být plně zařazen do pracovního kolektivu na pracoviště, aby přístup byl komplexní a multidisciplinární, účastnit se porad a všech činností, které se pro případné klienty navrhnou.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Z oblasti aplikovaných pohybových aktivit nebo aplikované tělesné výchovy, fyziologie, neurologie, patologické hybné stereotypy, speciální pedagogika, znalosti zaměřené na typ specifické potřeby - autismus, Downův syndrom a další.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Dle mého názoru je důležitá praxe na specializovaných pracovištích zabývajících se vzděláváním, volnočasovými aktivitami pro žáky, klienty se specifickými potřebami.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka

primárně zohledněny?

Odpověď: *Děti a dospělí s autistickým spektrem, se sluchovým, zrakovým a tělesným postižením, Downův syndrom a specifika stáří.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Podle mého názoru by měl být tento typ léčby být plně hrazen pojišťovnou nebo by mohl sám pacient částečně přispívat.*

5.2.8 Marie Novosádová, zdravotní sestra a ošetřovatelka, jednatelka firmy Fyzidop -fyzioterapie a domácí péče

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Pracuje dle náplně práce daného oboru a to především na ordinaci lékaře. Chybí více odborných a odpovědných kompetencí pro pracovníky v daném oboru mimo ordinaci lékaře.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *V této oblasti podle mě chybí pracovník nebo instituce, něco jako „sociálně zdravotnický pracovník“, který by poskytoval další možnosti komplexní rehabilitační léčby, postupů a komunikace s ohledem na zdravotní stav, sociální a pracovní zaměření, případně vzdělával tyto pacienty i jejich blízké a další společenské instituce v postupech zacházení se sebou samým v jeho dalším životě. Tito pacienti potřebují péči do konce života.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Pohybová aktivita má významný vliv na vývoj a život pacienta i celé společnosti.*

Intervence je však nedostačující. Představovala bych si péči v návaznosti i na blízké osoby a celou společnost a to celoživotně. Ideální by byl pracovník nebo instituce, která by zajišťovala dle vývoje a zdravotního stavu jedince nové pohybové aktivity, které

by navazovaly na předchozí terapii a aktivity a uspokojovaly tak komplexně potřeby jedince. Základem je psychický stav každé takové osoby.

- 4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Ano. Tématem diskuze ve společnosti ale může být, kdo tyto služby nebo péči bude hradit a kdo je koncepčně povede, což by znamenalo rozpoutat debatu na nejvyšších úrovních společnosti. Bylo by zapotřebí provést výzkum v oblasti ekonomické, materiální, zaměstnanecké a to s ohledem na celý další vývoj postiženého jedince, možných komplikací jeho postižení a dopad na vývoj společnosti. Myslím, že pokud by byl pacient odborně psychicky i motoricky veden, může dojít časem ke snížení zdravotních komplikací, časové náročnosti terapie i finančních nákladů. Pozitivně by tak byly ovlivněny všechny oblasti společenského života díky následné psycho-pohybové péči o handicapované pacienty a zvýšila by se tak kvalita jejich života. Mimo to by se snížilo zatížení jiných zdravotnických pracovníků, na které spadá další postup „psycho-aktivizační“ léčby nebo psychomotorické péče pacient, především praktických lékařů, neurologů či psychiatrů a došlo by i ke snížení zátěže na samotné pacienty případnou léčbou komplikací.*

Bylo by tedy nezbytné zainteresovat do této problematiky poslance, vládní organizace, ministerstva, zdravotní pojišťovny a zdravotnictví především. V možné míře i samotné handicapované pacienty a jejich blízké.

- 5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Možnou variantou by byl psychoterapeut s rozšířeným vzděláním ve fyzioterapii, ergoterapii, v pohybových aktivitách nebo s dalším kombinovaným vzděláním nebo odborník v novém oboru zabývajícím se psychikou a pohybem.*

- 6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *Všude tam, kde se pohubují hendikepovaní pacienti, nemocniční a sociální zařízení i v domácím prostředí.*

- 7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Existuje ve smyslu další komplexní péče u nemocných a hendikepovaných v domácí zdravotní péči nebo v naší rehabilitační ambulanci, pokud naši péči pacient vyhledá nebo je mu doporučena ošetřujícím lékařem či jiným*

odborníkem. Potom týmově řešíme další návrhy pacientovy komplexní péče i z pohledu spolupráce se sociálními pracovníky. Což je časově velmi náročné a nedostačující, především z pohledu dlouhodobé péče po odchodu z rehabilitační ambulance. Je to však problém i z pozice vykazování zdravotním pojišťovněm.

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Centrum Paraple.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *V první řadě výběr náplně psychologa, dále fyzioterapeuta, ergoterapeuta, zdravotní sestry, pedagoga a sociálního pracovníka.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Jak už jsem zmínila u předchozí otázky, měly by to být znalosti z oblasti fyzioterapie, ergoterapie, psychologie, znalosti zdravotní sestry, speciálního pedagoga a ze sociální sféry. Dále také znalost etiky.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Jak už jsem zmínila znalost etiky, ale také empatie a sociální kompetence pro práci s jejich blízkými a pečujícími.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *DMO, CMP, postižení a poúrazové stavy mozku a páteře, vrozené tělesné a psychické vady, jako i kombinované vady, také stavy po operacích s odnětím orgánu nebo končetin.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Možnou variantou by bylo hrazení ze strany zdravotní pojišťovny a dále ze strany státu, kde by se navýšil příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. na tuto odbornou péči.*

5.2.9 Miroslava Smolenová, specialista hudebně-pohybové terapie v Psychiatrické léčebně ve Šternberku

1) Jaká je podle Vás konkrétně náplň práce fyzioterapeuta, případně ergoterapeuta v praxi? Popište, prosím, na co reálně má terapeut prostor během celé série terapií.

Odpověď: *Fyzioterapeut je člověk, který řeší akutní problém. Uleví mu a ukáže mu cestu, ale není schopen ovlivnit už to, jak dál pacient s tímto problémem naloží. Je to terapie zaměřená pouze na fyzickou stránku, nikoliv psychickou.*

2) Jak podle Vás pokračuje následná péče a podpora klienta po ošetření lékařem a fyzioterapeutem (ergoterapeutem) ve vztahu ke komplexní rehabilitaci?

Odpověď: *Myslím si, že u většiny pacientů je následná terapie nulová a spíše se pacient periodicky vrací k terapeutovi, aby s ním naučená cvičení opakoval. Sám doma cviky neprovádí. U nás v léčebně to většinou probíhá tak, že jak po stránce somatické, tak psychiatrické léčebný efekt působí na pacienta po odchodu z léčebny jen chvíli a pak se pacient vrací do původního stavu a vrací se většinou i do léčebny.*

3) Máte představu, jaký vliv má pohybová aktivita na zdraví u osob se specifickými potřebami (osoby se zdravotním postižením a znevýhodněním)? Je podle Vás fyzioterapeutická (ergoterapeutická) intervence s ohledem na tento význam dostačující?

Odpověď: *Pohyb je podle mě geniální a já ho považuji za nezákladnější terapeutický prostředek. Během terapie je pro mě důležité, aby se mí pacienti bavili. A v případě, že pohyb není možný, tak s pacienty alespoň zpíváme a využíváme tak i principy respirační fyzioterapie. Intervence dostačující není, časová ani obsahová.*

4) Myslíte si, že by takovým klientům bylo vhodné nabídnout určitou formu aplikované pohybové aktivity s respektem k jejich zdraví a vznik možných zdravotních komplikací?

Odpověď: *Rozhodně ano a ze zkušenosti dlouhodobě a i více než jen jednou týdně.*

5) Myslíte si, že existuje pracovní pozice, která by mohla realizovat tuto aplikovanou pohybovou aktivitu? Kdo by to podle Vás mohl vykonávat?

Odpověď: *Nenapadá mě nikdo. Možná vámi zmíněný odborník.*

6) V jakém typu zařízení by se podle Vás mohl tento pracovník uplatnit?

Odpověď: *Psychiatrické léčebny, ústavní zdravotnická zařízení, domovy pro seniory, domy se sociální péčí, lázně.*

7) Existuje na Vašem pracovišti pracovník, který by realizoval aplikované pohybové

aktivity ve smyslu doplňkové či následné terapeutické péče?

Odpověď: *Ano. Jednak já jako specialista hudebně-pohybové terapie a jednak tu máme specialistu aplikovaných pohybových aktivit, Davida Hubáčka, který s pacienty realizuje hlavně kolektivní sporty v tělocvičně jako je přehazovaná či basketbal.*

8) Znáte nějaké zařízení v České republice, které by navazovalo na lékařskou péči a nabízelo svým klientům tuto službu - aplikované pohybové aktivity s odborným dohledem? Uveďte, prosím, příklad.

Odpověď: *Neznám, nikdy jsem se o to nezajímala.*

9) Jaká by podle Vás měla být náplň práce tohoto pracovníka?

Odpověď: *Měly by to být hlavně různé psychomotorické aktivity, kterou považuju za klíčové, ale i aktivity na podporu jemné a hrubé motoriky, které mají udržovací a stimulační charakter. Možná i taneční terapie, případně muzikoterapie, relaxace a kondiční terapie. Dále stejně jako v mém případě by tento pracovník mohl organizovat a koordinovat celoustavní akce. Já ještě pracuji na vydávání časopisu.*

10) Jaké znalosti (z jakých oblastí) by měl mít pracovník v oblasti doplňkové či následné péče, aby dokázal pracovat s takovými klienty se specifickými potřebami v jejich zájmu?

Odpověď: *Zdravotnické vzdělání, psychologie a psychiatrie, komunikační metody, měl by mít schopnost motivovat.*

11) Na co by se mělo zaměřovat vzdělávání takových pracovníků? Na co by se při tvorbě obsahu takového studia nemělo zapomenout?

Odpověď: *Měl by být schopen usměrnit pacienta a dát mu hranice. Vzhledem ke svojí zkušenosti bych se přikláněla i k alternativním terapeutickým metodám jako je využití hudby. Je vhodné rozvíjet i emoční inteligenci.*

12) Které diagnózy by podle vás měly být při vzdělávání budoucího pracovníka primárně zohledněny?

Odpověď: *Podle mě senioři a dlouhodobě nemocní, protože délka života se prodlužuje a těchto lidí bude přibývat a právě v zařízeních pro seniory, si myslím, by měl největší uplatnění.*

13) Jaký by byl vhodný způsob financování takového pracovníka? Měla by na léčbu přispívat pojišťovna nebo by si tuto službu měl klient hradit sám, ať už částečně nebo plně?

Odpověď: *Nedokážu říct, moje pozice je hrazená z Norských fondů, ale myslím si, že by pacienti či klienti neměli zájem o tuto službu, pokud by si ji museli hradit sami.*

6 DISKUZE

Tato diplomová práce vznikla na základě myšlenky, že v systému komplexní rehabilitace osob se specifickými potřebami existuje výrazná mezera v návaznosti na zlepšování zdraví a resocializaci těchto osob.

Mnoho autorů zmiňuje pozitivní vliv pohybové aktivity na lidský organismus a stejně tak mnoho odborníků dokládá tento vliv i v případě přítomnosti onemocnění. Je však nutné tento terapeutický prostředek dávkovat vyváženě. Například Waciakowski a Urban ve svém článku o degenerativních kloubních změnách zdůrazňují pozitivní efekt zejména na funkci kloubů, trofiku okolních tkání a také jako prevence poranění a vzniku mikrotraumat nesprávným či nadměrným zatěžováním (Waciakowski & Urban, 2010).

V české legislativě existuje vyhláška č. 391/2013 Sb., která stanovuje četnost lékařských prohlídek za účelem zhodnocení způsobilosti k tělesné výchově a sportu a která také jmenuje onemocnění, která člověka omezují nebo přímo vylučují z důvodu možného zhoršení zdravotního stavu. Na základě této vyhlášky jsem v kapitole Zdravotní znevýhodnění v podkapitole Dlouhodobá onemocnění popsala nejčastější nemoci, které by podle zmíněné vyhlášky měly být omezující ve sportu a tělesné výchově. Existuje však mnoho studií, které dokazují, že právě vhodná a vyvážená pohybová aktivita má nejen příznivý vliv na dané onemocnění, ale může také významně ovlivnit psychosociální stav člověka. Prokazatelně pozitivní efekt byl potvrzen u dětí a dorostu s onemocněním oběhové soustavy. Autoři studie ale také upozorňují na možná rizika poranění při neadekvátně zvolené pohybové aktivitě (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013; Takken, Giardini, Reybrouck, Gewillig, Hövels-Gürich, Longmuir, McCrindle, Paridon & Hager, 2011; Svačinová, 2008; Talafa, Zapletalová & Pastucha, 2015). Dále příznivý účinek fyzické aktivity potvrzují i studie u hematologických malignit bez ohledu na to, v které fázi léčby onemocnění je prováděna (Janíková, Radvanský, Vysoký, Bařalík, Šupitová, Žáčková, Ráčil & Mayer, 2012; Hrstková, Brázdová, Elbl & Novotný, 2001; Radvanský, 2012). Podobný vliv je patrný i u dalších zmíněných nemocí - cévní mozkové příhody, autoimunitní onemocnění jako je roztroušená skleróza, epilepsie, depresivní stavy, diabetes mellitus, Crohnova choroba, astma bronchiale nebo osteoporóza. Studie z různých oblastí poukazují na pohyb jako preventivní prostředek somatických a psychosociálních komplikací, ale i vzniku komorbidních onemocnění jako je obezita či klesající kapacita kardiovaskulárního

systemu (Hoskovcová, Honsová & Keclíková, 2008; Verschuren, Peterson, Balemans & Hurvitz, 2016; Arida, Cavalheiro, da Silva & Scorza, 2008; Pastucha, 2007; Bar & Chmelová, 2011; Němcová & Korsá, 2008; Hrstková, Novotný, Brázdová & Burianová, 2001; Novotný, 2012; Svačinová, 2007; Van Langenberg, Papandony & Gibson, 2015; Knapen, Vancampfort, Schoubs & Probst, 2011).

Stejně tak mnoho vědeckých prací hovoří o příznivém efektu pohybové aktivity na osoby se zdravotním postižením. Vhodně volenou pohybovou aktivitou lze ovlivnit přítomnou spasticitu, vadné držení těla, nefyziologické pohyby a nedostatečnou zásobu pohybových vzorců, sebepojetí, kognitivní schopnosti a koncentraci a v neposlední řadě významně ovlivňují společenskou participaci (Verschuren, Ketelaar, Gorter, Helders, Uiterwaal & Takken, 2007; Kokštejn, Psotta, Frömel, Frýbort, Jahodová & Cuberek, 2011; Ješina, Hamřík & kol., 2011; Ješina, 2014; Gutenbrunner, Ward & Chamberlain, 2006; Bloemen, Backx, Takken, Wittink, Benner, Mollema & de Groot, 2015; Ullenhaq, Bult, Nyquist, Ketelaar, Jahnsen, Krumlinde-Sundholm, Almqvist & Granlund, 2012).

Kladný vliv má pohyb i na seniory, kteří mají sníženou funkční kapacitu organismu a jeho schopnost se přizpůsobovat vnějším podmínkám. Má dopad na lepší subjektivní prožívání zdraví, což ovlivní nejen zdravotní stav, vnímání bolesti, ale sníží i přidružený výskyt různých nemocí (Mudrák, Slepíčka, Harbichová & Pěkný, 2011).

Celkově je tedy cílem pohybové aktivity osobní pohoda. Osobní pohoda neboli well-being je o kognitivním a emocionálním vnímání vlastního života a jeho kvality. Pohybová aktivita a sport jsou prostředky, kterými můžeme zvyšovat sebeúctu, sebeuplatnění, výkonnost a sebeuvědomování, autonomii, vědomí zvládnání různých situací, s čímž souvisí prožitky, sebepřijetí a sebevyjádření, vědomí smyslu života a životní perspektivy, úsilí a dosažení cílů. Čím jsou tyto osobnostní atributy rozvinutější, tím je osobní pohoda neboli well-being silnější a právě vnímání bolesti či motorické omezení tento stav narušuje (Hošek, 2013).

V souvislosti nejen s těmito poznatky, ale i existencí dokumentu Úmluva o právech osob se zdravotním postižením by bylo vhodné nabídnout osobám se specifickými potřebami adekvátní pohybovou aktivitu s ohledem na dané onemocnění nejen v rámci komplexní rehabilitace a napomoci tak jejich resocializaci a integraci do společnosti, samozřejmě pod odborným zdravotnickým dohledem s cílem dosažení co nejvyššího stupně osobní pohody.

V návaznosti na tento závěr byl prostudován zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů a vyhlášku č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků a na základě těchto legislativních dokumentů bylo zjištěno, že nejbližší plnění tohoto úkolu je fyzioterapeut či ergoterapeut. S ohledem na praxi a zrealizované rozhovory s odborníky je ale jasné, že pro realizaci této činnosti nejsou ideálním řešením (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2004; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011).

Hlavním cílem výzkumné činnosti této práce bylo definování takového pracovníka. Nejprve jsem provedla analýzu internetových informačních zdrojů v rámci Evropy, včetně České republiky. V rámci tohoto šetření jsem zjistila, že nabídka pohybové terapie v návaznosti na fyzioterapii existuje, avšak velmi omezeně. Na základě vybraných klíčových pojmů jsem našla 15 zařízení, čímž jsem ověřila, že takový formát terapie je v praxi možný. Výsledek tohoto šetření podporuje i konkrétní studie z norského Beitostølen, kde je jedno ze zařízení s tímto funkčním modelem následné a doplňkové péče nebo studie o rehabilitačním programu ReSpAct (Røe, Dalen, Lein & Bautz-Holter, 2008; Alingh, Hoekstra, van der Schans, Hettinga, Dekker & van der Woude, 2015). Na vhodnost tohoto propojení poukazují odborníci jako je izraelský lékař Yehayahu Hutzler (2010).

V další fázi byl proveden semistrukturovaný rozhovor s vybranými odborníky. Tito odborníci byli vybráni na základě předchozí analýzy evropských zařízení a toho, o jaký typ zařízení se jedná.

Odpovědi na otázky se ve většině případů nijak výrazně nelišily. Odchytky v odpovědích byly většinou spojeny s orientací pracoviště, kde daný respondent pracuje. U první otázky se respondenti shodli na tom, že fyzioterapeut se zabývá motorickými obtížemi na lokální či globální úrovni a ergoterapeut se zabývá člověkem jako funkčním celkem, pořád je to však zaměřeno více na fyzickou stránku osobnosti. Pracuje na zvládnání běžných denních dovedností. Většina z nich pak zhodnotila, že prostor pro terapii není dostatečný a pokračování terapie je většinou nulové. Ve výjimečných případech jsou pacienti či klienti odesíláni na doléčení akutního problému do rehabilitačních či lázeňských ústavů, kde pokračuje fyzioterapie se svým fyzikálně-mechanickým přístupem.

Co se týče vlivu pohybové aktivity na zdraví člověka, všichni jednotně odpověděli ve smyslu prospěchu a pozitivního dopadu. Lišily se pak jen v konkrétních příkladech vlivu pohybu, a sice na mobilitu, hrubou i jemnou motoriku, soběstačnost, psychické rozpoložení, metabolismus a tím i hojení. Kladný vliv má i na sociální potřeby pacientů.

Další otázkou bylo, kdo by mohl realizovat tento typ následné a doplňkové terapie. Někteří nedokázali odpovědět, někteří zmínili jako možné řešení fyzioterapeuta, což je v rozporu s předchozími reakcemi, že fyzioterapeutická intervence není dostačující. Někteří z respondentů však navrhli zajímavou myšlenku, a sice fyzioterapeut s určitou formou nástavbového vzdělání, což by mohl být i nejefektivnější způsob, jak vzdělávat tohoto pracovníka.

Podle dalších získaných odpovědí by se takový pracovník mohl uplatnit v nemocničních zařízeních, rehabilitačních a lázeňských ústavech a jiných odloučených pracovištích s rehabilitační péčí, v psychiatrických léčebnách, v léčebnách dlouhodobě nemocných, různých sociálních ústavech a domovech pro seniory, také v ambulancích či v terénu, speciálních školách či tělovýchovných organizacích zaměřených na určitý typ postižení. Možné využití by rovněž mohlo být i v neziskovém sektoru.

Na následující dotaz ohledně přítomnosti takového pracovníka v domovských zařízeních respondenti odpovídali téměř všichni záporně. Výjimku tvořila odpověď Miroslavy Smolenové, která sama je takovým pracovníkem. V návaznosti na tuto otázku jsem se ptala, zda alespoň znají nějaké zařízení, kde takový pracovník nechybí. Vzhledem k tomu, že velká část odpovědí byla opět záporná, myslím, že to jen potvrzuje myšlenku, že zde existuje mezera v komplexní rehabilitaci.

Podle dotazovaných odborníků by měla být náplní tohoto pracovníka kombinace pohybové terapie a psychoterapie, motivační a aktivizační činnost ideálně v rámci unifikovaných skupinových aktivit vždy s ohledem na možné kontraindikace onemocnění. Pracovník sám by měl volit a plánovat činnost tak, aby měla co nejlepší dopad na zdravotní stav daného pacienta, měl by mu pomáhat s vytvářením pohybových návyků a upevňovat cvičení, které se naučil s fyzioterapeutem. Na druhé straně reakce dvou zúčastněných jsou orientované spíše na zlepšování ADL, vždy však s důrazem na psychiku pacienta.

Domnívám se, že v souvislosti s těmito poznatky, by hlavním typem pohybových aktivit realizovaných tímto pracovníkem měly být výše zmíněné psychomotorické aktivity. Jak zmiňují někteří autoři, jsou během nich využívány jednoduché činnosti, které podporují poznání sebe i okolí a získávání nových prožitků, jejichž potřeba je

dána fylogeneticky. Psychomotorické aktivity umožňují poznávat chyby a nedostatky, což je základ pro jejich odstraňování. Základem není zvítězit, ale pocit splnění úkolu a účasti (Pacholík & Blahutková, 2008; Kopřivová & Grmela, 2015). U některých typů onemocnění jsou podle odborníků psychomotorické aktivity prakticky nenahraditelným terapeutickým prvkem. Rovněž zdůrazňují, že pohybu je důležitý, ale je nutno ho aplikovat tak, aby nebyl škodlivý či nebezpečný, což je významným prvkem v kompetenčním rámci právě psychomotorického terapeuta (Suchá & Holmerová, 2016).

Mezi znalostmi, které vyplývají z reakcí dotazovaných, by mělo podle většiny být alespoň nějaké medicínské vzdělání, dva z respondentů to konkretizovali jako znalosti oboru fyzioterapie či ergoterapie. Někteří konkrétně zmínili vědomosti z oblasti anatomie, patologie, fyziologie, patofyziologie, kineziologie a patologické kineziologie, neurologie, psychologie, sociologie, psychiatrie, patopsychologie, základy ošetrovatelské péče a práce zdravotní sestry. Zmíněny byly i základy fyzikální terapie, psychomotorické a jiné pohybové aktivity, pedagogika a didaktika pohybových a sportovních aktivit. Dále poměrně často byl zmiňován obsah speciální pedagogiky a pojmu specifické potřeby. Samozřejmě je třeba nezapomenout na specifika jednotlivých typů postižení a znevýhodnění. Jeden z odpovídajících zmínil konkrétně, ale ne pouze znalosti oboru Aplikovaných pohybových aktivit a Aplikované tělesné výchovy.

Odborníci doporučovali i vědomosti v oblasti etiky, rozvoje komunikačních a motivačních schopností, osobnostních vlastností jako empatie či trpělivost a sociálních kompetencí pro práci s jejich blízkými a pečujícími. Jeden z respondentů navrhoval i vědomosti z oblasti filozofie. Podle některých by měla být hlavním zájmem praxe v oblasti vzdělávání a volnočasových aktivit osob se specifickými potřebami, ale i ve zdravotnictví. Miroslava Smolenová pak na základě svojí praxe doporučovala i praktickou znalost alternativních terapeutických metod jako je muzikoterapie či taneční terapie.

Sherrill (2004) ve své knize zmiňuje, že odborník realizující aplikované pohybové aktivity by měl mít vědomostní základy v oblasti individuálních rozdílů, ale i samotných aplikovaných pohybových aktivitách, měl by ovládat i legislativu, filozofii, plánování a tvorbu kurikula, vyhodnocování a tvorbu individuálního programu, učení, evaluaci a konzultování. Vzhledem k podobnosti navrhovaného oboru se samostatným oborem Aplikované pohybové aktivity považují za funkční a účelné, aby i pracovník na

této pozici měl znalost z těchto oblastí a v některých bodech se to shoduje i s odpověďmi dotazovaných odborníků.

Rozdíl mezi psychomotorickým terapeutem a specialistou Aplikovaných pohybových aktivit by měl spočívat v tom, že psychomotorický terapeut by měl mít širší znalosti psychologie a psychoterapie, patologické kineziologie a biomechaniky, dále podrobnou znalost psychomotorických aktivit a důkladnější znalost alternativních terapeutických metod, měl by být schopen kreativně vytvářet nové cvičební koncepty psychomotorických aktivit a volit a vést terapii s ohledem na zdraví a vznik možných komplikací. I specialista Aplikovaných pohybových aktivit má základy psychologie a psychomotorických aktivit, v praxi ale jeho prvotním cílem je integrace jedince s postižením do běžných volnočasových aktivit. V rámci jejich realizace jsou praktikovány spíše kolektivní sporty a atletické disciplíny, které mají rovněž pozitivní dopad na člověka, ale takovýto odborník už nezohledňuje tolik vliv pohybové aktivity na spasticitu či riziko poranění z kontaktu. Činnost specialisty aplikovaných pohybových aktivit by měla následně navazovat na činnost psychomotorického terapeuta.

U předposlední otázky se v odpovědích projevil vliv specializace daného respondenta a místa výkonu povolání. Primář MUDr. Konečný, autor několika vědeckých článků zabývajících se vertebropatickými obtížemi, připomněl vertebropatické pacienty, kdežto Miroslava Smolenová jako pracovník psychiatrické léčebny zmínila psychiatrické diagnózy. Odpovědi ostatních respondentů byli už podobnější. Cílovou skupinou by měli být tedy zdravotně postižení, jako jsou postižení smyslová, tělesná, mentální, autistická či kombinovaná, senioři, diagnózy s trvalými či chronickými důsledky (zejména neurologická onemocnění) a kardiopulmonální poruchy. Marie Novosádová pak zdůraznila i stavy po odnětí nejen končetiny, ale i orgánu.

Na otázku, jak by daný pracovník mohl být financován a zda by si na službu přispívali pacienti, byla reakce poměrně jednotná. Velká část navrhovala hrazení ze strany pojišťovny s případnou platební spoluúčastí a menší procento dotazovaných navrhovalo státní příspěvky (podle zákona č. 108/2006 Sb.). Jedním návrhem bylo samoplátcovství v kombinaci se sociálními příspěvky. Pozice Miroslavy Smolenové je dokonce hrazena z Norských fondů, jak sama sdělila.

V případě, že by tento způsob péče byl hrazen ze zdravotního pojištění, jak navrhovali respondenti, připadaly by na základě vyhlášky č. 472/2009 Sb. v úvahu zřejmě kódy pro léčebnou tělesnou výchovu skupinovou typ I. (21211), léčebnou

tělesnou výchovu skupinovou typ II. (21213), léčebnou tělesnou výchovu skupinovou v bazénu s teplou vodou (21217) a léčebnou tělesnou výchovu - instruktáž a zácvik pacienta a jeho rodinných příslušníků (21215). Dalšími přípustnými kódy by mohly být psychoterapie skupinová, typ I. (35610) a typ II. (35620) a rodinná systematická psychoterapie (35620). Pro tyto účely by zřejmě bylo přínosné vytvoření pozměňující, doplňující či rozšiřující vyhlášky, která by definovala možné nejasnosti použití kódů (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009).

Dalším návrhem bylo hrazení ze sociálního sektoru. Vzhledem k tomu, že vhodně prováděná terapie by mohla mít vliv na provádění každé denní činnosti a samostatnost jedince, mohla by tato činnost být hrazena z příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. a vyhláškou č. 505/2006 Sb. rozšiřující tento zákon. Existuje ještě zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ten ale stanovuje pouze příspěvky na mobilitu a zvláštní zdravotní pomůcky. Vhodným argumentem pro hrazení ze sociální sféry je fakt, že vhodně realizovaná terapie pozitivně ovlivní celkový stav jedince čerpající tyto příspěvky a tím by mohlo dojít ke snížení čerpání těchto dávek (Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2006; Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2006; Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2011).

Na základě výsledků použitých metod je patrné, že péče realizovaná takovým pracovníkem by byla vhodným a přínosným doplňkem terapie. Vzhledem k vzácnému výskytu zařízení s takto ucelenou rehabilitací lze říci, že je reálné zaměstnávat takového člověka, není to však systémově nastavené. Je tedy zřejmé, že pokud by se podařilo uskutečnit tento návrh, byly by nutné úpravy v legislativě, v samotných zařízeních i ve vzdělávacím systému.

7 ZÁVĚR

Provedla jsem pilotní studii o nové pracovní pozici Psychomotorický terapeut. Jak hlavní, tak dílčí cíle byly splněny. Byly splněny díky předem stanoveným úkolům.

Výzkumné otázky

1. Existují v Evropě zařízení poskytující pohybové aktivity jako součást komplexní rehabilitace?

Pro zodpovězení první výzkumné otázky jsem prostřednictvím analýzy internetových informačních zdrojů našla 18 zařízení v Evropě, která nabízí v rámci komplexní rehabilitace jako součást následné a doplňkové péče pohybové aktivity. Větší výskyt zařízení takovéto povahy byl zjištěn spíše v severní a východní části Evropy ve vyspělejších zemích.

2. Je v českém systému zdravotní péče prostor pro psychomotorického terapeuta?

Na základě výsledků uskutečněných rozhovorů lze říci, že prostor v systému zdravotní péče v České republice pro pozici psychomotorického terapeuta je a jejich neefektivnější/nevhodnější využití podle dotazovaných odborníků by bylo v nemocnicích, v rehabilitačních a lázeňských ústavech, psychiatrických léčebnách, zařízeních sociální péče a ve speciálních školách.

3. Jakou náplň práce by měl tento pracovník?

Tento pracovník by na základě vlastního vyšetření, ale i doporučení lékaře a fyzioterapeuta navrhoval vhodně orientovanou pohybovou aktivitu, zvyšoval náročnost aktivit, hodnotil její efektivitu, upevňoval znalosti pohybových cvičení získané ze strany fyzioterapeuta, rozvíjel pohybové návyky klienta či pacienta, informoval klienta o dalších možnostech pohybového vyžití, edukoval v dané oblasti pacienta i jeho rodinu a personál z řad ošetřovatelů a sociálních pracovníků, poskytoval konzultace, vedl klienty ve skupině a účastnil se organizace akcí spojených s náplní jeho práce, to vše s důrazem na psychické prožívání klienta.

4. Jaké by byly nutné úpravy v zařízeních i v legislativě pro realizaci této pracovní pozice?

V zařízeních by byly nutné úpravy v rámci potřebných prostor, pomůcek a začlenění pracovníka do realizačního týmu. Změny v oblasti legislativy by však musely být zásadnější a také náročnější. Bylo by nutné upravit zákon o nelékařských zdravotnických pracovnících a také vyhlášku stanovující jejich činnost, aby bylo zákonem jasně dané, jaká jsou jeho práva a povinnosti na pracovišti. Dále by bylo potřebné legislativně upravit skutečnost, jakým způsobem by bylo přínosné toto odvětví financovat, případně upravit zákon o bodovém hodnocení jednotlivých výkonů hrazených zdravotní pojišťovnou, pokud by to bylo hrazeno ze strany zdravotní pojišťovny.

5. Jaké odborné a osobnostní kompetence by měl mít takový pracovník?

Z výsledků výzkumné části vyplývá, že mezi odbornými znalostmi by mělo být základní medicínské vzdělání, dále psychologie, sociologie, základy ošetrovatelství, pedagogika a didaktika pohybových a sportovních aktivit a obsah pojmu specifické potřeby a speciální pedagogika. Velký důraz pak byl kladen na psychologický, patopsychologický a psychoterapeutický výcvik.

Psychomotorický terapeut by měl rovněž mít znalosti z oblasti etiky, filosofie, komunikační a motivační schopnosti, sociální kompetence pro práci s blízkými a pečujícími daného klienta a přínosná by byla i znalost alternativních terapeutických metod. Neměl by chybět legislativní základ a plánování, vyhodnocování, zpětná vazba a tvorba a úprava pracovního programu. Nutností by měla být praxe v daném oboru.

6. Jak se liší pozice psychomotorického terapeuta od specialisty aplikovaných pohybových aktivit?

Náplň jejich práce by měla být podobná, nikoliv však stejná. Specialista aplikovaných pohybových aktivit je více zaměřen na volnočasové pohybové aktivity pro osoby se specifickými potřebami, kdežto hlavní uplatnění psychomotorického terapeuta by bylo v systému zdravotní péče. Měl by rovněž mít širší znalosti teoretické i praktické v oblasti psychologie a psychoterapie, patologické kineziologie a biomechaniky.

Ze získaných dat je jasné, že tato pracovní pozice má potenciálně velmi dobré využití. Nejspornější otázkou zřejmě bude způsob financování.

8 SOUHRN

Tato diplomová práce je zaměřena na shromáždění potřebných podkladů a vytvoření návrhu kompetenčního rámce pro pozici "psychomotorického terapeuta". Tento terapeut bude s ohledem na specifické potřeby klienta navrhnout a realizovat pohybový program, posléze ho vyhodnocovat a upravovat. Celkově bude vést a motivovat klienta k plnění cílů terapie jako formy doplňkové či následné péče v komplexní rehabilitaci.

První část práce je orientována na přehled teoretických poznatků, kde je popsán význam pohybové aktivity pro zdraví člověka, legislativa, systém zdravotní péče v ČR, osoby se specifickými potřebami, specifika aplikovaných pohybových aktivit a psychomotorika.

Následuje výzkumná část a zpracování výsledků. Pro shromáždění podkladů byly použity dvě metody. První metodou byla analýza internetových informačních zdrojů s cílem nalezení evropských zařízení, ve kterých je fyzioterapie doplňována dalšími pohybovými aktivitami. Celkem jich bylo nalezeno 18. V další části výzkumu byla využita metoda semistrukturovaných rozhovorů. Bylo osloveno dohromady 14 vybraných odborníků z nemocnic, lázeňského zařízení, ambulantní praxe rehabilitační i lékařské, soukromého sektoru, psychiatrické léčebny z Olomouckého kraje, z nichž devět bylo ochotno navázat spolupráci. Na základě získaných odpovědí bylo stanoveno, v jakém typu zařízení by se tento psychomotorický terapeut mohl uplatnit, jaké by měly být jeho osobnostní i profesní kompetence, jeho konkrétní náplň práce a jaké by mělo být umístění v systému vzdělávání.

V závěru jsou pak zodpovězeny výzkumné otázky a plnění cílů.

Nejdiskutabilnější otázkou se jevílo financování této oblasti a zde jsem navrhla různé možnosti, které jsou dané zákonem, ale pro tuto problematiku by bylo třeba je upravit novou vyhláškou.

9 SUMMARY

This thesis is focused on collecting the necessary documents and creating the proposal of the competence framework for the position of a "psychomotoric therapist". This therapist will design and implement a motion program considering the specific needs of the client and then evaluate and modify it. Overall, he will lead and motivate the client to achieve the goals of the therapy as a form of complementary or following care in comprehensive rehabilitation. The first part of the thesis is oriented on the overview of the theoretical knowledge where is described the importance of physical activity for human health, legislation, health care system in the Czech Republic, people with specific needs, specifics of adapted physical activities and psychomotorics.

The research section follows and results are processed. Two methods were used to collect the background material. The first method was the analysis of Internet information sources with the aim of finding European facilities where the physiotherapy is complemented by other physical activities. A total of 18 were found. In the next part of the research, the method of semi-structured interviews with selected experts was used. A total of 14 selected experts from hospitals, spa facilities, ambulatory rehabilitation and medical practice, private sector, psychiatric hospital from the Olomouc region were approached and 9 of them were willing to establish cooperation. On the basis of the answers obtained was determined the type of equipment that this psychomotor therapist could apply to, what his personal and professional competencies should be, what the specific job content is and what the education system placement should be.

In conclusion, there are answered questions and goals of the thesis.

The most disputable issue was the financing of this area and here I have proposed various options that are given by law but for this issue it would have to be regulated by a new decree.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

Adamírová, J. (2006). Hravá a zábavná výchova pohybem - základy psychomotoriky. Praha: ČASPV.

Ajeganova, S., Wörnert, M., & Hafström, I. (2016). A four-week team-rehabilitation programme in a warm climate decreases disability and improves health and body function for up to one year: a prospective study in swedish patients with inflammatory joint diseases. *Journal of rehabilitation medicine*, 48(8), 711-718.

Alingh, R. A., Hoekstra, F., van der Schans, C. P., Hettinga, F. J., Dekker, R., & van der Woude, L. H. (2015). Protocol of longitudinal cohort study on physical activity behaviour in physically disabled patients participating in rehabilitation counselling programme: ReSpAct. *BMJ Open*, 5(1), e007591.

AMEDS Centrum (2017). Retrieved from <http://ameds.co/>

Anesteziologie a urgentní medicína (2013). *Topografie páteře a míchy*. Retrieved from http://ans.arim.cz/wp-content/uploads/2013/08/378546_383505035068239_1541942303_n.jpg

APPI - Physiotherapy & Pilate Institute (2017). Retrieved from <http://www.appihealthgroup.com/>

Arida, R. M., Cavalheiro, E. A., da Silva, A. C., & Scorza, F. A. (2008). Physical activity and epilepsy. proven and predicted benefits. *Sports medicine*, 38 (7), 607-615.

Bar, M., & Chmelová, I. (2011). Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. Ostrava: Ostravská univerzita, lékařská fakulta. Retrieved from <http://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/1517.pdf>

Bar, M., & Chmelová, I. (2011). Péče o pacienta po cévní mozkové příhodě. *Postgraduální medicína*, 13(2), 128-135.

Blaasvaer, S., & Stanghelle, J. K. (1999). Rehabilitation with proper physical activities - what happens with patient's quality of life? *Tidsskr Nor Laegeforen*, 199(9), 1281-1286.

Bláha, L., Frömel, K., & Válková, H. (2013). Vybrané ukazatele pohybových aktivit a inaktivit osob s postižením zraku v komparaci s běžnou populací. *Česká kinantropologie*, 17(1), 91-107.

Blahutková, M., & Pacholík, V. (2014). Psychologie sportu. Brno: Masarykova univerzita, 2010.

Block, M. E. (2007). A teacher's guide to including students with disabilities in general physical education. Maryland: Paul H. Brooks Publishing Co. ISBN 1557668353.

Bloemen, M. A., Backx, F. J., Takken, T., Wittink, H., Benner, J., Mollema, J., & de Groot, J. F. (2015). Factors associated with physical activity in children and adolescents with a physical disability: a systematic review. *Developmental medicine and child neurology*, 57(2), 137-148.

Bruthansová, D., & Jeřábková, V. (2012). Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení - synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7416-103-2.

Brychtová, Y., Panovská, A., & Doubek, M. (2016). *Chronická lymfocytární leukemie*. Brno: Kmen, spol. s.r.o. ISBN 978-80-906212-5-1.

Bunc, V. (2016). Úvod do předmětu Aktivity podporující zdraví. FTVS Dostupné na < http://www.ftvs.cuni.cz/FTVS-1887-version1-ftvs_987_version1_aktualita5.pdf >

Centre Mutualiste de Rééducation et de Réadaptation fonctionnelles de Kerpape (2017). Retrieved from <http://www.kerpape.mutualite56.fr/fr>

Centro polifunzionale Don Calabria (2017). *Aree*. Retrieved from <http://www.centrodoncalabria.it/Aree/Sociale-Disabili/>

Centrum Paraple (2017). Retrieved from <https://www.paraple.cz/>

Comprehensive Rehabilitation Centre Konstancin (2017). *Recreational stays*. Retrieved from <http://en.ckr.pl/>

Česká národní rada (1993). *2/1993 Listina základních lidských práv a svobod*. Praha: Author.

Dlouhý, M., Dlouhá, J., Pokorný, L., Kuhnová, V., & Bendíková, E. (2013). Vybrané didaktické metody uplatňované v tělesné výchově u žáků se sluchovým postižením. *Športový edukator*, 6(1), 15-19.

Dufek, M. (2003). Cerebrovaskulární onemocnění ve stáří. *Neurologie pro praxi*, 1, 14-20.

Dušek, P. (2012). Principy řízení hybnosti a senzitivity. Praha: Univerzita Karlova, 1.lékařská fakulta.

Ehler, E., Kopal, A., Mandysová, E., & Latta, J. (2011). Komplikace ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi*, 12(2), 129-134.

EUSAPA - European Standards in Adapted Physical Activities (2017). *APA in rehabilitation*. Retrieved from

<http://eusapa.upol.cz/index.php/component/content/article/12-example-of-good-practice/34-apa-in-rehabilitation-case-study-satakuntafinland>

Fischer, S., Škoda, J., Svoboda, Z., & Zilcher, L. (2014). *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.

Flanders Today (2013). *Rehabilitation centre helps children with cerebral palsy*. Retrieved from <http://www.flanderstoday.eu/innovation/rehabilitation-centre-helps-children-cerebral-palsy>

Goldmund, D., & Telecká, S. (2008). Kognitivní poruchy u pacientů s cévním onemocněním mozku. *Psychiatrie pro praxi*, 9(3), 125-128.

Gutenbrunner, Ch., Ward, A. B., & Chamberlain, M. A. (2006). *White book on physical and rehabilitation medicine in Europe*. Union Européenne des Médecins Spécialistes

Hage, C., Mattson, E., & Ståhle, A. (2003). Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients - three- to six-year follow-up. *Physiotherapy Research International*, 8(1), 13-22.

Hájek, Z. et kol. (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0418-8.

Hátlová, B., Adámková Ségard, M., Wedlichová, I., Louková, T., & Bašný, Z. (2014). Historická a teoretická východiska psychomotorické terapie. *Československá psychologie*, 58(1), 82-93.

Hátlová, B., Wedlichová, I., & Adámková Ségard, M. (2015). Pojem psychomotorika, historické prameny: přehledová studie. *Tělesná kultura*, 38 (2), 9-24. <http://www.telesnakultura.upol.cz/pdfs/tek/2015/02/01.pdf>

Hejnová, J. (2015). *Pohybová aktivita*. Praha: 3.lékařská fakulta, oddělení Tělovýchovné lékařství. Retrieved from http://www.szu.cz/uploads/documents/czzp/Legislativa/pohybova_20aktivita.pdf

Hollý, M., & Papežová, S. (2016). Léčba deprese a poruch přizpůsobení v ordinaci VPL. *Practicus*, 15(2), ISSN: 1213-8711.

Hoskocová, M., Honsová, K., & Keclíková, L. (2008). Rehabilitace u roztroušené sklerózy. *Neurologie pro praxi*, 9(4), 232-235.

Hošek, V. (2013). Wellness, well-being a pohybová aktivita. *Acta Salus Vitae*, 1 (1).

Hrstková, H., Brázdová, Z., Elbl, L., & Novotný, J. (2001). Pozdní následky léčby dětských nádorů: hodnocení kardiopulmonálních funkcí, skladby těla a životního stylu dětí po léčbě zhoubného nádoru. *Pediatric pro praxi*, 2(6), 278-281.

Hrstková, H., Novotný, J., Brázdová, Z., & Burianová, M. (2001). Výživa, pohybová aktivita a skladba těla u mládeže s astma bronchiale. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*. 10(3), 120-130.

Hutzler, Y. (2010). *Adapted physical Activity and Sport in Rehabilitation*. Israel: The Zinaman College of Physical Education and Sport Sciences at the Wingate Institute. Dostupné na

http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/pdf/sports_adapted_physical_activity_and_sport_in_rehabilitation.pdf

Hutzler, Y., & Sherrill, C. (1999). Disability, physical activity, psychological well being and empowerment: A life span perspective. In R. Lidor & M. Bar-Eli (Eds.), *Sport psychology: Linking theory and practice*. 281-300.

Janečka, Z., Chrobáková, K., & Mayer, M. (2011). Specifika vývoje motoriky u kongenitálně nevidomých dětí. *Tělesná kultura*, 34(2) 79-91.

Janíková, A., Radvanský, J., Vysoký, R., Bařalík, L., Šupitová, J., Žáčková, D., Ráčil, Z., & Mayer, J. (2012). Význam fyzické aktivity u pacientů s hematologickými malignitami. *Transfúze a hematologie dnes*, 18(1), 31-38.

Ješina, O., & kol. (2013). *Úvod do didaktiky aplikovaných pohybových aktivit žáků s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3939-6.

Ješina, O., & Kudláček, M. (2009). Modifikace pohybových aktivit pro participaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v integrované školní tělesné výchově. *Speciální pedagogika*, 19(3), 227-237. ISSN: 1211-2720.

Ješina, O., & Kudláček, M. (2012). *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2738-6.

Ješina, O., & Kudláček, M. (2014). *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3964-8.

Ješina, O. (2014). Pohybové aktivity jakou součást wellness osob s postižením. Sborník sdělení z mezinárodní konference "Wellness, zdraví a kvalita života", 37-44.

Ješina, O., Hamřík, Z., & kol. (2011). *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2946-5.

Kankaanpää (2017). *Rehabilitation center*. Retrieved from <http://www.kankaanpaa.fi/html/en/1089645570271559454.html>

Karásková, V. (2014). *Psychomotorika*. Olomouc: Univerzita Palackého. Retrieved from http://iks.upol.cz/wp-content/uploads/2014/02/Karaskova_Psychomotorika.pdf

Kepák, T. (2004). Pozdní následky po léčbě nádorových onemocnění dětského věku. *Klinická onkologie*, 17(5), 162-166.

Knapen, J., Vancampfort, D., Schoubs, B., & Probst, M. (2011). Psychomotorická terapie v Belgii - evidence based přístup a doporučení pro terapii poruch nálad a úzkostných poruch. *Psychologie a její koncepty*, 2(1), 21-37.

Kohlíková, E. (2004). *Patofyziologie ve schématech*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova. ISBN 80-246-0890-1.

Kokštejn, J., Psotta, R., Frömel, K., Frýbort, P., Jahodová, G., & Cuberek, R. (2011). Pohybová aktivita dětí s vývojovým deficitem motoriky. *Česká kinantropologie*, 15(3), 76-88.

Kolář, P., et kol. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

Kollárová, H., Máchová, L., Janoutová, G., Horáková, D., & Janout, V. (2009). Nádorová onemocnění a obezita. *Hygiena*, 1(54), 4-7.

Kopřivová, J., & Grmela, R. (2015) Psychomotorika v práci se seniory. *Tělesná kultura*, 38(2), 25-35.

Krhutová, L. (2013). *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-7464-290-6.

Kubic, M. (2013). Zdravotní tělesná výchova. Retrieved from http://specou.cz/wp-content/uploads/2013/04/met_ZTV.pdf

Kudláček, M., et kol. (2013). *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3938-9.

Kurková, P., & Sigmund, E. (2010). Tělesná výchova a preference volnočasových aktivit u žáků se sluchovým postižením. *Tělesná kultura*, 33(1), 7-25.

Louková, T., & Dvořáková, H. (2014). Psychomotorické aktivity pro rozvoj dítěte v MŠ. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně. Retrieved from http://old.projekty.ujep.cz/podpuc/wp-content/uploads/2014/12/Psychomotoricke_aktivity_pro_rozvoj_ditete_MS.pdf

Lucas, S. (2006). *Adapted Physical Activity in Belgium*. Leuven: Katholieke Universiteit. Retrieved from <http://www.kuleuven.be/thenapa/education/comparative/Belgium.pdf>

Macečková, J., Jonášová, D., Wiednerová, V., & Vrbas, J. (2012). Psychomotorické aktivity - osobní oblast. *Pohyb je život*, 16.

Meluzínová, E. (2010). Těhotenství a roztroušená skleróza. *Neurologie pro praxi*, 11(5), 293-295.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2004). *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti*. Praha: Author.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2006). *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách*. Praha: Author.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2006). *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Praha: Author.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (2011). *Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením*. Praha: Author.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (2004). *Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon*. Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (1998). *Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*. Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2004). *Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních*. Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2009). *Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb.* Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2011). *Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*. Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2011). *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách*. Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2011). *Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách*. Praha: Author.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2013). *Vyhláška č. 391/2013 Sb., o zdravotní způsobilosti k tělesné výchově a sportu*. Praha: Author.

Mudrák, J., Slepíčka, P., Harbichová, I., & Pěkný, M. (2011). Pohybová aktivita a subjektivní vnímání zdraví u seniorů. *Česká kinantropologie*, 15 (3), 117-129.

National Rehabilitation Hospital (2017). *Rehabilitation programmes & Services*. Retrieved from <http://www.nrh.ie/>

Němcová, H. (2002). *Pohybová aktivita v prevenci civilizačních chorob*. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3; 2002. Retrieved from www.cls.cz/dokumenty2/os/t253.rtf

Němcová, J., & Korsa, J. (2008) Komplexní léčba a prevence osteoporózy - postavení a význam pohybové aktivity a léčebné rehabilitace. *Medicína pro praxi*, 5(4), 165-168.

Novotný, J. (2012). *Zdraví a pohybová aktivita*. Brno: Fakulta sportovních studií, Masarykova Univerzita. Retrieved from http://www.fsps.muni.cz/~novotny/ZPA_text.pdf.

Organizace spojených národů (2008). *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. New York: Author.

Pacholík, V., & Blahutková, M. (2008) *Prožitek z pohybu a prezentace vlastní identity*. Brno: Českomoravská psychologická společnost, XXVI. Psychologické dny. ISBN 978-80-210-4938-3.

Papp, M. E. (2017). *Hatha yogic exercises for physical function in healthy individuals and patients with obstructive respiratory disorders*. Stockholm: Karolinska institutet. ISBN 978-91-7676-517-3.

Pastucha, P. (2007). Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 8 (5), 212-214.

Pfeiffer, J. (2007). *Neurologie v rehabilitaci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1135-5.

Pitřhová, P. (2006). Akutní komplikace diabetes mellitus. *Interní medicína*, 12, 523-525.

Polish Health Centers (2017). *Rehabilitation and weight loss*. Retrieved from <http://www.phc.org.pl/en/>

Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-656-4.

Procházka, T. (2010). Epilepsie u dospělých: klasifikace a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 11(4), 149-151.

Psychiatrická léčebna Šternberk (2017). *Pro pacienty*. Retrieved from <http://www.plstbk.cz/>

Raboch, J., & Laňková, J. (2008). *Deprese, doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Novelizace 2008. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Retrieved from <http://www.svl.cz/files/files/Doprocene-postupy-2008-2012/depese.pdf>

Radvanský, J. (2012). *Pohybová aktivita a sport u pacientů v dlouhodobé remisi zhoubných nádorů vzniklých v dětství a adolescenci*. Praha: Karlova univerzita, 2. lékařská fakulta. Retrieved from <http://tv1.lf2.cuni.cz/wordpress/wp-content/uploads/Pohybov%a1-aktivita-a-sport-u-pacient%a5%af-v-dlouhodob%a9-remisi.pdf>

Rehab Station Stockholm (2017). Retrieved from <http://www.rehabstation.se/Rehabilitering/>

Renotierová, M., Ludíková, L., et kol. (2005). *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1073-7.

Røe, C., Dalen, H., Lein, M., & Bautz-Holter, E. (2008). Comprehensive rehabilitation at Beitostølen Healthsports Centre: influence on mental and physical functioning. *Journal of rehabilitation medicine*, 40(6), 410-417.

Royal Hospital for Neuro-disability (2017). *Therapies and services*. Retrieved from <https://www.rhn.org.uk/>

Řasová, K. (2013). Nové trendy ve fyzioterapii nemocných roztroušenou sklerózou mozkomíšní. *Neurologie pro praxi*, 14(6), 322–323.

Santo Stefano riabilitazione (2017). Retrieved from <http://www.sstefano.it/>

Sherrill, C. (2004). *Adapted physical activity, recreation and sport: crossdisciplinary and lifespan*. Boston, Mass. : McGraw-Hill. ISBN 0697295133.

Skotáková, A. (2013). *Somatopedie*. Brno: Masarykova univerzita.

Slowík, J. (2007). *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika: terapie a poradenství: vzdělávání osob s různým postižením: člověk s handicapem a společnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

Sobotková, D., & Dittrichová, J. (2013). Psychický vývoj kojenců a batolat: vývojové problémy a poruchy v raném věku - II. *Pediatric pro praxi*, 14(5): 280-283.

Souček, M., Nevrkla, J., Řiháček, I., Fráňa, P., & Plachý, M. (2007). Zvýšená aktivita sympatiku a možnosti terapeutického ovlivnění. *Vnitřní lékařství*, 53(5): 554-559.

Suchá, J., & Holmerová, I. (2016). Psychomotorická terapie u seniorů s demencí. *Tělesná kultura*, 39(1), 35-39.

Svačinová, H. (2008) Kardiiovaskulární rehabilitace u diabetiků s ischemickou chorobou srdeční. *Medicína pro praxi*, 5(9), 322-324.

Szabová, M. (1999). *Cvičení pro rozvoj psychomotoriky*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-276-9.

Štefánek, J. (2011). *Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. Retrieved from <http://www.stefajir.cz/?q=medicina>

Štěrbová, D. (2007). *Pohybové aktivity v životě dětí s hluchoslepotou*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1797-4.

Takken, T., Giardini, A., Reybrouck, T., Gewillig, M., Hövels-Gürich, H. H., Longmuir, P. E., McCrindle, B. W., Paridon, S. M., & Hager, A. (2011). Recommendations for physical activity, recreation sport, and exercise training in paediatric patients with congenital heart disease: a report from the Exercise, Basic & Translational Research Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, the European Congenital Heart and Lung Exercises Group, and the Association for European Paediatric Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(5), 1034-1065.

Talafa, V., Zapletalová, J., & Pastucha, D. (2015) Pozitivní vliv pravidelné fyzické aktivity u zdravých lidí na snížení rizikových faktorů pro kardiiovaskulární onemocnění. *Medicína pro praxi*, 12(3), 194-197.

Uhlíř, P. (2008). *Pohybová cvičení seniorů*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-1902-2.

Ullenhaq, A., Bult, M. K., Nyquist, A., Ketelaar, M., Jahnsen, R., Krumlinde-Sundholm, L., Almqvist, L., & Granlund, M. (2012). An international comparison of patterns of participation in leisure activities for children with and without disabilities in Sweden, Norway and Netherlands. *Developmental Neurorehabilitation*, 15(5), 369-385.

Vališ, M., Taláb, R., & Masopust, J. (2005). Únava u roztroušené sklerózy mozkomíšní a možnosti jejího ovlivnění v neurologické praxi. *Neurologie pro Praxi*, 1, 40-41.

Van Langenberg, D. R., Papandony, M. C., & Gibson, P. R. (2015). Sleep and physical activity measured by accelerometry in Crohn's disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 41, 991-1004.

Verschuren, O., Ketelaar, M., Gorter, J. W., Helders, P. J., Uiterwaal, C. S., & Takken, T. (2007). Exercise training program in children and adolescents with cerebral palsy: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *161*(11), 1075-1081.

Verschuren, O., Peterson, M. D., Balemans, A. C., & Hurvitz, E. A. (2016). Exercise and physical activity recommendations for people with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, *58*(8), 798-808.

Vyhlídal, T., Ješina, O., et kol. (2014). *Pohybové aktivity v dětské onkologii*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-87994-21-4.

Waciakowski, D., & Urban, K. (2010) Degenerativní změny kolenního kloubu ve sportu. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*, *19*(3), 136-143.

Wang, J., Wu, Y., Ning, F., Zhang, Ch., & Zhang, D. (2017). The Association between Leisure-Time Physical Activity and Risk of Undetected Prediabetes. *Hindawi: Journal of Diabetes Research*, Volume 2017, ID 4845108, 8 pp.