

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**Pedagogická fakulta**  
**Ústav speciálněpedagogických studií**

**HANA ČMOCHOVÁ**

**III. ročník - kombinované studium**

**Obor: Speciálně pedagogická andragogika**

**SPECIÁLNÍ PEDAGOG JAKO ČLEN TÝMU PŘI  
PREVENCI ZHORŠOVÁNÍ KONDICE DOSPĚLÉHO  
ČLOVĚKA S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM**

**Bakalářská práce**

**Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.**  
**Olomouc 2011**

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

V Olomouci dne:

Podpis:

Touto cestou bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za její ochotu, trpělivost a pomoc při psaní. Také všem odborníkům, kteří spolupracovali na výzkumné části této práce.

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	7
1 Vymezení pojmů .....	7
2 Speciální pedagog andragog .....	10
2.1 Speciální pedagogika jako samostatný obor .....	10
2.2 Předpoklady pro výkon povolání speciálního pedagoga andragoga .....	12
2.2.1 Předpoklady pro činnost speciálního pedagoga andragoga .....	13
2.3 Kompetence speciálního pedagoga .....	15
3 Druhy zdravotního znevýhodnění u lidí se speciálními potřebami.....	19
3.1 Osoby s mentálním postižením .....	19
3.1.1 Pojem mentální retardace .....	19
3.1.2 Příčiny mentálního postižení.....	21
3.1.3 Kombinovaná postižení z pohledu psychopedie .....	21
3.1.4. Diagnostika kombinovaných vad z pohledu psychopedie .....	22
3.1.5 Mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností ....	23
3.1.6 Mentální postižení v kombinaci s psychosociálním ohrožením .....	24
3.1.7 Sebeobhajování osob s mentálním postižením .....	26
3.1.8 Mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením .....	27
3.2 Osoby s postižením hybnosti .....	28
3.2.1 Termín Somatopedie .....	28
3.2.2 Osoby se zdravotním oslabením .....	29
3.2.3 Osoby s nemocí .....	30
3.2.4 Osoby s tělesným postižením.....	31
3.2.5 Kombinované vady z pohledu somatopedie .....	34
3.2.6 Diagnostika kombinovaných vad v somatopedické oblasti .....	35
3.2.7 Porucha hybnosti s etopedického pohledu .....	35
3.2.8 Vzdělávání dospělých s tělesným postižením a profesní kariéra.....	36
3.3 Osoby s kombinovaným postižením .....	37
3.4.1 Terminologická problematika .....	37
3.4.2. Etiologie kombinovaného postižení.....	38
3.4.3. Kategorizace kombinovaného postižení .....	39
4 Komplexní rehabilitace osob s kombinovaným postižením .....	42
4.1 Léčebná složka ucelené rehabilitace .....	43
4.1.1 Fyzikální terapie.....	43
4.1.2 Ergoterapie ( pracovní terapie).....	43
4.1.3 Léčebná tělesná výchova ( LTV) .....	45
4.1.4 Animoterapie ( hipoterapie, canisterapie).....	47
4.1.5 Specifické terapie léčebné rehabilitace .....	55
4.2 Psychologická složka ucelené rehabilitace .....	57
4.2.1 Terapie hrou .....	58
4.2.2 Činnostní a pracovní terapie.....	59
4.2.3 Psychomotorická terapie .....	60
4.2.4 Dramaterapie .....	62
4.2.5 Muzikoterapie .....	63
4.2.6 Arteterapie.....	65
4.2.7 Zooterapie .....	66
4.3 Sociální složka ucelené rehabilitace.....	69
4.3.1 Integrace a inkluze v sociální rehabilitaci .....	69
4.3.2 Právní listiny uznávající lidská práva lidí s postižením .....	70

4.3.3 Státní sociální péče.....	71
4.3.4 Sociální služby .....	72
4.4 Rodinná rehabilitace v rámci ucelené rehabilitace.....	77
4.4.1 Reakce člověka na vznik postižení .....	77
4.4.2 Reakce rodiny na vznik postižení u jednoho z členů rodiny.....	78
4.4.3 Typy rodinného poradenství .....	79
4.4.4 Rodinná terapie .....	80
4.4.5 Duchovní potřeby člověka s postižením .....	81
4.5 Pracovní složka ucelené rehabilitace .....	82
4.5.1 Význam pracovní rehabilitace pro člověka.....	82
4.5.2 Tranzitní programy.....	83
4.5.3 Práva a povinnosti zaměstnavatelů .....	83
4.5.4 Možnosti pracovního uplatnění lidí se zdravotním postižením .....	84
4.5.5 Podporované zaměstnávání.....	85
4.6 Pedagogická složka ucelené rehabilitace .....	88
4.6.1 Právní dokumenty upravující vzdělávání.....	88
4.6.2 Vzdělávání studentů se speciálními potřebami na vysokých školách.....	90
4.6.3 Centra pro pomoc a podporu studentů se specifickými vzdělávacími potřebami.....	91
4.6.4 Profesionální poradenství.....	93
4.6.5 Vzdělávání dospělých .....	95
4.6.6 Výchovně-vzdělávací aktivity v domovech pro osoby se zdravotním postižením .....	97
4.7 Volnočasová složka ucelené rehabilitace.....	98
Praktická část .....	99
5 Hlavní cíle šetření a výzkumné předpoklady .....	99
6 Metodika šetření.....	100
7 Charakteristika vzorku a průběh šetření.....	101
8 Výsledky dotazníkového šetření .....	103
8.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz.....	115
Závěr .....	116
Seznam zkratk .....	124
Seznam grafů.....	125
Seznam příloh.....	126
Anotace .....	131

## Úvod

Od pradávna se lidská společnost skládala jak z lidí „zdravých“, intaktních, tak z lidí se zdravotním postižením. S tímto omezením se lidé již narodily nebo jej získaly během svého života. V každém období historie lidstva se společnost s existencí lidí se zdravotním postižením vyrovnávala jiným způsobem. Vždy se ale objevovala snaha těmto lidem pomáhat, zapojit je do života většinové společnosti. V historii se měnil nejen pohled na tyto obyvatele, ale měnilo se i oslovení a označení těchto lidí. V dnešní době se setkáváme s označení postižení, handicap, znevýhodnění, omezení. Všechna tato slova lze chápat jako synonyma. Jistě jsou správná a snad jsou i správně a vhodně používána. V tomto textu budu užívat hlavně pojem „lidé se zdravotním znevýhodněním“.

Posledních dvacet let se v naší republice událo mnoho změn a informace a problematika života lidí se zdravotním znevýhodněním se dostala do povědomí širší populace. Setkáváme se s ní v médiích i v běžném životě. Snaha o zlepšení podmínek integrace lidí se zdravotním znevýhodněním vyvolala i potřebu odborníků znajících tuto problematiku. Na vysokých školách jsou vzděláváni speciální pedagogové, kteří získávají potřebné informace. Své znalosti a zkušenosti poté používají ve snaze pomoci lidem se zdravotním znevýhodněním.

Při své práci musejí spolupracovat s ostatními odborníky z oblasti medicíny, psychologie, pedagogiky, práva, sociální sféry a z oblasti techniky. Speciální pedagog je zde členem týmu specialistů, kteří mají za cíl maximální možný stupeň integrace každého jedince do společnosti.

Práce speciálního pedagoga s dospělými není příliš známá. V povědomí obyvatel je práce speciálního pedagoga spjata spíše s dětmi. Proto bych se v mé bakalářské práci ráda zaměřila na spolupráci speciálního pedagoga a ostatních odborníků v péči o dospělou populaci se zdravotním znevýhodněním. Na možnost uplatnění speciálního pedagoga v zařízeních pro klienty se zdravotním postižením. Nejvíce vyskytujícím se zdravotním znevýhodněním v naší populaci se zdá být postižení mentální a tělesné, často se také u lidí se zdravotním znevýhodněním vyskytuje zároveň více typů postižení. Zaměřením této práce jsou tedy lidé s kombinovaným postižením, především tělesným a mentálním.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Vymezení pojmů

**Speciální pedagog** - speciální pedagog je vysoce kvalifikovaný pracovník, který provádí pedagogickou, diagnostickou, terapeutickou a poradenskou činnost. Úkolem speciálního pedagoga je spolupráce s lidmi s tělesným, smyslovým, duševním, zdravotním postižením nebo poruchami chování ([www.ktp.istp.cz](http://www.ktp.istp.cz)).

**Speciální pedagogika** - je vědní disciplína, zabývající se zákonitostmi rozvoje, výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění postižených jedinců a řešení výzkumných úkolů vyplývajících z poslání oboru (Renotiérová, Ludíková, 2006).

Na našem území se termín speciální pedagogika ustálil na rozmezí 60. a 70. let 20. století. V dnešní době kromě termínu *postižený* užíváme termínů *handicapovaný*, *člověk se speciálními potřebami*, *dítě se speciálními výchovnými a vzdělávacími potřebami*, *člověk znevýhodněný* (Renotiérová, Ludíková, 2006).

**Postižení** „je jakákoliv porucha duševní nebo tělesná, která může být dočasná, dlouhodobá nebo trvalá, která brání jedinci účinně se přizpůsobit běžným nárokům života“. (Hartl, Hartlová, 2000 in Opatřilová, Zámečnicková, 2007, s. 13)

**Tělesné postižení** lze vnímat jako porucha pohybu ve smyslu poruchy funkce, nebo jako postižení estetické, tedy změna fyzického vzhledu (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Kraus a Šandera (1964 in Opatřilová, Zámečnicková, 2007, s.16) vymezují tělesné postižení jako „vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchu nervového ústrojí, jestliže se projeví postižením hybnosti“.

**Kombinované postižení** (vícenásobné postižení nebo kombinované vady) je výskyt dvou a více typů postižení současně, např. u DMO se primárně vyskytuje porucha hybnosti, která může být spojena s poruchami zraku, sluchu, rozumových schopností,

poúrazové změny nezpůsobí jen lokální poškození, ale přidružují se poškození zasahující do více oblastí (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

**Dospělý člověk** – *dle vývojové psychologie* je období dospělosti určeno od 20 do 65 let, kdy je toto období plné tělesných i psychických změn. Od období vrcholu vývoje a dosažení maximální výkonnosti po období celkového uklidnění, poklesu psychických a fyzických sil člověka.

- *legálně* (právně) je dospělost určena věkem 18 let, kdy osoba může sjednávat a podepisovat závaznou smlouvu, rodičům končí rodičovská práva a povinnosti k dané osobě, zákonem je umožněno manželství, zaměstnání, vlastnit řidičský průkaz, konzumace alkoholu, atd. (Langmeier, Krejčířová 1998)

Dle Vágnerové (2004 in Ludíková a kol., 2006, str.11) dospělý postižený člověk prokáže svou zralost mimo jiné tím, že si vytvoří určitou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap, a počítá s omezeními, která mu přináší.

**Prevence** – „představuje (z hlediska speciální pedagogiky) souhrn opatření, jejichž cílem je předcházení vzniku mentálních, fyzických či smyslových poruch (primární prevence) nebo zamezit trvalému funkčnímu omezení nebo postižení (sekundární prevence)“, (Vysokajová, 2000, in Slowik, 2007, s.49).

- vyjadřuje předcházení nežádoucím jevům, úrazům, nemocem (Hartl, 1993).

- **Primární** prevence je soubor opatření s cílem zabránit vzniku poškození, poruchy.
- **Sekundární** prevence se snaží zabránit negativnímu vývoji poruchy již vzniklé, cílem je příslušné jevy včas zachytit a bránit jejich prohlubování, šíření a podobně. Zaměřuje se na zvláště ohrožené skupiny, například mládež, menšiny nebo sociálně slabé.



- **Terciární** prevence se snaží zabránit opakování a návratu postižení, trestných činů, onemocnění, drogové závislosti a podobně. Je zaměřena na osoby právě vyléčené, propouštěné z výkonu trestu a podobně (Fišer, Škoda, 2008).

Dle Ludíkové a kol. (2006) Prevence - předcházení biopsychosociálního narušení jedince a jeho sociokulturních vztahů.

**Kondice** znamená tělesný a duševní stav nebo také tělesné a duševní rozpoložení a je ovlivněna především výživou a zdravotním stavem. Určité předpoklady jsou nám dány, ale mnoho můžeme pro své dobro sami vykonat. Naše tělesná kondice, tedy naše fyzická dispozice a připravenost, se v průběhu života mění. Mění se také v závislosti na vnějším prostředí, v němž žijeme. Velký význam má naše celková životospráva, v první řadě stravovací a pohybové aktivity i aktivity duševní ([www.senio.cz](http://www.senio.cz)).

## 2 Speciální pedagog andragog

„Speciální pedagog andragog je pracovník se zaměřením na pedagogickou, výchovnou a poradenskou činnost v domovech pro dospělé se zdravotním postižením, v chráněných bydleních, chráněných dílnách či jiných nově vznikajících alternativních formách zaměstnávání, na úřadech realizujících rekvalifikační kurzy a školení pro dospělé se speciálními vzdělávacími potřebami, na krajských úřadech, odborech sociálních věcí, v agenturách podporovaného zaměstnávání, v nestátních a neziskových organizacích působících ve prospěch lidí s postižením či znevýhodněním, v psychiatrických léčebnách, ve speciálně pedagogických a poradenských centrech a střediscích (například pedagogicko– psychologické poradny v případě adolescentů nebo v případě jedinců s opožděným psychomotorickým vývojem, střediska výchovné péče, psychologické poradny pro dospělé, manželské poradny apod.), v zařízeních nápravné péče, v centrech pro léčbu závislostí, v azylových centrech pro uprchlíky, v domovech pro seniory, v hospicích“.([www.studuj.upol.cz/pedagogickafakulta/studijniobory/obor/speciální-pedagogika/](http://www.studuj.upol.cz/pedagogickafakulta/studijniobory/obor/speciální-pedagogika/), 8.5.2011)

### 2.1 Speciální pedagogika jako samostatný obor

Jako samostatný obor vznikala speciální pedagogika na počátku 20. stol. Původní teoretická východiska speciální pedagogiky se vyvíjela ve vazbách na pedagogickou a sociální institucionalizaci (ústavnictví), zaměřenou na jednotlivé skupiny postižených a jednotlivé typy speciálních škol. Po mnoho let se u nás oddělovala skupina lidí s postižením a skupina nepostižených (intaktních), (Kovářová, Vitásková- Janků, 2008).

Vývoj speciální pedagogiky u nás byl ovlivněn dvěma teoretickými systémy. První klade největší důraz na biologické faktory při vzniku vad a postižení, tzv. somatopatologie v rámci dědičnosti a ve vývoji dítěte, druhým směrem jde nápravná pedagogika, která je zapotřebí v ústavní péči a představuje praktickou nauku ve výchově a převýchově postižených ve speciálních zařízeních. Tyto dva systémy ovlivňovaly teorii i praxi speciální pedagogiky téměř tři čtvrtiny 20. století (Jesenský, 2000 in Kovářová, Vitásková- Janků, 2008).

Během posledních desetiletí prošla speciální pedagogika dynamickým vývojem nejen u nás, ale v celém světě. Speciální pedagogika je více zaměřena na humanizaci, toleranci, integraci a v rámci změněného pohledu na kvalitu života přehodnocuje své postoje k lidem se specifickými potřebami. Do centra pozornosti se dostávají nové jevy jako je fenomén integrace, fenomén celoživotního vzdělávání, uplatnění nových informačních technologií. S vývojem celé společnosti je nucena se neustále vyvíjet i speciální pedagogika. Za první výraznější změnou lze považovat *koncept komprehensivní speciální pedagogiky* (Ludíková, 2006; Fišer, Škoda, 2008).

Koncept komprehensivní speciální pedagogiky popisuje ucelený systém a pojetí speciální pedagogiky v péči o děti, mládež a dospělé se specifickými potřebami. Zajímá se celkovou kvalitu života každého jedince s postižením. Cílem se stává maximální možný rozvoj lidí s postižením, jejich začlenění do společnosti (socializace), osobní i profesní růst (Ludíková 2006; Kovářová, Vitásková-Janků, 2008).

Jak uvádí Kovářová a Vitásková-Janků (2008, str. 12) „Komprehensivní speciální pedagogiku lze charakterizovat:

- budování společenského statutu a prestiže, empatie a tolerance k handicapovaným, celoživotním vzděláváním a uplatněním na trhu práce,
- respektováním všech složek osobnosti postiženého, jeho práv, potřeb i schopností,
- důrazem na nezávislost postižených, jejich aktivitu a kreativitu podporující seberealizaci osobnosti,
- optimalizaci kvalit života a podmínek edukace.

Vzhledem k těmto proměnám ve speciální pedagogice se postupně utvářejí nové a nověji pojaté speciálněpedagogické obory, mezi nimi i speciálněpedagogická andragogika.

Dle Ludíkové a kol. (2006, s.10) je *speciálně pedagogická andragogika* „součástí vědního oboru Speciální pedagogika a reflektuje širší záběr, než „pouhou“ výchovu a vzdělávání osob se specifickými potřebami. Z pohledu věku se dotýká období od dospívání, přes dospělost až po stáří. Zabývá se jak osobami s vrozenými tak

i v průběhu života získanými specifickými potřebami a to v celém jejich širokém záběru rozlišných variant“.

Ján Jesenský se ve své publikaci *Andragogika a gerontagogika handicapovaných* (2000) zabývá andragogikou a gerontagogikou jako novou součástí speciální pedagogiky zaměřující se na problematiku zdravotního znevýhodnění v dospělosti a ve stáří. Nutnost této oblasti speciální pedagogiky vysvětluje výraznou rozdílností dospělosti a stáří od období dětství a adolescence. Poukazuje také na zvyšující se věk celé populace, který je spojen s problémy ve stáří.

## **2.2 Předpoklady pro výkon povolání speciálního pedagoga andragoga**

S tvorbou nových speciálně-pedagogických oborů roste i poptávka po odbornících v těchto oborech vzdělaných.

Koncepce studia speciální pedagogiky v rámci České republiky musela reagovat na potřebu odborníků z oblasti speciálně pedagogické andragogiky a gerontagogiky, tak byly vytvořeny a akreditovány studijní programy respektující celosvětové aktuální trendy ve výchovně vzdělávací péči o osoby s různými druhy vad a kombinací postižení ve všech věkových obdobích života.

Obor *Speciálně pedagogická andragogika* lze nyní studovat prezenční (denní) nebo kombinovanou formou na akreditovaných pracovištích:

- Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Studijní obory zaměřující se na vzdělávání odborníků pro práci s lidmi se specifickými potřebami jsou akreditovány na pracovištích:

- Fakulta tělesné výchovy Univerzity Palackého v Olomouci
- Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity v Brně

- Divadelní fakulta Masarykovy univerzity v Brně
- Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze
- Fakulta tělesné výchovy a sportu v Praze
- Univerzita J. A. Komenského v Praze (soukromá VŠ)
- Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
- Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě
- Pedagogické fakultě Univerzita Hradec Králové
- Katedra přírodovědně-humanitní a pedagogická Technické univerzity v Liberci
- Pedagogická fakulta Univerzity J. E. Turkyň v Ústí nad Labem
- Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Plzni (Valenta, Müller, 2009).

Tématickými okruhy z andragogiky a gerontagogiky handicapovaných se zabývají také jiné fakulty. Jsou to fakulty lékařské, filozofické, fakulty sociálních věd. Nad otázkami týkající se lidí se znevýhodněním se při studiu zamýšlí studenti zdravotnických odborů, sociální a rehabilitační pracovníci, studenti psychologie, sociologie a andragogiky (Jesenský, 2000).

### **2.2.1 Předpoklady pro činnost speciálního pedagoga andragoga**

Poskytování sociálních služeb se účastní také pedagogičtí a zdravotničtí pracovníci. Předpoklady pro výkon činnosti pedagogických pracovníků jsou zakotveny zákonem č.563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů.

Speciální pedagog se po splnění požadavků §1 odst.2, §109 a §110 Zákona o sociálních službách stává sociálním pracovníkem.

Mezi tyto požadavky patří:

- způsobilost k právním úkonům,
- bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,

- odborná způsobilost (Králová, Rážová, 2009; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### **Způsobilost k právním úkonům**

„Zákon nestanoví žádnou odchylku od obecného vymezení způsobilosti k právním úkonům v §8 občanského zákoníku. Způsobilost fyzické osoby vlastními právními úkony nabývat práv a brát na sebe povinnost vzniká v plném rozsahu zletilosti, tj. dovršením 18 let věku“ (Králová, Rážová, 2009, s.172; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### **Bezúhonnost**

Za bezúhonného se považuje ten člověk, který nebyl pravomocně odsouzen pro úmyslný trestní čin spáchaný z nedbalosti ve spojení s výkonem činností v sociálních službách nebo činnostech s nimi srovnatelnými, anebo ten, jehož odsouzení pro tyto trestné činy bylo zahájeno nebo se na něj z jiných důvodů hledí, jako by nebyl odsouzen.

Bezúhonnost se ověřuje výpisem z evidence Rejstříku trestů. Bezúhonnost se také prokazuje pomocí dokladů vydaných státy, ve kterých fyzická osoba pobývala v posledních 3 letech nepřetržitě po dobu delší než 3 měsíce. Všechny doklady prokazující bezúhonnost občana nesmí být starší než 3 měsíce (Králová, Rážová, 2009).

### **Zdravotní způsobilost**

Zdravotní způsobilost získávají zaměstnanci posudkem od závodního lékaře preventivní péče, ostatní osoby jej získají od svého praktického lékaře (Králová, Rážová, 2009).

### **Odborná způsobilost**

Odbornou způsobilost k výkonu povolání získává student absolvování bakalářského, magisterského či doktorského studijního programu zaměřeného na sociální práci,

sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaného podle Zákona č.111/1998 Sb., o vysokých školách (Králová, Rážová, 2009).

Od 1.8. 2009 má každý sociální pracovník povinnost obnovovat, doplňovat a upevňovat svou kvalifikaci vzděláváním v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok, což má také přímou souvislost s plněním standartu kvality v sociálních službách č.10 Profesní rozvoj zaměstnanců, uvedeného v příloze č. 2 k vyhlášce č.505/2006 Sb. Zaměstnavatel je povinen toto vzdělávání svému zaměstnanci zajistit (Králová, Rážová, 2009).

### **2.3 Kompetence speciálního pedagoga**

Termín kompetence vyjadřuje schopnost a výraz člověka chovat se přiměřeně v určité situaci. Ve slovníku cizích slov pod výrazem kompetence najdeme pravomoc nebo rozsah působnosti. Ve speciální pedagogice se setkáváme s pedagogickými kompetencemi, tedy kompetencemi profesními.

Kovářová, Vitásková- Janků (2008, s. 22) popisují profesní kompetence jako „soubor profesních dovedností, vědomostí, zkušeností, osobních předpokladů, postojů a hodnot, které umožňují výkon pedagogické profese, jinak také klíčové profesní kompetence“.

„Získávat kompetence znamená mít schopnost a být připraven učít se po celý život“ (Belz, Siegriest, 2001 in Kovářová, Vitásková-Janků, 2008, s.23).

Mezi klíčové pedagogické kompetence můžeme zařadit:

- Profesní dovednosti.
- Profesní vědomosti.
- Profesní zkušenosti.
- Profesní postoje.
- Osobnostní předpoklady a kvality.

*Vědomost* je pochopená a zapamatovaná informace, fakt či teorie, týkající se dané profese z pohledu různých kontextů (Kovářová, Vitásková-Janků, 2008).

*Zkušenost* popisuje to, co člověk prožil a má uloženo v paměti (Kovářová, Vitásková-Janků, 2008 ).

*Dovednosti* popisujeme určité dispozice ke správnému rychlému a úspornému vykonání určité činnosti nejvhodnější metodou. Tyto dovednosti získáváme učením během života (Kovářová, Vitásková-Janků, 2008 ).

*Postoj* vyjadřuje naše hodnocení a vztah ke klientovi, kolegovi, nadřízenému, apod. (Kovářová, Vitásková-Janků, 2008 ).

*Osobnostní kvality a předpoklady* speciálního pedagoga ovlivňují styl řízení pedagogického působení, atmosféru při práci s klienty a náš vztah ke klientovi a mají značný vliv na celý průběh spolupráce s klienty (Kovářová, Vitásková-Janků, 2008).

Profesionální kompetence pedagoga můžeme chápat jako souhrn předpokladů vykonávat pedagogickou činnost. V širším smyslu má pedagog - profesionál dostatek hodnotících a rozhodovacích schopností, aby byl schopen originální a reakce v nových a nepředvídatelných situacích. Mezi profesionální kompetence speciálního pedagoga zahrnujeme osobnostní kompetence a odborné kompetence (Háková, 2008).

*Osobnostní kompetence* jsou vyjádřeny vysokou kreativitou, schopností řešit problémy, kritickým myšlení, schopností spolupráce, osobní zodpovědností, vysokou úrovní socializace, porozumění, empatií a tolerancí.

*Odborné kompetence* vyjadřují kvalitu a množství odborných znalostí, získávání a prohlubování odborných znalostí a zkušeností. Účelné využívání svých vědomostí a schopností v praxi (Háková, 2008).



Ke kompetencím speciálního pedagoga patří:

- *Speciálně pedagogická diagnostika* - při diagnostice se speciální pedagog snaží o celkové posouzení jedince pro speciálně pedagogickou péči, obecným cílem je co nejlépe a nejpečlivěji rozpoznat a zařadit daný typ postižení, a to v oblasti psychické, fyzické, a sociální.
- *Poradenská činnost* - poskytování potřebných informací při řešení nepříznivých životních situacích mají všichni poskytovatelé sociálních služeb podle Zákona 108/2006 Sb. povinnost bezplatně poskytovat základní sociální poradenství.
- *Edukace a reedukační činnosti* - edukace (výchova) poskytování informací, nácvik dovedností, reedukace se ve speciální pedagogice snaží o vrácení a zlepšení poškozené funkce, návrat dříve získaných schopností.
- *Terapeuticko - formativní intervence*: výchovně - vzdělávací aktivity klienta
- *Kompenzace* - kompenzaci lze popsat jako soubor postupů speciální pedagogiky s cílem zlepšit a zdokonalit jiné funkce, než ty funkce, které jsou poškozeny či oslabeny.
- *Resocializace a enkulturace* - enkulturace je osvojení si norem chování a jednání dané společnosti, pojem resocializace chápeme jako opětovné získání společenského chování, norem a dovedností potřebných pro život ve společenském prostředí.
- *Asistence* - cílem asistence je pomoci člověku s postižením zvládnout ty úkony, které by dělal sám, kdyby mohl (Králová, Rážová, 2009; Fišer, Škoda, 2008; Valenta, Müller, 2009).

Každé znevýhodnění je vyvolané různými činiteli a proto se také na zmírňování a odstraňování každého zdravotního znevýhodnění podílí různé obory.

*Lékařství* - zajišťuje služby diagnostické, poradenské, léčebné, rehabilitační a preventivní a také služby protetické.

*Psycholog* - zajišťuje služby diagnostické, poradenské, expertní a psychorehabilitaci.

*Speciální pedagog andragog* se podílí na poskytování služeb diagnostických, poradenských, expertních, dále se věnuje speciální výchově a vzdělávání, výcviku při používání kompenzačních pomůcek a reedukačních návyků. Podílí se na zajištění kompenzačních pomůcek a zácvičku s nimi, na pracovní a společenské rehabilitaci.

*Pracovníci ze sociálních oborů* poskytují služby poradenské, pečovatelské, expertní, podílí se na zajištění různých výhod, preferencí, dávek a důchodů. Podílí se také na zajištění azylové péče, pracovní rehabilitace, rekvalifikací a na pracovním umístěováním.

*Techničtí odborníci* zajišťují vývoj a výrobu protetických, kompenzačních a reedukačních pomůcek, technickou úpravu prostředí.

*Odborníci z oblasti práva* se zabývají poradenstvím, expertízou, právní ochranou a legislativním zajištěním (Jesenský, 2000).

Při srovnávání služeb pro dospělé a staré osoby s handicapem s ostatními obory uvádí Jesenský (2000) tyto pracovní činnosti speciálního pedagoga:

- depistáž,
- diagnostiku,
- poradenství,
- odborná expertíza,
- preventivní služby,
- zajištění a práce s pomůckami,
- speciální výchova,
- speciální vzdělávání,
- pracovní příprava,
- pečovatelské služby,
- zájmové informace.

## **3 Druhy zdravotního znevýhodnění u lidí se speciálními potřebami**

### **3.1 Osoby s mentálním postižením**

Osoby s mentálním postižením představují jednu z největších skupin lidí se speciálními potřebami. Vědní disciplína speciální pedagogiky zabývající se osobami s mentálním postižením se nazývá Psychopedie (Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

#### **3.1.1 Pojem mentální retardace**

Termín mentální retardace pochází z lat. Mens, 2.p. mentis - mysl, retardare - držet, zaostávat. Poprvé byl použit Americkou společností pro mentální deficienci v 30. letech 20. století. Rozšíření se dočkal až po roce 1959, po konferenci Světové zdravotnické organizace v Miláně.

Pojem mentální retardace je popisován mnoha definicemi, které mají společné zaměření se na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho adaptaci na prostředí (Valenta, Müller, 2009; Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

„Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních dovedností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií“ (Valenta, Müller, 2009. s.12).

Definování a názvosloví mentální retardace se v průběhu let často měnilo. S cílem humanizace této problematiky se objevuje stálá snaha správné definice a pojmenování.

Nejednotnost v názvosloví se snaží řešit WHO ve svých revizích Mezinárodní klasifikace nemocí. Od 10. revize v 90. letech 20. století vymezila mentální retardaci pro teoretické i praktické použití do 4. kategorií:

**Lehká mentální retardace** – IQ se pohybuje mezi 50-69

- dle dřívější terminologie sem patří: lehká slabomyslnost (oligofrenie), lehká mentální subnormalita, debilita

**Střední mentální retardace**- IQ je v rozmezí 35-49

- dříve střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost (oligofrenie), imbecilita

**Těžká mentální retardace**- IQ je v pásmu 20-34

- dříve těžká mentální subnorma, těžká slabomyslnost (oligofrenie), idioimbecilita

**Hluboká mentální retardace**- IQ dosahuje nejvýše 20

- v dřívější terminologii těžká mentální subnorma, hluboká slabomyslnost (oligofrenie), idiotie (Renotírová, Ludíková a kol., 2006).

Širší pojem než mentální retardace lze chápat pojem mentální postižení. Dle Vaška a kol.(1994 in Valenta a Müller, 2009, s. 13) „lze mentální postižení chápat jako střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci, který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85.“

O tzv. primárním mentálním postižení, oligofrenii hovoříme tehdy, pokud se jedná o mentální retardaci vrozenou či získanou do 2 let věku. Lze ji chápat jako specifickou formu encefalopatie, cerebropatie.

Dle Defektologického slovníku (Edelsberger, 2000 in Valenta, Müller, 2009, str.14) „rozeznáváme primární oligofrenii jakožto důsledek dědičných faktorů, pohybující se v horním pásmu postižení a sekundární oligofrenii, způsobenou orgánovým poškozením mozkové tkáně“.

Pseudooligofrenie, sociálně podmíněné mentální postižení (též nepravá oligofrenie, sociální debilita) je pojem od oligofrenie odlišný a znamená snížení mentálních schopností z důvodů sociální zanedbanosti a nedostatků podnětů. V souvislosti těmito faktory nedochází k rozvoji rozumových schopností odpovídajících věku člověka. Objevuje se výrazné opoždění vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, není to však stav trvalý (Valenta, Müller, 2009; Ludíková, 2005).

### **3.1.2. Příčiny mentálního postižení**

Příčiny mentálního postižení lze dělit podle mnoha faktorů:

- příčiny endogenní (vnitřní: geny a vlohy) nebo exogenní (vnější: nemoci, úrazy, vlivy prostředí, fyzikální a chemické vlivy),
- příčiny vrozené či získané,
- příčiny prenatální (vzniklé před porodem), perinatální (vzniklé v době porodu a krátce po porodu) a příčiny postnatální (vznik postižení během života) (Valenta, Müller, 2009; Renotiérová, Ludíková a kol., 2006).

Mezi nejčastější příčiny řadíme: genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanické poškození, vlivy sociální a materiálního prostředí, psychické faktory, traumata a jiné (Ludíková a kol., 2005).

### **3.1.3 Kombinovaná postižení z pohledu psychopedie**

Objeví-li se u jedince s mentálním postižením či duševním poruchou současně i některé další postižení (somatické, smyslové, psychosociální, narušení komunikačních schopností) potom v psychopedii hovoříme o vadách kombinovaných (Kozáková, 2005).

Kombinace smyslových, tělesných, zdravotních postižení nebo komunikačních a emocionálních narušení s mentálním postižením či mentální retardací je věnována značná pozornost z důvodu toho, že právě mentální postižení a mentální retardace je nejčastější kombinací s jinými zdravotními postiženími. Mentální postižení je tady také nejzávažnějším symptomem (Vančová, 2001).

Při kombinacích zdravotních postižení a poruch s mentálním postižením a mentální retardací se lze setkat s různými druhy, stupni, formami, a typy mentální retardace s různou dobou vzniku a různými etiologickými faktory, geneticky podmíněnými vrozenými či získanými postiženími široké etiologie.

Je možné říci, že největší výskyt kombinovaného postižení se symptomy mentálního postižení lze očekávat i v případě, kdy mají zdravotní postižení stejnou etiologii, stejné působení v době prenatálního či poporodního života a poškození mozku a CNS. V těchto případech je v rámci jednotlivých kombinovaných postižení evidentní mentální postižení, tělesné a zdravotní postižení, smyslové poruchy, poruchy v oblasti motoriky, komunikace a chování. Často jsou tato postižení v těžkých stupních. Obecně lze říci, že čím závažnější je stupeň mentálního postižení, tím závažnější bude také stupeň dalších postižení (Vančová, 2001).

### **3.1.4. Diagnostika kombinovaných vad z pohledu psychopedie**

Při psychopedické diagnostice kombinovaných vad používáme poznatky z etiologie postižení, z vyšetření jemné a hrubé motoriky, senzomotoriky, grafomotoriky a laterality, dále nám pomáhají informace při vyšetření intelektu, zraku, sluchu a řeči, z diagnostiky chování a úrovně sebeobsluhy, současného zdravotního stavu a sociálních podmínek. Během diagnostiky je, vzhledem k specifičnosti kombinovaných vad, nutná mezioborová spolupráce s dalšími odborníky jako jsou speciální pedagogové, lékaři, psychologové, psychiatři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi a rodina. Včasná a správná diagnostika u jedince s kombinovaným postižením a jeho rodiny je důležitá k zahájení speciálněpedagogické podpory (Ludíková a kol. , 2005).

Jak uvádí Kozáková (in Ludíková a kol. , 2005) zjistit alespoň přibližný výskyt kombinací těžších stupňů postižení je relativně jednodušší než zjistit údaje o výskytu lehčích stupňů postižení v kombinacích. Důvodem je to, že těžší postižení jsou často zřejmější, zjistitelnější a mají trvalejší charakter. Bývají vrozená nebo získaná v časných vývojových obdobích a jejich výskyt potvrzují odborníci z různých oborů. U lehčích stupňů postižení to není možné říct a údaje o kombinacích postižení v lehčím stupni jsou jen přibližné a značně různorodé.

### 3.1.5 Mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností

Pro rozvoj řeči jsou důsledky mentálního postižení velmi významné. Porucha vývoje řeči je jeden z hlavních příznaků mentální retardace a stupeň mentální retardace, její forma a typ významně ovlivňují vývoj řeči.

Vlivem nedostatků korových částí mozku dochází k deformaci řeči a poruše vyjadřování myšlenek. Objevují se nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, kdy jedinec hlásky slyší, ale nedokáže je správně rozlišit. Objevuje se porucha artikulace, zapříčiněna slabými spoji v centrech jemné motoriky. Osoby s mentálním postižením mají potíže s obsahem sdělení. Vlivem mentálního postižení dochází k poruše schopnosti informaci porozumět, zhodnotit ji, rozhodnout a vhodně naprogramovat řeč v integrátoru faktických funkcí (Valenta, Müller, 2009, Ludíková a kol., 2005).

Dolejší (1978 in Valenta a Müller, 2009, s. 37) „přistupuje ke zvláštnostem v řeči osob s mentálním postižením z hlediska etiologie postižení:

- Familiární retardace (stavy vrozené, např. na dědičném podkladě) se projevuje rovnoměrným opožděním řeči ve všech jejích složkách - připomíná řeč mladšího dítěte.
- Encefalopatická retardace (stavy získané např. infekcí, úrazem...) má postiženou artikulaci, častá je až dysartrie, ale porozumění obsahu a slovní zásoba je přiměřená věku.
- U emočních deprivací je chudý slovník, dyslalie multiplex“.

Vzhledem k výše řečenému je velmi důležité, aby do péče o klienty s mentálním postižením byla zapojena i péče logopedická.

### 3.1.6 Mentální postižení v kombinaci s psychosociálním ohrožením

U jedinců s mentálním postižením lze často nacházet i poruchy etopedického charakteru. Důkazem je fakt, že samotná etopedie dříve spadala do oblasti psychopedie. Také v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) nacházíme u kódového označení mentální retardace znak pro postižení chování k mentální retardaci přidružené (afekty vzteku, sebepoškozování, a jiné), (Ludíková a kol., 2005).

Jak popisuje Kozáková (in Ludíková a kol., 2005) Lidé s mentálním postižením patří z hlediska psychosociálního ohrožení k vysoce rizikovým skupinám.

- U osob s mentálním postižením (především lehčích forem) nacházíme vyšší míru ohrožení sociálněpatologickými jevy.
- Osoby s mentálním postižením (převážně s těžší formou) jsou často obětmi sociálněpatologického chování a trestných činů (Kozáková a kol., 2005).

Jedinec s mentálním postižením je vybaven menší schopností ovládat své chování v porovnání s intaktním člověkem. Díky menší řídicí funkci rozumu je u jedince značná citová otevřenost a jedinec s mentálním postižením díky tomu přenáší kladné pocity na to, co zvládne a negativní emoce na situace, které nezvládá. Projevy poruchy citového vývoje mohou být neurotické (pomočování) a psychopatologické (krádeže) symptomy (Dolejší, 1978 in Valenta, Müller, 2009).

Emerson (1995 in Emerson, 2008, s.13) termín problémové chování definuje jako: „kulturně abnormální chování takové intenzity, frekvence nebo trvání, že může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně ohrozit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup“.

Osoby s mentálním postižením nedokáží vhodně posoudit situaci, často si neuvědomují, že se jedná o nezákonné a nevhodné chování, nedovedou vhodně reagovat na vzniklé situace. Neví, jak se vhodně bránit a kde mají hledat pomoc. Z důvodu závislosti na člověku a strachu z potenciálního nepřijetí se bojí něco odmítnout či neudělat. Vlivem mentálního postižení se často bojí věc oznámit, mají



strach z důsledků, které oznámení přinese. Bojí se o věcech otevřeně mluvit. Mohou mít obavu, zda jim lidé uvěří (Kozáková, 2005).

Vlivem značné závislosti lidí s mentálním postižením na rodině a blízkých jsou tito lidé často oběti týrání a zneužívání (psychického, fyzického i sexuálního). Pachateli bývají často lidé z řad blízkého okolí. Nejčastěji jsou to členové rodiny, známí, domácí ošetřovatelé, zaměstnanci sociálních a pečovatelských služeb. V ústavních zařízeních jsou klienti zvyklí na úctu k autoritě, podřizování se režimu a potřebám druhých. Díky tomu se klienti bojí o zneužívání mluvit. Podvědomě cítí, že to, co se děje, není správné, ale mají strach a často nevědí, jak se bránit. Pachateli jsou lidé, kteří se o ně starají, kteří za ně rozhodují, proto je pro oběti nezvyklé o těchto lidech pochybovat.

Čím je postižení hlubší, tím bývá obtížnější zneužívání nebo týrání odhalit a zneužívaným lidem pomoci. Často je problém zjednodušován a přehlížen. Speciální pedagogové zde mají značnou úlohu v tom, naučit osoby s mentálním postižením rozpoznat rizikové chování. Lidé s postižením musí mít teoretické znalosti, ale i praktické zkušenosti. Musí vědět jak nevhodné chování poznat a jak se v případě nebezpečí zachovat (Kozáková, 2005).

U osob s mentálním postižením jsou často poruchy chování (neposlušnost, nekázeň, vzdor, lež, krádeže a jiné) důsledkem snahy prosadit se v sociální skupině. Lidé se tak snaží řešit nedostatek motivace, osobní nepříjemnou situaci, nevhodný vliv rodinné výchovy. Často jsou to lidé s nízkým sebevědomím, se sociální a emoční nezralostí, lidé snažící se bránit své vlastní já. Jsou to také lidé, kteří vyrůstali v prostředí, kde je patologické chování běžné (Kozáková, 2005).

V prevenci poruch chování je důležité zajistit jedinci vhodnou a intenzivní podporu. Mezi preventivní přístupy patří omezení vlivů a prostředí, které vyvolávají poruchy chování jedince s mentální postižením a naučit jedince jinému, odpovídajícímu chování (Emerson, 2008).

Omezení negativních vlivů působících na jedince představuje odstranění smyslových, materiálních, sociálních podmínek deprivace, odstranit vysoké hladiny

stresu, předcházet častým onemocněním, zamezit zneužívání ze strany okolí, omezit časté změny personálního vybavení. Dále je důležité naučit jedince vhodným způsobem vyjadřovat svá přání. Vnímání okolností, které na člověka s mentálním postižením působí, pomoci mu naučit se vhodně komunikovat. Zajistit jedinci dostatek podpory a jistoty, aby dokázal z nebezpečné situace odejít (Emerson, 2008).

### **3.1.7 Sebeobhajování osob s mentálním postižením**

Vyjadřovat své myšlenky, názory a pocity je pro většinu z nás zcela přirozené a samozřejmé. Lidé s mentálním postižením však často mají problém vyjádřit co cítí, jaké mají názory, pocity a přání. Proto vznikla skupina sebeobhájců, která má umožnit osobám s mentálním postižením projevit své myšlenky, pocity a přání. Sebeobhájce má možnost naučit se vyjadřovat vlastní názory, přání, postoje, vystupovat sám za sebe i za celou skupinu (Kozáková in Valenta, Müller, 2009).

Sebeobhajování (angl. self advocacy) vzniklo v 60. letech 20. stol. ve Švédsku, poté se rozšiřovalo po celém světě. Od roku 1998 začaly první skupiny sebeobhájců vznikat i v České republice. Dnes najdeme hnutí sebeobhájců po celém světě. Tato organizace sdružuje převážně osoby s mentálním postižením, které se, v rámci svých možností, učí zodpovídat za svůj život. Učí se chápat svá práva i povinnosti, umět se hájit a bránit diskriminaci. Získané dovednosti uplatňují i při obhajobě práv těch, kteří se sami z důvodu nedostatku příležitosti či závažnosti postižení hájit nemohou (Kozáková in Valenta, Müller, 2009).

Sebeobhájce je někdo, kdo mluví sám za sebe. Sebeobhájce mluví za sebe, ale také za ostatní, kteří mají podobné problémy. Lidé ze skupiny sebeobhájců jsou lidé, kteří se potýkají s problémy v myšlení, učení, v orientaci, v komunikaci ([www.spmPCR.cz/cs/sebeobhajci](http://www.spmPCR.cz/cs/sebeobhajci)).

Sebeobhajobě, podobně jako znalostem a dovednostem, je nutné se naučit. Nejprve je důležité sebepoznání, zjištění silných i slabých stránek osobnosti, jejich potřeb a preferencí. Lidé s mentálním postižením se často musí poznávání svých potřeb dlouho učit. Často jim dělá potíže své myšlenky formulovat, vyjádřit je. Je potřeba

více času k tomu, aby projevili své skutečné potřeby. Dostávají se do situací, které neumí sami vyřešit, nemají dostatek zkušeností s rozhodováním a řešením obtížných sociálních situací. Proto by schůzky sebeobhajování měly být ve skupinách, kde lidé zažívají silný emocionální zážitek a pocit podpory při vlastním rozhodování. Při těchto setkáváních lidé navazují nové vztahy, získávají pocit sounáležitosti, vyměňují si zkušenosti a dostávají zpětnou vazbu. Společně hledají pojmenování a řešení problému. Snaha zapadnout do kolektivu a patřit do určité sociální skupiny může být příčinou asociálního chování lidí s mentálním postižením (požívání alkoholu a drog, závislost na hracích automatech, cigaretách a jiných). (Kozáková in Valenta, Müller, 2009)

### **3.1.8 Mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením**

Současný výskyt mentálního postižení s postižením tělesným je značný. Je možné říci, že čím hlubší je mentální postižení, tím větší je možnost i postižení tělesného (tělesné postižení, nemoci nebo zdravotního oslabení), (Kozáková, 2005).

## **3.2 Osoby s postižením hybnosti**

V každém období lidské společnosti se nacházeli lidé s tělesným postižením nebo zdravotním znevýhodněním. V historii docházelo k tělesnému postižení vlivem úrazů a zranění z válek, objevovaly se i vrozené malformace, které byly připisovány působením nadpřirozených sil. Zdravotní oslabení bylo způsobováno infekčními chorobami (mor, tuberkulóza, tyfus a jiné). V současnosti je nečastější příčinou tělesného postižení dětská mozková obrna. Se světovým pokrokem však vzrůstá také počet úrazů a civilizačních nemocí, které mají za následek zdravotní oslabení, nevyjímaje nově vzniklá infekční onemocnění (AIDS, žloutenky různého typu, a jiné), (Fišer, Škoda, 2008).

Jak uvádí F. Kábele et al (1993, in Fišer, Škoda, 2008, s. 35): „Výchovou a vzděláváním osob s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním se zabývá vědní obor speciální pedagogiky, nazývaný somatopedie“.

### **3.2.1 Termín Somatopedie**

Somatopedie je tvořena z řeckých slov soma (tělo) a paidiea (výchova). Termín somatopedie se začal používat od roku 1956. Před tímto datem se používal termín defektologie ortopedická a vyučován byl na pedagogických fakultách vysokých škol již od roku 1946.

Obor somatopedie se zabývá výchovou, vzděláváním, edukací, reedukací, kompenzací, rehabilitací a socializací lidí s tělesným postižením, osob zdravotně oslabených a osob nemocných (Fišer, Škoda, 2008; Ludíková, 2006).

Somatopedická andragogika se zabývá problematikou pohybového postižení (motoriky) u lidí dospělých a ve stáří (Ludíková, 2006).

Podle Světové zdravotnické organizace je účelné rozdělení následujících termínů:

- *Vada, porucha* (Impairment) - poškození podpůrného a pohybového systému nebo jiného orgánu, které zapříčiní výrazné motorické změny.
- *Omezení, snížená schopnost* (Disability) - kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu vzhledem k výkonnosti, která je charakteristická pro daný věk, konstituci a životní prostředí.
- *Znevýhodnění, postižení* (Handicap) - trvalé negativní působení na kognitivní, emocionální a sociální výkon, poruchu sociální interakce a přebírání sociálních rolí souvisejících s pohlavím a věkem (Hronová, 2003 in Ludíková, 2006).

Jedince s postižením hybnosti lze rozdělit na

- *Osoby se zdravotním oslabením*, které je popisováno jako snížená odolnost proti nemocem, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy, které mají za následek poruchy chování, učení a jsou důvodem k zohlednění při vzdělávání.
- *Osoby s nemocí* - nemoc lze popsat jako poruchu rovnováhy mezi organismem.  
a prostředí z důvodů anatomických nebo funkčních změn organismu. Jde o poruchu v bio-psycho-sociální rovnováhy člověka.
- *Osoby s tělesným postižením*: „Tělesné postižení je popisováno jako přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkony“ (Gruber, Lendl, 1993 in Fišer, Škoda, 2008, s. 34).

### **3.2.2 Osoby se zdravotním oslabením**

Zdravý organismus se umí přizpůsobit změnám vnějšího i vnitřního prostředí, umí se adaptovat na proběhlé změny. Pokud dojde k narušení rovnováhy, dochází k onemocnění. Osoby se zdravotním znevýhodněním jsou méně odolné proti nemocem, často se u nich tyto nemoci opakují. S pojmem zdravotní znevýhodnění souvisí i pojem chronické onemocnění.

*Chronické onemocnění* je onemocnění léčitelné, ale ne zcela vyléčitelné. U chronického onemocnění se objevují anatomické a funkční změny postiženého orgánu nebo celého orgánového systému. Chronická onemocnění se vyznačují dlouhodobým průběhem s následným uzdravením či s následnými remisemi (návratem nemoci), (Opatřilová, Zámečnicková, 2007; Renotiérová, Ludíková, 2006).

Klasifikace chronických onemocnění se často prolínají a můžeme se setkávat s různým dělením chronických nemocí. Proto se v této práci přikláním ke klasifikaci dle Opatřilové a Zámečnickové (2007), které chronická onemocnění dělí na:

- *Alergická a astmatická onemocnění.*
- *Kožní onemocnění* - atopický ekzém a lupénka (psoriáza), které mají významné jak zdravotní důsledky, tak důsledky psychologické.
- *Záchvatovitá onemocnění* - nejrozšířenějším a nejzávažnějším záchvatovitým onemocněním je jistě epilepsie. Epilepsie má negativní účinky nejen somatické, ale i psychické a sociální.
- *Metabolická onemocnění* - cukrovka (diabetes mellitus), (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

### **3.2.3 Osoby s nemocí**

Zdraví organismu si udržuje rovnováhu mezi vnitřním a vnějším prostředím. Při přetěžování organismu dochází k porušení této rovnováhy a ke vzniku nemoci. Nemoci lze rozdělit na:

- *Akutní onemocnění* - přicházení náhle z plného zdraví, mají rychlý průběh a většinou nezanechávají trvalé následky.
- *Chronické onemocnění* - lze dále rozdělit na onemocnění *recidivující*, které se opakuje alespoň třikrát za rok. Mezi onemocněním nejsou zjištěny žádné anatomické ani funkční změny. A *onemocnění chronické*, které provází anatomické a funkční změny orgánu a orgánových systémů. Vyznačuje se dlouhodobým, často celoživotním průběhem. Nemoc zanechává následky, které ovlivňují život člověka, jeho výchovu, vzdělávání, pracovní a společenské uplatnění. (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Každé onemocnění se projevuje určitými příznaky a projevy. Subjektivními příznaky nazýváme to, co člověk sám pocítuje, např. bolest, nechutenství, únava. Objektivní příznaky lze zjistit při fyzikálním vyšetření lékařem.

Mezi příčiny nemocí (etiologie) spadají:

- Příčiny vnější - fyzikální vlivy na člověka (mechanické, tepelné, vlivy záření, tlaku, vzduchu a jiné), dále vlivy chemické (chemické látky, jedy působící na povrch těla nebo požití ústy), nedostatečná nebo špatná výživa, cizí organismy.
- Příčiny vnitřní - dispozice člověka k onemocnění, zvýšená citlivost organismu (alergie), imunita člověka (odolnost proti chorobám), dědičnost (Renotírová, Ludíková, 2006).

### **3.2.4 Osoby s tělesným postižením**

Osoby s tělesným postižením představují různorodou skupinu, kterou spojuje omezení pohybu a toto tělesné postižení ovlivňuje člověka v celé jeho osobnosti. Hlavním znakem tělesného postižení je částečné nebo celkové omezení pohybu. Příčinou tělesného postižení může být dědičnost, nemoc nebo úraz.

Příčinou *vrozených tělesných vad* bývají:

- Infekční onemocnění matky během těhotenství.
- Nedostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků v době těhotenství.
- Vlivy léků užívaných během těhotenství, zejména na počátku gravidity, kdy je plod nejzranitelnější.
- Rentgenové záření.
- Vlivy poruchy žláz s vnitřní sekrecí.
- Vlivy prostředí a klimatické podmínky.

*Získaná postižení hybnosti* vznikají v průběhu celého života na podkladě nemoci nebo úrazu.

Poškození motoriky má negativní důsledky nejen na tělesný vývoj, ale také na vývoj smyslový a mentální. A to nejvíce v dětském věku.

Svaly nejsou dostatečně funkčně pohybem zatěžovány a dochází k jejich atrofii a slábnutí. Díky nedostatečnému ověřování zjištěných poznatku zrakem a sluchem je u dítěte s poruchou hybnosti ztížené poznávání po stránce smyslové a rozumové (Renotierová, Ludíková, 2006; Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Tělesná postižení se nejčastěji dělí na:

- Vrozená, popř. raně získaná tělesná postižení.
- Tělesná postižení získaná po úraze.
- Tělesná postižení získaná po nemoci.

### **Vrozená tělesná postižení**

Příčinou vrozených vad bývají raná postižení plodu v době během těhotenství a krátce po narození dítěte. Mezi vrozená tělesná postižení lze zařadit:

- Vrozené vady lebky - předčasný srůst lebečních švů (kraniostenóza).
- Změny velikosti lebky - nadměrná velikost lebky (makrocefalie), výrazně zmenšená lebka (mikrocefalie).
- Rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra a páteře - rozštěpy patra a rtů patří mezi nejčastější vrozené vady, související s poruchou nitroděložního života a po porodu s rozvojem řeči.
- Vrozené vady končetin a růstové odchylky.
- Centrální a periferní obrny - postihují centrální a periferní nervový systém, projevují se poruchou hybnosti. Dle rozsahu a stupně postižení se rozdělují na parézy (částečné postižení) a plegie (úplné postižení hybnosti).
- Dětská mozková obrna - popisovaná jako porucha hybnosti a vývoje hybnosti na pokladě raného poškození mozku, patřící mezi nejčastější vrozené poruchy hybnosti (Renotierová, Ludíková, 2006, Opatřilová, Zámečnicková, 2007).



## Získaná tělesná postižení

Získaná tělesná postižení lze dělit na tělesná postižení po úraze a tělesná postižení po nemoci. Příčinami postižení jsou tedy nemoci, úrazy a deformity.

*Deformitami* chápeme vrozenou nebo získanou tělesnou vadu charakteristickou nesprávným tvarem některého orgánu nebo části těla (kostí, svalu).

K vývojovým deformitám řadíme deformity lebky, hrudníku, kloubů a končetin. Po úraze získané deformity vznikají na podkladě špatně zhojených zlomenin a traumatických deformit. Po zánětlivých onemocněních může docházet k deformitám kloubů a kostí (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Od deformací je nutné odlišit *malformace*, které vznikají jako vrozená vývojová vada v době nitroděložního života plodu. Mezi malformace můžeme zařadit agenezi (vrozené nevyvinutí části těla), aplázii (nevyvinutý či chybějící orgán).

*Tělesná postižení po úraze* vznikají nejčastěji při dopravních nehodách, po zasažení elektrickým proudem, výbuchem, při živelných katastrofách. Trvalé následky po těchto úrazech výrazně omezují mobilitu člověka, jeho výchovu, vzdělávání a kvalitu dalšího života. K nejzávažnějším postižením po úraze patří *postižení mozku a míchy*, otřes mozku (komoce) a pohmoždění mozku (kontuze). Závažné bývají také zlomeniny obratlů jako následek pádů z výšky, úrazů při sportu a dopravních nehodách. Ty mohou být příčinou poškození míchy. Podle místa a stupně úrazu také odpovídá poškození míchy a dopad na hybnost.

V souvislosti s úrazy dochází také k *amputacím*. Amputací nazýváme nevratné oddělení orgánu, části nebo celé končetiny od těla. K amputacím dochází z důvodů:

- Traumatického poškození.
- V rámci chirurgického zásahu při nádorovém, metabolickém, cévním či zánětlivém onemocnění.

Amputace má za následek anatomickou a funkční ztrátu. Vzniká také viditelný kosmetický defekt, který je spojen s náročnou životní a společenskou situací. Ztráta části těla má významný dopad na psychiku člověka (Renotierová, Ludíková, 2006; Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

### *Tělesná postižení vzniklá po nemoci*

Řada prodělaných onemocnění může zanechat trvalé následky na zdraví jedince a jeho pohybových schopnostech. Mezi nejzávažnější patří revmatická onemocnění.

- *Akutní revmatismus* vzniká po streptokokové infekci, postihující nečastěji děti od 5. do 15. let života. Kromě postižení hybnosti je příčinou srdečního onemocnění jedince (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).
- *Chorea minor (tanec svatého Víta)*, postižení centrální nervové soustavy. Onemocnění se objevuje převážně u dětí mezi 8.- 10. rokem života. Hlavními příznaky jsou nápadný neklid, záškuby v obličeji a končetinách, grimasy v obličeji.
- *Vleklý kloubní revmatismus* je příčinou omezení hybnosti, popř. úplnou kloubní ztuhlostí. Dochází k drápkovému postavení prstů a k chybnému postavení palce, čímž je snížena uchopovací a zejména pak pracovní schopnost ruky. Na dolních končetinách jsou nejvíce deformitami postiženy kolenní klouby a tím je ztížena chůze a stání.

Speciálně-pedagogická podpora je součástí ucelené rehabilitace zaměřující se na rozvoj celé osobnosti člověka, identifikaci problému, reedukaci a kompenzaci s cílem maximální samostatnosti klienta a jeho zapojení do společnosti (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

### **3.2.5 Kombinované vady z pohledu somatopedie**

Objeví-li se u jedince kombinace dvou a více tělesných postižení, onemocnění, popř. zdravotních oslabení můžeme v somatopedické oblasti hovořit o kombinovaných vadách.

O kombinovaných vadách lze hovořit i v případě, kdy existuje současně postižení a onemocnění či zdravotní postižení. Časté je spojení somatopedického postižení s kombinací s postižením zrakovým, sluchovým, mentálním či etopedickým a poruchou komunikace (Bendová, 2005).

Kombinované vady z pohledu somatopedie vznikají ve všech stádiích lidského života. Nejzávažnější jsou však poruchy vzniklé v prenatálním období, kdy se plod vyvíjí a je nejzranitelnější. Jedná se tedy převážně o vady vrozené či vzniklé v raném vývojovém období s nejasnou nebo vícečetnou etiologií.

Tělesné postižení bývají velmi často spojena s postižením centrální nervové soustavy a mentálním postižením. Mentální postižení se řadí za primární nebo dominantní symptom, nejčastěji vstupující do kombinace s ostatními postiženími (Bendová, 2005).

### **3.2.6 Diagnostika kombinovaných vad v somatopedické oblasti**

V somatopedii je pro speciálněpedagogickou diagnostiku významné zjištění etiologie postižení, dále zjišťujeme informace o jemné a hrubé motorice, o senzomotorice, grafomotorice a lateralitě. Důležité diagnostické informace nám poskytne také vyšetření zraku, sluchu, řeči a intelektu. Diagnostik si také všímá momentálního zdravotního stavu, chování, úrovně sebeobsluhy a sociálních podmínek. Díky rozmanitosti a specifčnosti problematiky kombinovaného postižení speciální pedagog při diagnostice spolupracuje i s jinými odborníky jako je praktický lékař, neurolog, ortoped, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog a jiní. Významná je i spolupráce s rodinou (Bendová, 2005).

### **3.2.7 Porucha hybnosti s etopedického pohledu**

Porucha vzhledu a hybnosti má vliv na osobnost člověka s poruchou hybnosti. Vlivem postižení dochází ke vzniku duševních poruch a sociálnímu dopadu handicapu. Odlišnost člověka od většinové společnosti snižuje jeho sociální postavení, ovlivňuje sebehodnocení a sebeobraz člověka. Z podceňování, zvýšeného stresu a frustrace může docházet k poruchám chování jako obranné reakce na společenskou pozici člověka s tělesným postižením. Lidé s postižením se mohou zaměřit na zvýšenou duševní či tělesnou aktivitu, často se však projevuje agresivní chování, sebepoškozování a zvýšené užívání alkoholu a návykových látek.

Společnost se projevuje dvěma pohledy na osoby s postižením. Na jednu stranu společnost lidmi postižením opovrhuje, posmívá se a tyto osoby stigmatizuje. Na druhé straně se objevuje zvýšená péče a ochrana těchto osob. Oba tyto pohledy mohou vést k agresi negativnímu chování osob s postižením. Lidé s tělesným postižením se mohou snadněji stát obětí násilného chování, šikany a zneužití (Bendová, 2005).

### **3.2.8 Vzdělávání dospělých s tělesným postižením a profesní kariéra**

V dnešní moderní době není proces vzdělávání ukončen získáním potvrzení o absolvování studia. Dospělí lidé jsou vývojem společnosti nuceni se neustále vzdělávat, rozšiřovat své kvalifikace a často svou profesi zcela změnit. Vzdělávání se stává jednou z nejvyšších hodnot. Získávání informací a rozšiřování kvalifikací nám přináší i jisté benefity:

- Získání odborné kvalifikace.
- Získání uznání a osobního uspokojení.
- Možnost volby povolání.
- Dostatečný příjem spojený s nezávislým životem.
- Splnění a dosažení našich představ.

### **3.3 Osoby s kombinovaným postižením**

V pojmu komprehenzivní (ucelené) speciální pedagogiky se užívá označení pro kombinované postižení u 2 a více postižených (Jesenský, 2000).

Sovák (in Baláž a kol., 1980) chápe pod pojmem kombinované vady sdružení několika postižení jednoho jedince, které se ale navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Kombinované vady vnímá jako složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež jsou vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám (Ludíková, 2005).

U osob s kombinovanými vadami se můžou objevovat nejen kombinace těžších poruch a vad, ale i kombinace lehkých stupňů postižení s lehčími nebo také těžšími stupni postižení a vad. Vyloučit nelze ani kombinace postižení s nadáním a talentem (Vančová, 2001).

#### **3.4.1 Terminologická problematika**

Zatím dostatečně nezpracovaná je u kombinovaných vad oblast definování, terminologie a speciálně pedagogických intervencí. Přestože se v posledních desetiletích věnuje této problematice více pozornosti je zde značná nejednotnost v terminologii, charakteristice kombinovaných vad, kategorizaci a v přístupech k lidem s kombinovaným postižením (Vančová, 2001).

V terminologii se nejvíce setkáváme s pojmy kombinované vady, kombinované postižení, viacnásobné postihnutie, Schwerstbehinderung (těžké postižení), schwerste Mehrfachbehinderung (těžké kombinované postižení), severe/multiple disabilities (těžké/kombinované postižení), mild learning and behaviour disabilities (lehké poruchy učení a chování). V odborné literatuře používané termíny jsou odrazem

různých názorů na problematiku kombinovaných vad a poukazují na postupné změny v přístupu problematiku lidí s kombinovaným postižením (Vančová, 2001).

Dřívější přístupy se při definování problematiky kombinovaných vad soustřeďovaly na popis poškození, postižení a popis negativních projevů. Dnešní pohled na definování problematiky je orientován interakčně, zaměřuje se na projevy jednotlivce, na jeho život ve společnosti (Vančová, 2001).

### **3.4.2. Etiologie kombinovaného postižení**

Příčiny vzniku kombinovaných vad jsou díky různorodosti skupiny velmi rozsáhlé. Často dochází ke kombinování příčin kombinovaného postižení, někdy není možné zjistit mechanismus vzniku postižení. Příčiny mohou na člověka působit v nejrůznějších stádiích jeho vývoje a způsobují více či méně závažné kombinace postižení a poruch s různými projevy a příznaky. Nejzávažnější postižení vznikají působením negativních vlivů během nitroděložního života plodu.

Mezi příčiny vzniku kombinovaných vad patří:

- změny v prenatálním vývoji,
- genetické faktory a chromozomální aberace,
- infekce a intoxikace,
- vývojové poruchy, postižení mozku a CNS (centrální nervová soustava),
- metabolické poruchy a poruchy výživy,
- mechanická postižení,
- vlivy sociálního a materiálního prostředí,
- psychické faktory a traumata (Ludíková, 2005).

Předpokladem ke vzniku kombinovaných vad jsou i některé lékařské diagnózy jako dětská mozková obrna, fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom a další (Ludíková, 2005; Vančová, 2001).

Velmi často je vznik kombinovaného postižení spojen s postižením CNS. Proto je mentální retardace nečastěji se objevujícím postižením v rámci kombinovaného postižení. Dále je častou součástí kombinovaného postižení tělesné postižení, dětská mozková obrna, epilepsie, smyslové vady a poruchy komunikace.

Díky široké škále etiologických faktorů a různorodosti projevů u osob s kombinovaným postižením nacházíme i různou míru socializace jedince. Proto je cílem péče o klienty s kombinovaným postižením i jejich co možná největší socializace (Ludíková, 2005).

### **3.4.3. Kategorizace kombinovaného postižení**

Usilování o rozdělení kombinovaných vad je značně ovlivněné nejednotností v chápání kombinovaného postižení a snaha o jeho kategorizaci je v podstatě jen teoretickým cílem. Kombinovaná postižení jsou díky své různorodosti a měnícímu se charakteru vždy jedinečná a specifická. Proto i začlenění osob s kombinovaným postižením, edukační přístupy, podpora a služby budou vyjadřovat značné individuální rozdíly a nutnost individuálního přístupu.

Sovák (1986, in Vančová, 2001, s. 16) kategorizuje kombinované defekty podle druhu na:

- slepohluchoněmí,
- slabomyslní slepí,
- slabomyslní hluchoněmí,
- slabomyslní tělesně postižení (a podobně).

Sovák také upozorňuje na skutečnost, že některé vady jsou vysloveně kombinovatelné (vlivem vzájemných dispozic), např. hluchota a slabomyslnost, vada zraku a sluchu, tělesná vada s vadou duševní (Vančová, 2001).

Jak udává Vančová, Jesenský (in Mertin, 1995) vypracoval rozdělení kombinovaných postižení (z pohledu všech postižení) vycházející z principu dominantního postižení:

- Slepohluchoněmota s lehčím smyslovým postižením.
- Mentální postižení s tělesným postižením.
- Mentální postižení se sluchovým postižením.
- Mentální postižení s chorobou.
- Mentální postižení se zrakovým postižením.

- Mentální postižení s těžkou vychovatelností.
- Smyslové a tělesné postižení.
- Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.

Výše uvedené příklady rozdělení kombinovaného postižení byly ovlivněny tehdejšími poznatky a stavem speciálně pedagogické teorie a praxe. V současnosti se příkládá význam modernějším přístupům, reagujícím na aktuální trendy v psychologii, patopsychologii, pedagogice a speciální pedagogice. Je patrná snaha o interdisciplinární chápání dané problematiky (Vančová, 2001).

Vašek (1996 in Vančová, 2001) s odkazem na zahraniční autory poukazuje na to, že se kombinované postižení při velké simplifikaci můžou rozdělit do třech skupin:

- Mentální postižení s dalším(i) postižením(i) - představující nejpočetnější skupinu kombinovaných vad.
- Slepohluchota.
- Poruchy komunikace v kombinaci s dalším(i) postižením(i).

Je otázkou, zda přistupovat ke kategorizaci kombinovaných vad z hlediska jejich příčiny, z hlediska časového faktoru, z hlediska míry (stupně) závažnosti jednotlivých postižení či z hlediska symptomů. (Vančová, 2001)

Podle názoru Vančové (1999 in Vančová, 2001, s.19) „je potřebné přiklonit se k takovému způsobu kategorizace, který bude vycházet (přestože jde o kategorizaci v rámci speciální pedagogiky) z projevů kombinovaných postižení a jejich důsledků na proces rozvíjení osobnosti a socializace prostřednictvím výchovné rehabilitace a z hlediska míry a struktury speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb u nositelů těchto potřeb“.

Významným faktorem je zajištění komplexních služeb pro tyto osoby po celou dobu jejich života s otevřeným systémem, kdy jsou nabízeny služby na jedné straně a aktivní zapojení klientů těchto služeb na straně druhé (Ludíková, 2005).



Důležitou součástí péče o osoby s kombinovaným postižením je i odpovídající legislativa, odborná péče, poradenské služby, dostatek příležitostí pro vzdělávání, přípravu na povolání a pracovních míst. Součástí jsou i zájmové a profesní činnosti s cílem zabránit sociální izolaci osob (Ludíková, 2005).

## **4 Komplexní rehabilitace osob s kombinovaným postižením**

V rámci celostního - holistického přístupu je nutné pohlížet na člověka jako na bytost obsahující dimenzi biologickou (tělesnou), psychickou (lidské prožívání), sociální a spirituální (duchovní, vědomí). Pokud dojde k opomenutí jedné z dimenzí lidské existence, dochází k zjednodušení v přístupu k člověku. Podpora osob s kombinovaným postižením je postavena na spojení péče v oblastech medicínských, edukačních a sociálních. Cílem této péče je maximální rozvoj potenciálu každého člověka a dosažení co největší možné úrovně soběstačnosti a nezávislosti v každodenním životě za podpory ucelené rehabilitace s nabídkou celého spektra terapií (Opatřilová, Zámečnicková, 2008; Janovský, 2004).

Rehabilitace osob s kombinovaným postižením je v současné době chápána jako interdisciplinární obor zahrnující péči zdravotnickou, sociálně právní, pedagogicko psychologickou a pracovní, při které je očekávaná týmová spolupráce různých odborníků. Do týmu patří odborní lékaři (neurolog, ortoped, praktický lékař, rehabilitační lékař), fyzioterapeuty, ergoterapeuty, speciální pedagogové, sociální pracovníci, právníci, protetici a jiní odborníci. Tato spolupráce všech odborníků vyžaduje dokonalou komunikaci mezi nimi, snižující možnost kompetenčních sporů a zajišťující maximální osobní odpovědnost každého z odborníků (Bendová, 2005; Janovský, 2004).

V dnešním moderním pojetí rehabilitace se mění i terminologie tohoto pojmu. Dnes se setkáváme s pojmem komprehensivní, ucelená či komplexní rehabilitace. Komplexní rehabilitaci osob s kombinovaným postižením můžeme rozdělit na složku léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou, nedílnou součástí je také podpora ekonomická, psychologická, právní a podpora technická. Smyslem a cílem komplexní rehabilitace je co možná nejúplnější začlenění lidí se zdravotním postižením do aktivního života. Ucelená rehabilitace však v Evropě není doménou posledních let. Objevila se již mnohem dříve. Např. francouzský lékař prof. Tardieu při své metodice zdůrazňoval pedagogicko - psychologické přístupy a využívání technických a kompenzačních pomůcek. U nás je nutné v této souvislosti upozornit na prof. Jedličku. (Bendová, 2005; Jankovský, 2006).

## **4.1 Léčebná složka ucelené rehabilitace**

Léčebné prostředky rehabilitace navazují na léčbu osob s postižení, přispívají ke stabilizaci zdravotního stavu, k obnovení funkcí organismu, pomocí léčebných metod napomáhají k tvorbě nových schopností. Využívají také prostředků psychologických, z části i pedagogických. Řadíme zde operační léčbu, léčbu pomocí (farmakoterapii), fyzioterapii (léčebný tělocvik, vodoléčba, magnetoterapie a další) a ergoterapie, zooterapii a další specifické terapie (Bendová, 2005; Jankovský, 2006).

Léčebná rehabilitace se prolíná se samotnou léčbou a proto mezi nimi nelze určit přesné hranice. Léčebná rehabilitace je převážně medicínskou doménou a její součástí i arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie a jiné, jakožto interdisciplinární (Jankovský, 2006).

### **4.1.1 Fyzikální terapie**

Mezi metody fyzikální terapie řadíme různé druhy masáží (např. klasická, reflexní, sportovní, rekondiční a jiné), elektroléčbu, magnetoterapii, léčbu ultrazvukem, světlem (infracherveným, ultrafialovým). Významná je léčba teplem (termoterapie) a to zejména vodoléčba, využívající rehabilitační bazén, perličkovou a vířivou lázeň. Specifickou kapitolou je využívání laserové záření. Opomenout nelze balneoterapii (léčbu přírodními léčivými prostředky), (Jankovský, 2006).

### **4.1.2 Ergoterapie ( pracovní terapie)**

Ergoterapie je zdravotnická disciplína nabízející aktivní pomoc lidem různého věku, s fyzickým, psychickým či intelektovým postižením. Jako léčebná metoda používá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy pomáhající obnovit postižené funkce (Müller, 2005).

Ergoterapie je významnou součástí komplexní rehabilitace, je chápána jako léčba určitou činností. Pojem pochází z řečtiny ergon- práce, therapia- léčba.

Cílem ergoterapie zlepšení jemné a hrubé motoriky, pohybové a vizuomotorické koordinace a zlepšení komunikace, což jedinci pomáhá dosáhnout maximální samostatnosti a zapojení člověka do společnosti. Lidé se pomocí ergoterapie učí každodenním činnostem nutným k nezávislosti a zapojení do života. (Bendová, 2005).

Ergoterapie jako terapie pracovní směřuje ke konkrétnímu výrobku, nebo výsledku práce. Nelze ji zaměňovat s pracovní rehabilitací, která je souborem opatření směřující k adekvátnímu pracovnímu zařazení člověka. V léčebné ergoterapie jde o ergoterapii - léčbu prací, kterou indikuje lékař. Ergoterapie je velmi efektivní léčebná činnost, určená osobám s různými zdravotními postiženími. Každý člověk s nemocí má vypracován individuální léčebný program s respektováním zdravotního stavu člověka, s ohledem na typ a stupeň postižení (Müller, 2005; Janovský, 2006).

D. Kubínková a A. Křížová (1997 in Jankovský, 2006) dělí ergoterapie na hlavní oblasti, které se navzájem prolínají a doplňují:

- Ergoterapii kondiční - usilující především o psychickou rovnováhu člověka.
- Ergoterapii cílenou na postiženou oblast - vykonávaná práce obsahuje přesné, cílené a dávkované pohyby.
- Ergoterapie zaměřená na pracovní začleňování - práce je pro člověka často smyslem života a možností kontaktu s okolím, proto v rámci ergodiagnostiky sledujeme pracovní začlenění člověka.
- Ergoterapie zaměřená na výchovu k samostatnosti - zaměřuje se na zvládnutí každodenních činností člověka (Jankovský, 2006).

#### **Cíle léčebné ergoterapie**

- Dosáhnou maximální samostatnosti v denních aktivitách.
- Zabránit vzniku handicapu u osob s postižením a osob znevýhodněných.
- Pomáhat zachovat si kvalitu života při trvalém postižení (Müller, 2005).

### **Ergoterapie může být poskytována:**

- V ambulantních nebo lůžkových zařízeních, převážně na klinikách léčebné rehabilitace.
- V rehabilitačních centrech a ústavech.
- V lázeňských zařízeních.
- V léčebnách pro dlouhodobě nemocné.
- V psychiatrických zařízeních.
- V geriatrických zařízeních
- V denních nebo pobytových stacionářích pro dospělé.
- V rámci programu Home care (Müller, 2005).

Významnou součástí ergoterapie v rámci léčebných rehabilitačních prostředků zaujímá hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek, jejich indikace a nácvik používání, zejména při nácviku soběstačnosti. Je nutné zde zařadit i přizpůsobení, životního prostředí, zařízení bytu, odstranění architektonických bariér. Velký rozvoj těchto činností je zaznamenán v souvislosti s činností rehabilitačních center, kde pracuje tým odborníků zabezpečující komplexní rehabilitaci (Jankovský, 2006).

„Ergoterapie má nejenom léčebný efekt, ale také resocializační, v důsledku čehož úzce souvisí nejenom s pracovní rehabilitací (začlenění do práce), ale také s rehabilitací sociální“ (Jankovský, 2006, s.24) .

### **4.1.3 Léčebná tělesná výchova ( LTV)**

Hlavní metodou léčebné tělesné výchovy je fyzioterapie, zabývající se pohybovým ústrojím. Základní formou je tělesné cvičení. Léčebná tělesná výchova bývá poskytována individuálně nebo skupinově. Velký význam má u lidí s tělesným postižením, zejména u dětí s dětskou mozkovou obrnou a hlavním cílem je ovlivnění posturálního chování (terapie posturálních schopností). Jde především o reflexní motoriku využívající reflexů, které vyvolají stah ochrnutých svalů nebo stah

podporující, tedy facilitují. Vedle facilitace se reflexní metody také používají k inhibici, tedy snížení nevhodného svalového napětí. Velmi využívanou a efektivní metodou k snížení nežádoucího svalového napětí je Vojtova metoda reflexní lokomoce (Jankovský, 2005).

**Vojtova metoda reflexní lokomoce** využívá dvou základních pohybových prvků- reflexního plazení a reflexního otáčení. Během terapie dochází k aktivizaci CNS, vycházející z vrozeného programu CNS, který bývá, převážně u dětí s DMO, blokován. Správným a systematickým prováděním modelů reflexního plazení a reflexního otáčení můžeme tyto modely v CNS „uložit“ a potlačíme tím pak patologicky změněnou hybnost (Jankovský, 2006).

Dle Velého (2000 in Zounková, 2005, s.193) „Podráždění určitého místa na periférii jak dotykem, tak postavením segmentů, tlakem, změnou teploty nebo i aktivitou svalů vyvolá i centrální odpověď, jejíž průběh závisí na časoprostorovém seskupení vstupujících signálů, neboli na vzorci aferentní signalizace“.

Významná je také **metodika manželů Bobathových**, tzv. neurovývojová terapie. Jedná se o terapeutický rehabilitační postup pro klienty s patofyziologií CNS. Je jedním z nejvyužívanějších terapeutických přístupů aplikovatelný u kojenců, starších dětí i dospělých. Manželé Bobathovi přikládají důraz na charakteristické prvky své metody, kam řadíme techniku držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum, klíčové body a „tapping“. Na klienta je nahlíženo jako na celek. Terapeut se učí jak nahlížet na problémy klienta, učí se je analyzovat a účinně řešit. Metody je používaná převážně v léčbě dětí s DMO. V léčbě jsou použity poznatky z vývoje zdravého člověka. Na tento vývoj nahlížejí manželé Bobathovi komplexně, proto jsou vývojové a percepční schopnosti nezbytnou součástí vývojového procesu. Podstatou metody je inhibice (potlačení) patologických reflexů a vybudování pohybových vzorců motoriky (Jankovský, 2006; Chmelová, 2005).

Mezi další metody léčebné tělesné výchovy řadíme **Pöteho metodiku konduktivní pohybové pedagogiky**. Jde o komplexní metodu kladoucí důraz na zaměření všech aktivit, které souvisejí s denním režimem a s cílem maximální nezávislosti člověka na okolí. Při léčbě DMO je používaná také **Kabatova metodika**, která pracuje s diagonálami. V úhlopříčných rovinách je prováděn pohyb proti maximálnímu

odporu. Metoda je známá pod názvem „**proprioceptive facilitation**“ (**PNF**). Na bázi vývojové kineziologie dle J. Čapkové pracuje **posturální terapie**. **Pfaffenrotova synergická reflexní terapie** využívá technik masáže reflexních zón, akupresury, myofaciální techniky (využití účinků přepětí a ulovnění na tkáň lidského těla), chiroterapie. Metody vychází z poznatku neurofyziologických principů reflexů (Jankovský, 2005; Brauner, 2005).

#### **4.1.4 Animoterapie ( hipoterapie, canisterapie)**

Animoterapie je označována jako terapie pomocí zvířat, nejčastěji psa (canisterapie) nebo koně (hipoterapie). Animoterapie je oblíbena převážně pro svou velkou schopnost předávat kladné emoce. K terapii lze využít všech zvířat. Často je využívána kočka, ta však nebývá vždy vstřícná. Dobře ochočitelni jsou hlodavci (myši, králíci, morčata, křečci), kteří jsou poměrně zajímaví na pozorování. K pozorování lze využít i želvy, hady, rybičky nebo jiná exotická zvířata (Dudková, 2005).

Zvíře v člověku vyvolává silné emoce. Člověk ve snaze tyto emoce vyjádřit může začít spontánně komunikovat a podělit se o ně s ostatními. Pomocí zvířete se snadněji naváže vztah s uzavřenými klienty. Klienti se dokáží radovat, vyjádřit emoce, těší se na přítomnost zvířete. Zvíře nás motivuje k mluvení. Voláme na něj, dáváme mu povely. Hlazení, krmení a drbání zvířete procvičuje jemnou motoriku (zvláště u lidí s DMO). Přítomnost zvířete podporuje fantazii, poskytuje téma k hovoru, náměty ke kreslení a výtvarné činnosti. Přátelské zvíře ovlivňuje naši psychiku, navozuje pocit klidu, uvolnění, pozitivně ovlivňuje stres a napětí. Kontakt se zvířaty uvádí klienty do reality. Díky interakci se zvířetem si člověk uvědomuje limity svého chování a zákonitosti vzájemného působení, posiluje své sebehodnocení. Nezpochybnitelná je důležitost zvířete pro podporu emocionálního a rozumového vývoje dítěte. (Dudková, 2005).

#### **Hipoterapie**

Významné místo v animoterapii zaujímá hipoterapie. Jedná se o komplexní rehabilitační metodu vycházející z neurofyziologických základů. Patří k významným

prožitkovým terapiím, k léčebným účelům využívajícím koně. Kůň není domácím mazlíčkem, a proto musí být celkový přístup a metodika podrobně rozpracovány.



Hipoterapie využívá pozitivního působení koně na tělesné, duševní i sociální zdraví člověka. Při hipoterapie se využívá jak nespecifických prvků působení (teplo koně, taktilní podněty, podpurné a obranné reakce, labyrintové reflexy a jiné), tak prvku specifických, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku, který je jedinečný a nenahraditelný. Rehabilitace pomocí koně spojuje oblast medicínskou, pedagogicko psychologickou a sportovní. (Dudková, 2005; Jankovský, 2006).

Indikaci k hipoterapie podává vždy odborný lékař (neurolog, rehabilitační lékař), odborný lékař také poskytuje hipoterapie supervizi. Vedení a provádění hipoterapie poskytuje speciálně školený fyzioterapeut. Ten má k dispozici ještě pomocníka, který klienta zabezpečuje před pádem a úrazem. Speciálně vyškolený hipolog zajišťuje přípravu koně (Jankovský, 2006).

Rytmické pohyby koně působí na tělo jako na funkční celek. Kůň pomáhá k efektivnějšímu pohybu celého těla. Svaly mající sklon ke ztuhnutí se uvolňují a dochází k posilování svalů ochablých. Jízda na koni podporuje vývoj tělesného vnímání a smyslu pro rovnováhu. Učí trpělivosti, sebeovládání a koncentraci. Při opakovaném cvičení a soustředění se na dané úkoly je podporována otevřenost klientů, zvědavost, klienti se učí se učí vytrvalosti a překonávání překážek, vytváří si předpoklady pro učení v jiných oblastech (Dudková, 2005).

Hipoterapie je terapii komplexní. Je použitelná při každém stupni a druhu postižení. Jde vlastně o fyzioterapii, psychoterapii, socioterapii. Proto má široké využití u klientů s tělesným postižením, s duševním postižením, s poruchami chování nebo u klientů drogově závislých.

Hipoterapie je indikována u řady onemocnění, zejména to je:

- Oblast ortopedická- vrozené malformace končetin, anomálie páteře hrudníku, stavy po zlomeninách končetin, amputace.
- Oblast neurologie- roztroušená mozkomíšni sklerózy, svalová atrofie dystrofie, dětská mozková obrna.
- Diagnózy z oblasti psychiatrie- psychotické stavy, depresivní stavy, neurózy, ADHD.
- Diagnózy z oblasti interny- kardiovaskulární nemoci, chronické bronchitídy a hypertenze (Popelová, 2001).

Hipoterapie bývá někdy označována jako hiporehabilitace (Dudková, 2005).

Podle toho jak s koně a klientem pracujeme, lze hipoterapie rozdělit na 3 složky

- hiporehabilitaci,
- léčebně pedagogicko-psychologické ježdění,
- sportovní a rekreační ježdění handicapovaných.

**Hiporehabilitace** - jejím nejdůležitějším aspektem je fyzioterapie. Je používána především u klientů s poruchou držení těla (skoliózy, ortopedické vady a jiné), rovnováhy, koordinace a hybnosti. Vlivem pohybu koně připomínající chůzi dochází k stimulaci jezdce. Tento pohyb má i relaxační účinky na spastické svalstvo. Pohyb koně stimuluje zádové svalstvo, vzpřímení klienta a prohlubuje dech, zlepšuje rovnováhu a koordinaci pohybů. Je však nutné dbát na správné zvolení typu koně, který má vhodný, pravidelný krok. Je důležité předejít nesprávně fixované hybnosti se ztuhnutím svalů, proto jsou prováděna pravidelná vyšetření odborným lékařem, který hipoterapie doporučil (Dudková, 2005).

**Léčebně pedagogicko-psychologické ježdění** - jde o psychoterapii a socioterapii prostřednictvím koně. Doporučuje se psychiatrickým pacientům a klientům v péči speciálního pedagoga. Kůň ovlivňuje psychické a fyzické příznaky duševního onemocnění, poruchy chování a pomáhá při výuce lidí s mentálním postižením. Terapii probíhá ve skupinách, popř. individuálně. Pedagogicko-psychologické ježdění zajišťuje odborník zabývající se danou problematikou klientů, ve spolupráci s hipologem, event. s pomocníky, kteří zabezpečují pád. Kůň je klienty pozorován, hlazen, ošetřován, sedlán, klienti na koni cvičí, jezdí, popř. soutěží. To vyžaduje maximální spolupráci a samostatnost klientů. Při metodice se terapeut řídí citem, psychickými a fyzickými předpoklady klientů (Dudková, 2005)

**Sportovní a rekreační ježdění handicapovaných** - přispívá k integraci lidí s postižením a dává možnost lidem s postižením soutěžit s lidmi intaktními, nebo sami mezi sebou. Sportovní a rekreační ježdění pro handicapované patří ke sportovním a volnočasovými aktivitám přispívajícím k seberealizaci. Je založeno na aktivním ovládnutí koně klientem. Klient se učí pomocí speciálních pomůcek a změněné techniky jezdit na koni a může se také účastnit sportovních soutěží. Jízda na koni (paradrezura) je jedna z mála soutěží, kterých se může člověk s postižením

zúčastnit. Klient začíná s hipoterapie a sportovní ježdění na ni často navazuje. Sportovní aktivity podporují fyzickou kondici a handicapovanému pomáhá vyrovnat se s postižením a zařadit se mezi intaktní populaci. (Valenta, Müller, 2009; Pipeková, Vítková, 2001; Dudková, 2005).

Hipoterapie je rehabilitační metoda a patří do rukou odborníků. Pokud není poskytována odborníky, je nebezpečná (Dudková, 2005).

## **Canisterapie**

Canisterapie je poměrně nová forma psychoterapie využívající k léčbě kontakt se psem. Metoda je využívána při snaze o zlepšení psychické pohody, komunikačních dovedností, pohybové schopnosti, citového zrání u dětí. Velmi dobré výsledky má uplatnění psů při psychoterapii dětí, dospělých, seniorů, lidí s tělesným i mentálním postižením, epileptiků a vězňů. V rámci léčebné rehabilitace má canisterapie velké uplatnění při sportu tělesně postižených (Jankovský, 2006; Pipeková, 2001)

Název canisterapie vznikl složením slov canis (pes) a terapie (léčba). Již ve starém Řecku bylo využíváno léčivých účinků psích slin, hřejivého kožichu psa a pes byl i součástí různých náboženství. Také z první poloviny 19. století se objevují informace o využívání psů v léčebnách pro duševně nemocné. K výcviku psů pro léčebné účely docházelo po první světové válce, kdy byli psi cvičeni pro válečné veterány. Od 70. let 20. století se začalo v USA využívat psů v léčebné psychologii. Od této doby docházelo k dalším výzkumům a vývoji v mnoha zemích. V roce 1990 vznikla mezinárodní asociace IAHAIO (International associatio of Human-Animal Interaction Organizations) sdružující národní organizace pracující na výzkumu a v praktické použití terapeutických programů se zvířaty (Vrbová, 2005).

Canisterapie je jednou v nejznámějších a ve světě velmi uznávaných terapii. V širším smyslu rozumíme canisterapie chování psa v domácím prostředí běžné populace. Pes se stává členem domácnosti a zároveň působí jako terapie ovlivňující interakce mezi lidmi a snižující stres. V užším pojetí se canisterapie využívá jako podpůrná alternativní terapie. Pes přispívá k navození kontaktu mezi klientem a terapeutem,

k celkovému rozvoji, k aktivaci a stimulaci klienta. Pes pomáhá k odstranění nežádoucích a negativistických projevů klienta. Je pomocníkem při edukaci i reedukaci. Vztah člověk - zvíře vytváří pozitivní emocionální a sociální napomáhající ke zlepšení zdravotního stavu (Pipeková, 2001, Vrbová, 2005).

### **Metody canisterapie**

Koncem 20. století dochází ke zvýšení požadavků na profesionalitu terapeutů a díky tomu se došlo k rozlišování na terapie za „pouhé“ účasti psa (AAA), nebo o terapii pomocí psa (AAT).

- Animal assisted Activities (AAA) - jde o aktivity vyplívající spontánně z přítomnosti psa a z požadavků klienta. Výsledek terapie lze těžko změřit, hodnotíme jej podle spokojenosti klienta, jak je klient aktivní, do jaké míry se zlepšila kvalita klientova života.
- Animal assisted Therapy (AAT) - pes je využíván pro záměrnou, plánovanou a cílenou intervenci. Ta je garantována speciálně vyškoleným profesionálem z oblasti zdravotnictví, školství nebo sociální oblasti. Pes je nezbytnou součástí terapie, která je objektivně měřitelná a prokazatelná. Součástí terapie je diagnostika a průběžné hodnocení terapie (Vrbová, 2005).

Canisterapie lze poskytovat individuálně, což je vhodné převážně pro imobilní klienty, kdy nejdůležitější částí je tzv. relaxační část. Skupinová forma canisterapie obsahuje více klientů dohromady, proto je vhodná spíše pro mobilní klienty, kdy stěžejní bývá aktivní část terapie (Vrbová, 2005).

### **Části a obsah canisterapie**

Canisterapie nemá přesné schéma, její obsah by však měl být ovlivňován a určován cíli, kterých chceme pomocí canisterapie dosáhnout. Během terapie by měly být dodržovány pedagogické a rehabilitační zásady (Vrbová, 2005).



Canisterapeutická jednotka se skládá z:

- Úvodní část - při ní je důležité navodit pocit klidu a bezpečí, dochází k seznámení a vzájemnému přivítání.
- Relaxační část - je částí prožitkovou spojenou se silným emocionálním zážitkem klienta. Bývá stěžejní pro imobilní klienty. Klienti si lehají vedle psa nebo jsou na něj polohováni. Bezprostřední kontakt a baltický vjem by měl působit na co největší obnaženou část klienta. Na klienta nespěcháme, necháme jej jednotlivé vjemy řádně prožít a v poloze se zorientovat. Usilujeme o pocit klidu, předávání energie, uvolnění, relaxace svalů u klientů se spasmy.
- Aktivní část - klienti se již aktivně zapojují dle svých možností a schopností. V této fázi klienti mohou plnit úkoly v rámci výchovně - vzdělávacího programu. Činnosti jsou zaměřeny na procvičování jemné a hrubé motoriky, rozvoj orientace, komunikace a jiných dovedností.
- Závěrečná fáze vede k uklidnění, pochválení klientů, zhodnocení canisterapie terapeutem i klientem, klienti jsou motivováni k další lekci canisterapie (Vrbová, 2005).

V léčebných zařízeních se péče canisterapie zaměřuje více na léčebné a rehabilitační cíle, canisterapie se však snaží o všestranný rozvoj klienta, a to v oblastech kognitivních, somatických, psychických i sociálních. Proto je tato metoda používána v nejrůznějších zařízeních (Vrbová, 2005)

„Tak, jak patří k člověku koně, patří k němu i psi“ (Podrápská, 2001, s.155).

„Canisterapie jako součást hipoterapie“ je projekt vzniklý v Občanském sdružení „Piafa“ na Vyškovsku. Díky náhodě bylo zjištěno, že pes může být výraznou spojnicí mezi klientem a koněm, kamarádem, který pomáhá klientům překonat strach z koní a doplňujícím článkem hipoterapie. Hipoterapeuté jsou často i zkušenými kynology, a to ulehčuje výběr a přípravu vhodných psů a dalších spolupracovníků (Podrápská, 2001).

Takováto canisterapie může probíhat v několika formách:

- **Mazlení a hlazení** - zpříjemňuje přivítání klienta na terapii, kontakt klienta se psem snižuje počáteční napětí a strach, klient se rychleji uvolní. Po

ukončení hipoterapeutické části pomáhá mazlení a ležení se psem dokončení celé terapie a zklidnění klienta. Po fyzioterapii na koni je kontakt se psem účinným doplněním terapie o rozvoj jemné motoriky (především u klientů s mentálním postižením).

- **Agility** - je formou cílené hry se psem. Využívá se řady pomůcek, komunikace mezi psem a klientem a jejich souhra při všech činnostech. To snižuje zvýšenou aktivitu a agresivitu nebo naopak napomáhá samostatnosti klientů.
- V zimních obdobích často nelze hipoterapii provádět z důvodů špatných klimatických podmínek. Pes zde udržuje kontakt mezi lidmi a terapeuty. V jarních měsících pomáhá opět navázat spolupráci při (Podrápská, 2001).

Pes se stává nezbytným pomocníkem v mnoha dalších oblastech. Je přítelem-terapeutem při každodenních činnostech, významně ovlivňující citový a rozumový vývoj člověka (Podrápská, 2001).

#### **4.1.5 Specifické terapie léčebné rehabilitace**

Existuje řada terapií, které řadíme mezi léčebné postupy patřící do léčebné rehabilitace, ale zároveň také zasahujících do dalších mezioborových disciplín jako je pedagogika, psychologie a umění. Specifické druhy terapií tak mohou být zařazeny do terapie léčebné, pracovní, pedagogicko psychologické i sociální (Jankovský, 2006).

**Arteterapii** řadíme k léčbě pomocí výtvarných prostředků (kresby, malby, práce s různými materiály). Pro klienty s DMO je významná práce s keramikou, která uvolňuje elasticitu a trénuje jemnou motoriku. Dále lze využívat kov, dřevo, kámen, a jiné. Při léčebné atreterapii dochází k procvičování jemné motoriky, grafomotoriky, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce. Tyto činnosti mají také výrazný psychologický efekt (emoční ladění, estetické vnímání, sebereflexe a jiné). Atreterapie má, zejména u lidí s tělesným postižením, vedle rehabilitačního, diagnostického a prožitkového efekt. Lidé s postižením prožívají pocit vlastního úspěchu.

Což blízce souvisí s artefietikou, kdy nejde o léčbu, ale spíše o výtvarný prožitek (Jankovský, 2006).

**V rámci muzikoterapie** (léčby pomocí hudby), dochází k léčebnému účinku pomocí hudby a zpěvu. Využíváme verbálních i neverbálních prostředků, pracujeme s hudbou, rytmem, zvuky a tóny a také se zpěvem. Zpěv a dechové aktivity ovlivňují tělesnou a psychickou pohodu, mají relaxační, ale i stimulační účinky. Hudba je prostředkem komunikace a vyjadřování (Jankovský, 2006).

### **Léčba pomocí chirurgických zákroků**

V rámci léčebných rehabilitačních postupů někdy přistupují lékaři odborníci při řešení tělesných postižení k chirurgickým zákrokům (Jankovský, 2006). Kotagal (1996, in Jankovský, 2006) zmiňuje prodlužování a transplantace šlach a snížení spasticity zákroky na periferních motorických nervech. V ortopedické oblasti se přistupuje k prodlužování Achillovy šlachy a šlach ohýbajících koleny v případech, kdy kontraktury výrazně zhoršují chůzi. Dále se provádění zákroky na svalstvu v oblasti stehen a kyčlí, které mají zabránit dislokaci (vychýlení, posunutí) kyčelního kloubu. Skoliózy páteře lékaři řeší pomocí fixace zad v korzetu, výjimečně chirurgickou úpravou. Chirurgickým zákrokem bývá často řešeno i (strabismus), (Jankovský 2006).

Velký význam pro lokomoci a manipulaci má tzv. rehabilitační inženýring-technické, tedy kompenzační pomůcky jako jsou ložítka, kárky, chodítka, ortézy, podavače, upravené přístroje a další (Jankovský, 2006).

Významnou doplňkovou nebo symptomatickou léčbou je farmakologie, kdy se podle potřeby používají nootropika, myorelaxantia, antiepileptika, sedativa a vitamíny. U spastických forem tělesného postižení (převážně DMO) lze v určitých časových intervalech aplikovat botulotoxin A, usnadňující růst svalů a posturální vývoj dítěte. Důležitá je také úprava životosprávy. V rámci funkčních poruch pohybového ústrojí se uplatňuje manipulační léčba, tzv. myoskeletární medicína a manipulační léčba (manipulační terapie), (Jankovský, 2006).



## 4.2 Psychologická složka ucelené rehabilitace

Psychologická složka ucelené rehabilitace zaštiťuje psychologickou rehabilitaci napomáhající zvládnout psychickou zátěž zdravotního postižení. Pomáhá zvládnout psychickou krizi spojenou se změnou zdravotního stavu, sebehodnocením a celkovou životní orientaci člověka. Řadíme zde nejen psychoterapii individuální a skupinovou, ale patří zde i muzikoterapie (terapie pomocí hudebního umění), dramaterapie (léčbě využívá dramatických a divadelních disciplín), arteterapie (v užším pojetí k pomoci výtvarných prostředků), canisterapie hipoterapie (Bendová,2005).

Problematika zdravotního postižení s sebou přináší i psychologické souvislosti. Člověk s viditelnou vadou, postižením nebo znevýhodněním se liší od většinové společnosti a tato odlišnost je spojena s řadou specifických problémů. Okolní společnost reaguje na přítomnost člověka s postižením různými způsoby. Objevuje se strach, nejistota až odpor s lidmi s postižením komunikovat. Řada intaktní populace neví, jak s člověkem s postižením komunikovat. Výrazná odlišnost přitahuje pozornost okolí. Čím nápadnější a zřetelnější je u člověka postižení, tím více lidí se za člověkem otočí a pozoruje jej. Blažek (1988 in Slowík, 2007) v této souvislosti používá termínu „fascinace monstrem“. Ve společnosti se stále objevuje ambivalentní postoj k lidem s postižením, vyjadřující současné přijetí i odmítání člověka s postižením (Jankovský, 2006, Slowík, 2007).

Člověk s postižením se musí vyrovnat nejen s postoji okolí, ale hlavně se musí naučit s postižením žít a přijmout jej. Speciální pedagogika se zaměřuje na přijetí postižení klientem a jeho zapojení do společnosti. Pomoci lidem přijmout své zdravotní omezení a zapojit se do intaktní společnost pomáhají terapeutické přístupy (Müller, 2005).

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (například v prožívání, chování, fyzickém výkonu“ (Valenta, Müller, 2009, s.125).

Za jeden z hlavních zdrojů specialně-pedagogických terapií považujeme psychoterapii. Psychoterapii můžeme definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků s cílem pomoci lidem změnit jejich chování, prožívání, myšlení, emoce a osobnostní struktury individuálně i společensky. Obdobně lze charakterizovat speciálněpedagogické terapie (Müller, 2005).

Speciálněpedagogické terapie lze rozdělit na:

- terapie hrou,
- činnostní a pracovní terapie,
- psychomotorické terapie,
- expresivní terapie (arteterapie),
- terapie za účasti zvířete (zooterapie a animoterapie), (Valenta, Müller, 2009)

#### **4.2.1 Terapie hrou**

Terapii hrou můžeme definovat jako odborné, záměrné a cílevědomé použití prvků hry s účelem pomoci lidem změnit jejich chování, jednání, prožívání, myšlení, emoce či osobnostní struktury společenský a individuálně přijatelným směrem. Hra je jednou ze základních forem lidské aktivity a řadíme ji k nejvýznamnějším formativním prostředkům ve vývoji člověka. Díky hře poznáváme od dětství okolní svět, formujeme a integrujeme své psychické funkce. V terapii je hra významným nástrojem navázání komunikace s klientem a utváření vztahu mezi terapeutem a klientem (Müller, 2005).

V širším slova smyslu se v herní terapii jedná o diagnostické, terapeutické a preventivní využití hry formou dramatických, pohybových, výtvarných, hudebních, projektivních a jiných her, které jsou využívány ve speciální pedagogice, klinické psychologii, psychiatrii a jiných oborech. V užším pojetí terapie hry jde o terapeutické a diagnostické využití hry v klinické psychologii. Herní terapie je využívána především u dětí s postižením, léčených ambulantně nebo hospitalizovaných v nemocnicích. V rámci péče o nemocné děti v nemocnicích a v souvislosti s uplatňováním principu „Family Centred Care“ vznikla role herního specialisty (Valenta, Müller, 2009).

**Herní specialista** pomáhá prostřednictvím hry dětem porozumět důvodům hospitalizace, objasňuje diagnostické a léčebné lékařské výkony a tím pomáhá k odstranění strachu z neznámého. Herní specialista zaplnil pomyslnou mezeru v komplexně rehabilitační spolupráci zdravotnického týmu s rodinou. Herní specialista svým působením zajišťuje užší spolupráci mezi zdravotníky, dítětem, rodinou, pedagogy a popřípadě kmenovou školou (Müller, Valenta, 2009; Pipeková, Vítková, 2001).

#### **4.2.2 Činnostní a pracovní terapie**

V souvislosti s činnostní a pracovní terapií se vzájemně prolínají dva terapeutické přístupy. Činnostní a pracovní terapii lze popsat jako “odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím (například manipulací s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní struktury společenský i individuálně přijatelným směrem“ (Müller, 2005, s.26- 27).

Rozdíly mezi pracovní a činnostní terapií jsou minimální. Pracovní terapie (ergoterapie) vede k určitému výrobku, určitému výsledku práce. Je však důležité si ergoterapii neplést s pracovní rehabilitací, která má za cíl pracovní uplatnění lidí s postižením. Pracovní a činnostní terapie se u mládeže a dospělých klientů zaměřuje na rukodělné činnosti (práci se dřevem, přírodními materiály, textilem a jinými) a nácvik praktických činností pro život. U osob s mentálním postižením je vhodné počítat se sníženou motivací k činnostem, se snížením psychomotorického výkonu a s nedostatky vyplývající ze sociokulturního vývoje (Valenta, Müller, 2009).

##### **Úloha činnostní a pracovní terapie spočívá v :**

- pomoci rodině,
- rehabilitaci narušených funkcí,
- podpoře samostatnosti,
- stimulaci (vnímání, myšlení, řeči, sociálního vývoje),
- úpravě poruch komunikace a poruch chování (Pipeková, Vítková, 2001).

V činnostní terapii se projevují všechny vážnější problémy člověka, které se odrážejí v jeho praktické činnosti. Terapeut má možnost klienta při práci pozorovat, sleduje

praktické problémy v běžných nebo modelových situacích a nemusí tak spoléhat jen na to, co klient ví nebo co terapeutovi řekne. Terapeut sleduje jak klient reaguje v různých situacích, jak komunikuje s ostatními lidmi a díky tomu po té může klientovi pomoci nacházet vhodná řešení situace, získávat zkušenosti a informace. Klient se pomocí zaměstnání odpoutává od toho, co jej trápí, zlepšuje komunikaci. Terapie pomáhá klientovi k psychickému a fyzickému uvolnění (Pipeková, Vítková, 2001).

„Ergoterapie je založena na předpokladu, že smysluplná činnost (zaměstnání) zahrnující interpersonální vazby a vztahy s prostředím, může být použita k prevenci a ovlivňování dysfunkce a k dosažení maximální adaptace“ (Hopkána, 1979 in Dočekal, 2005).

Mezi cíle ergoterapie patří:

- Dosáhnoutí maximální funkčnosti při denních aktivitách, v pracovních činnostech a v aktivitách volného času.
- Podpora aktivního přístupu osob při zachování kvality života.
- Zabránit vzniku handicapu u lidí se znevýhodněním.
- Pomáhat osobám se znevýhodněním, chronickým onemocněním či trvalým zdravotním postižením kvality života.
- Přispívat k integraci osob se zdravotním znevýhodněním při integraci, v rámci předpracovní rehabilitace spolupracovat se zaměstnavateli při vytváření pracovních příležitostí.
- Komunikovat s odbornou i laickou veřejností.
- Rozvíjet vědecko-výzkumné a publikační činnosti (Dočekal, 2005).

### **4.2.3 Psychomotorická terapie**

Psychomotorickou terapií můžeme nazývat širokou škálu činností, která přesahuje do ostatních terapeutických aktivit. Psychomotorickou terapii lze charakterizovat ovlivňováním duševních funkcí a osobnosti člověka pomocí jeho tělesné aktivity (tím se liší od fyzioterapie, která svým působením ovlivňuje somatické funkce).

Psychomotorickou terapii lze tedy označit jako aplikaci tělesného pohybu za účelem pomoci lidem změnit jejich myšlení, chování, emoce a osobnostní předpoklady společenský a individuálně přijatelným způsobem (Valenta, Müller, 2009).

Psychomotoriku lze obecně označit za „výchovu pohybem“. Psychomotoriku může být popsána jako jednota tělesných a duševních procesů, ve smyslu tělesné a duševní jednoty a nedělitelnosti (Pipeková, Vítková, 2001).

Mezi metody a techniky obecně využitelné při psychomotorice patří pantomima, tanec, pohybové hry, relaxace, improvizace s pohybem. Psychomotorický přístup s orientací na tělo a pohyb nacházíme i v jiných terapeutických metodách:

- **Senzorická integrační teorie** - představuje proces, který neustále probíhá v mozku, jde o spojení, strukturaci a uspořádání smyslového vnímání, které vnímáme smyslovými orgány a receptory tak, abychom je mohli využít. Cílem senzorické reakce je taková reakce těla, která bude vytvářet smysluplné vnímání, pocity a myšlenky (Avers, 1992 in Pipeková, Vítková, 2001).
- **Metoda bazální stimulace** - tuto metodu vyvinul Föhlich pro těžce postižení děti, podle kterého lze bazální stimulací kompenzovat nedostatek vlastních zkušeností, vlastního pohybu a vypořádat se s okolím. Pomocí bazální stimulace můžeme klientovi zprostředkovat kontakt s okolím, zkušenosti a vjemy. Pomocí stimulace těla jej uvádíme do reality (Valenta, Müller, 2009; Pipeková, Vítková, 2001).
- **Metoda cvičení smyslů podle Montessoriové** - podle Montessoriové jsou první roky dítěte zvláště významné pro jeho duševní a tělesný vývoj. Montessoriová předpokládala, že v prvních letech života se dítě velmi rychle vyvíjí, dochází ke zjemnění pohybů, rozvoji smyslového vnímání, k rozvoji představ o čase a prostoru, k rozvoji hmatu, což je třeba využít (Pipeková, Vítková, 2001).

U osob s mentálním postižením musí být psychomotorická terapie vedena s ohledem na zvláštnosti psychomotoriky u lidí s mentálním postižením. Ta se může již od raného věku projevovat opožděným vývojem v držení hlavy, ve vizuomotorice, v uchopování předmětů, ve schopnosti sedět, stát, chodit, v poškození kognitivních funkcí, působení emocí, vůle a osobnostních vlastností. U těžkých a kombinovaných vad je toto opoždění přímo úměrné poškození CSN (Valenta, Müller, 2009).

#### 4.2.4 Dramaterapie

Drama terapii lze považovat za terapeuticko-formativně zaměřenou disciplínu, v které převažují skupinové aktivity využívající v rámci skupinové dynamiky divadelních a dramatických prostředků pro symptomatickou úlevu, zmírnění důsledků psychických poruch i pro zmírnění sociálních problémů a pro dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti (Valenta, Müller, 2009).

The British Association for Dramatherapists (1979) definuje dramaterapii: „Dramaterapie pomáhá porozumět a zmírnit sociální a psychické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace“.

Podobně lze popsat i teatroterapii. Rozdílem mezi arteterapie a teatroterapii je, že v teatroterapii je kladen důraz na výsledný produkt, na výsledný divadelní tvar, na vlastní divadelní představení před publikem (Valenta, Müller, 2009).

Ve světě jsou dva přístupy k systémovému pojetí dramaterapie:

- Drama as Therapy - pojímající dramaterapie jako psychoterapeutický postup.
- Drama in Therapy - využívající dramaterapeutických postupů ve „velkých“ psychoterapeutických školách (Müller, 2005).

Dramaterapii, jako terapeuticko-formativní disciplínu, můžeme zařadit do skupiny expresivních terapií a tedy i do arteterapie v širším pojetí, kam řadíme vlastní atreterapii, muzikoterapii, taneční a pohybové terapie, biblio a poetoterapie (Valenta, Müller, 2009).

Dramaterapie využívá znaků, metafor, stylizace a kreativity, pracuje s divadelními prvky včetně fikce a primárního hraní jiných postav (Pipeková, 2001).

Cíle dramaterapie bývají různorodé, podle klientů, na které se zaměřuje. U starých lidí se dramaterapie zaměřuje na rozvoj a podporu paměti, u lidí s poruchou artistického spektra se během dramaterapie zaměřujeme na změnu jejich chování.

Majzlerová (1999 in Valenta, Müller, 2009) řadí k hlavním cílům dramaterapie snížení napětí, rozvoj empatie, fantazie a kreativity, zprůchodnění komunikačního kanálu, integraci osobnosti, rozvoj sebedůvěry, tvorbu pocitu zodpovědnosti. V reálném životě potřebujeme rozumět nejen sami sobě, ale také lidem kolem nás a pomocí dramaterapie nám pomáhá zlepšit naši interakci, vztahy a sociální struktury (Pipeková, 2001).

Základním prostředkem dramaterapie je **improvizace**. Je to proto, že improvizovaná hra lépe odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty, volné asociace, umožňuje projevit aktuální stav a cítění, rozvíjí spontaneitu, umožňuje experimentování s rolemi, učí schopnosti okamžité reakce a zapojení se do spolupráce, během improvizace máme blíže ke skutečnému životu (Valenta, Müller, 2009).

Dramaterapie může být provozována ambulantně, v rámci hospitalizací ve zdravotnickém zařízení a dramaterapie v denních stacionářích a sanatoriích.

**Ambulantní formu dramaterapie** poskytují občanská sdružení, privátní praxe, neziskové organizace, speciální školy, denní centra či instituce speciální výchovy. Dramaterapie je zde nosným terapeuticko-formativním přístupem, kdy mladí lidé s zdravotním postižením dochází na pravidelné dramaterapeutické lekce.

**Při klinické intervenci** dramaterapie probíhá jako doplňková terapie v léčebnách, psychiatrických odděleních a na klinikách, kde je jakákoliv aktivita u klientů s duševním onemocněním braná za důležitou.

V denních stacionářích a sanatoriích je poskytování dramaterapeutických lekcí bráno jako jedna ze stěžejních skupinových psychoterapeutických aktivit pro klienty (Valenta, Müller, 2009).

#### **4.2.5 Muzikoterapie**

Muzikoterapii můžeme definovat jako aplikaci hudebního umění, které má pomoci změnit jejich chování, myšlení, emoce a osobnostní společenský a individuálně přijatelným způsobem. Muzikoterapii řadíme mezi expresivní terapie. Při svém působení na člověka využívá základních hudebních prvků (hudební melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu), (Valenta, Müller, 2009; Müller, 2005).

Hudba působí bezprostředně a intenzivně na psychiku člověka. Hudební vývoj u člověka začíná jeho narozením, akustická komunikace mezi matkou a dítětem vytváří jejich emocionální spojení, což je důležité pro pozdější vývoj lidské řeči. Řeč zprostředkovává slovní informace a hudba informace emocionální. Hudba ovlivňuje naše emoce, navazuje kontakty mezi lidmi, snižuje strach (Pipeková, Vítková, 2001). Muzikoterapie má svou složku receptivní (vnímání hudby) a aktivní (vyvíjení hudební aktivity). Aktivní složka se soustřeďuje na vokální a instrumentální projev, na projev řečový, pohybový, dramatický či výtvarný. Mezi prostředky aktivní muzikoterapie patří lidské tělo, hlas a hudební nástroj. Receptivní muzikoterapie se zaměřuje na poslech živě hrané nebo reprodukované hudby, což přispívá k budování vztahů, uvolnění emocí, rozšíření vnímavosti (Valenta, Müller, 2009, Müller, 2005).

Muzikoterapie má formu

- **Individuální** - je založena na interakčním vztahu mezi terapeutem a klientem, probíhá prostřednictvím samostatných sezení s klientem, ale také v rámci skupinového sezení. Je vhodná zejména pro klienty s poruchou artistického spektra a klienty s těžkým psychotickým onemocněním.
- **Skupinovou** - využívající skupinovou dynamiku (souhrn skupinového dění a skupinových interakcí). Skupina může být otevřená nebo fixní, malá nebo velká. Skupinová terapie dává jedincům možnost, něco získat jeden od druhého. Jde-li o krátkodobé orientované na symptomatickou terapii, je dobré sestavit homogenní skupinu z klientů s podobnými problémy. U dlouhodobých skupin, zaměřujících se na komplexní rozvoj osobnosti je vhodná skupina heterogenní, aby poskytovala dostatek vzorů pro sociální učení a chování.
- Smysluplná je i **muzikoterapie s rodinou** - zejména u člena s mentálním postižením, s artistickými sklony a při mladické psychóze člena rodiny (Pipeková, Vítková, 2001, Müller, 2005).

U jedinců s mentální retardací je vhodnou formou aktivní skupinová muzikoterapie, která přispívá k úpravě prožívání, k úpravě komunikace, mezilidských vztahů. Během cílené terapeutické činnosti a příjemné atmosféry se klienti zbavují strachu z neúspěchu a prožívají kladné prožitky. Aktivní muzikoterapie je zejména vhodná u klientů s lehkým a středně těžkým stupněm mentálního postižení.



Naopak receptivní forma muzikoterapie je vhodná pro osoby s těžkým stupněm mentálního postižení, zejména podpůrná metoda sneozelen (Valenta, Müller, 2009). Vliv hudby je jistě nesporný, hudba působí na všechny. U lidí se zdravotním postižením je hudba zdrojem radosti, stimul života, podporuje seberealizaci, citový vývoj, rozvoj kladných mezilidských vztahů, klienti pomocí hudby dosahují vnitřní relaxace. Hudba pomáhá rozvíjet estetické znalosti, motorické a řečové schopnosti, zlepšuje sociální vazby a kultivuje osobnost člověka (Pipeková, Vítková, 2001).

#### **4.2.6 Arteterapie (v užším slova smyslu)**

Arteterapie je ve speciální pedagogice nejvíce využívanou expresivní terapii. Arteterapie má pro jedince s kombinovaným postižením důležitý psychorehabilitační a stimulační efekt, pomáhá najít vlastní psychické možnosti, postoje a postavení. V arteterapii se maximálně a přitom bezpečně využívá lidské exprese (výrazu). Arteterapii v užším slova smyslu tedy můžeme popsat jako pomoc lidem změnit jejich emoce, chování, prožívání a osobnostní předpoklady pomocí aplikace prostředků výtvarné výchovy. Lidé pomocí výtvarných prostředků přirozeně odhalují, sdílejí a následně formují své psychické stavy, pocity, nálady a dojmy (Müller, 2005; Valenta, Müller, 2009).

S atreterapii se setkáváme ve výchovné procesu, v sociální práci i klinické praxi. Arteterapie probíhá často ve skupinách, je tedy prostředkem k podpoře komunikace mezi klientem a terapeutem i mezi klienty (Pipeková, Vítková, 2001).

K obecným cílům psychoterapií řadíme reedukaci, socializaci, reorganizaci, restrukturuaci klientovi osobnosti. V souvislosti s klienty s postižením můžeme cíle související s arteterapie popsat také jako:

- Snížení psychického napětí.
- Uvolnění kreativity.
- Otevření komunikačního kanálu.
- Relaxaci, uvolnění se a odreagování.
- Interakci osobnostních složek.
- Celkovou socializaci osobnosti.
- Trénování sebereflexe, sebeovládání a vůle (Valenta, Müller, 2009).

Arteterapie umožňuje rozvoj vnímání, sebeprosazení, sebevyjádření traumatizujících zážitků pomocí výtvarné tvorby, pomáhá k osobnostnímu rozvoji v citové, duchovní a intelektové oblasti (Pipeková, Vítková, 2001).

Arteterapeut (speciální pedagog) během výtvarné práce klienta nevstupuje do výtvarného procesu. Při hodnocení výtvarného projektu si všímá chování jedince během tvorby, přiměřenosti výtvarného projevu k vývojovému období klienta, formy a obsahu práce, preference a adekvátnosti barev, kompozice, zaplněnosti plochy a konfliktních momentů, řadíme gumování a také zesílení nebo zeslabení motivů (Valenta, Müller, 2009).

V arteterapie je více než výsledný výtvarný produkt důležitější výtvarný proces, obsahující psychologické a speciálně pedagogické aspekty. Výtvarná hodnota díla je však významná pro terapeuticko-rehabilitační roli (Valenta, Müller, 2009).

#### **4.2.7 Zooterapie** (terapie s účastí zvířat)

Zooterapie, také animoterapie, má ve speciálněpedagogických terapiích zvláštní místo. Toto zvláštní postavení je dáno tím, že terapeutickým prostředkem je kromě člověka jiný živý tvor-zvíře. Zvíře znamená pro klienta velmi mnoho, zlepšuje paměť, motoriku, komunikaci, zvíře hraje roli prostředníka, tzv. koterapeuta, mezi člověkem s postižením a okolním světem, zlepšuje náladu, pomáhá od fyzické i psychické bolesti, pozitivně působí na tkáň lidského těla. Důležitá je i funkce zooterapeuta. Je to právě zooterapeut, který rozhoduje, zda, jak a kdy je vhodné využít přítomnosti zvířete pro blaho klienta. (Lacinová, 2007; Müller, 2005).

Pro účely zooterapie lze využít jakákoliv společenská zvířata. Nejčastěji se však u nás využívají koně (mluvíme o hipoterapii) a psi (jde o canisterapii), (Müller, 2005).

#### **Hipoterapie**

Hipoterapie je léčebná metoda využívající kontaktu s koněm. Jak již bylo výše řečeno, je spojením oblasti medicínské, sportovní a pedagogicko - psychologické. Využívá specifického působení koně a jeho pohybů na vnímání člověka (Bendová, 2005; Valenta, Müller, 2009).

V psychoterapie používáme **hipoterapii při pedagogicko-psychologickém** ježdění, kdy práce s koněm a ježdění na koni zprostředkovává pozitivní změny v chování, pozitivní myšlení a prožívání. Ovlivňuje také fyziologický a psychologický stav klienta, formuje osobnost, pozitivně působí na smyslové činnosti a má silný socioterapeutický vliv. Pedagogicko-psychologické ježdění také podporuje budování důvěry k lidem, správné sebehodnocení, poznání sama sebe a svých možností a motivaci. (Valenta, Müller, 2009; Pipeková, Vítková, 2001).

### **Canisterapie**

Canisterapie je forma psychoterapie, zabývající se uplatněním psů v péči o děti, dospělé, seniory, klienty s tělesným a mentálním postižením, klienty s epilepsií a klienty ve výkonu trestu. Canisterapie klientovi pomáhá pomocí kontaktu se psem k lepší psychické pohodě, k rozvoji komunikace, pohybových schopností, k rozvoji citové zralosti a sociálních dovedností. Canisterapie pozitivně působí na prožívání, navazování vztahů, podporuje kognitivní a motorické funkce, verbální i neverbální komunikaci. Teplo psiho těla působí na uvolňování spasmů u klientů (Valenta, Müller, 2009; Pipeková, Vítková, 2001).

U osob s mentálním postižením je nejvyužívanější hlavně mazlení se psem, hlazení a hry se psem s využitím pomůcek. Při Animal Assisted Activity je pes zdrojem výchovných momentů, odpočinku a obohacení kvality života. AAA se provádí v rámci domovů pro osoby se zdravotním postižením v chráněných bydleních. Pes zde působí jako návštěva a není součástí plánovaného procesu. Během Animal Assisted Therapy je pes přímou součástí odborně vedeného terapeutického procesu prováděných v rehabilitačních centrech (Valenta, Müller, 2009).

Speciálně vycvičený pes bývá používán v běžných domácnostech, zde pomáhá uspokojovat speciální potřeby svého pána. Pes je členem domácnosti a přítomností pomáhá lidem s postižením i v jiných oblastech života. (Pipeková, Vítková, 2001).

Canisterapie poskytovaná **individuální formou** zahrnuje jednoho klienta s jedním, popřípadě více canisterapeutickými týmy. Výhodou je intenzivní kontakt klienta se psem, možnost přizpůsobení programu potřebám klienta a snížení rušivých elementů z okolí. Nevýhoda spočívá v časové náročnosti při snaze uspokojit více klientů. **Při skupinové canisterapie** je důležité zvolit vhodný poměr psů a klientů a při programu rovnoměrně zapojit do činnosti a kontaktu se psem všechny klienty.

Při skupinové canisterapie řídí vzájemnou interakci mezi klienty a psy většinou jedna osoba. Důležité je koordinovat jednotlivé aktivity, zajistit psům dostatek odpočinku neustále na psy dohlížet a klienty seznámit s chováním psů, s jejich výchovou, potřebami, se způsoby přístupu ke psům, s pravidly kontaktu s nimi a klientům také umožnit se o psy starat. (Eisertová, Tichá, 2007)

V pomoci lidem s postižením se uplatňují:

- Psi asistenční - pomáhají během každodenních úkolů (oblékání, podávání předmětů, obsluha různých zařízení, při udržování rovnováhy).
- Psi terapeutičtí - pomáhají zlepšovat psychický a fyzický stav klientů.
- Psi signální - dokáží při nutnosti přivolat pomoc (Valenta, Müller, 2009).

Mezi často používaná zvířata při zooterapii bývají využíváni hlodavci (myši, křečci, morčata, králíci a podobně). V rámci zooterapii mohou klienti také pozorovat želvy, hady, rybičky a exotické obojživelníky a plazy (Müller, 2005).

### **4.3 Sociální složka ucelené rehabilitace**

Každý člověk je součástí lidské společnosti. V rámci socializace se společenskému chování a začleňování do společnosti. Podle role, kterou společnosti zaujímá, je také společností přijímán. Má-li dojít k vyváženému vztahu mezi člověkem s postižením a společností, je úkolem rehabilitace, aby člověk sám přijal své postižení, znevýhodnění či nemoc a mohl se v maximální možné integrovat do společnosti (Jankovský, 2006; Slowík, 2007).

Socializace je „proces osvojování si potřebného společenského chování potřebných společenských znalostí a dovedností vlivem všech možností, poskytuje prostředí“ (Valenta Müller, 2009, s.203).

#### **4.3.1 Integrace a inkluze v sociální rehabilitaci**

**Integrace** má řadu definic. Jesenský (1995 in Slowík, 2007, s.31) „v oblasti speciální pedagogiky tento pojem chápeme jako spolužití postižených a nepostižených při přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin“.

**Inkluzí** chápe (Slowík, 2007, s. 32) „nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení“. Integrační postupy spočívají v zajištění speciálních prostředků podpory a péče pro osoby s postižením, se snahou zapojit tyto jedince do činností v běžném životě společnosti (Slowík, 2007).

Sociální rehabilitace pomáhá při zajištění samostatnosti, nezávislosti, integraci a pracovním uplatnění osob s kombinovaným postižením. Nespolupracuje s jedincem s postižením, ale také s jeho rodinou. V rámci sociální rehabilitace odborníci s přijetím postižení. Poskytují dostatek informací, pořádají společenské akce informují o poznacích z léčebné, sociální, ale také legislativní oblasti Zprostředkovávají kontakty na ostatní odborníky (Bendová, 2005).

Sociální rehabilitace má zamezit situaci, kdy člověk na společnosti zcela závislý. V tom jsou prostředky sociální rehabilitace základní stavebním prvkem. Je třeba, aby se člověk naučil se svým postižením žít a přijmout jej jako výzvu a úkol (Jankovský, 2006).

Prostředky sociální rehabilitace úzce spolupracují s rehabilitací léčebnou, pedagogickou, psychologickou, pracovní i rodinnou. S metodami sociální rehabilitace se setkáváme v nejrůznějších institucích, ve zdravotnických zařízeních, v centrech sociální péče, ve školách a školských zařízeních, při práci, v rodinách, v rámci volnočasových aktivit, v nestátních neziskových organizacích (Občanská sdružení, Obecně prospěšné společnosti a jiné). Prostředky sociální rehabilitace se zabývají obecnými problémy, společnými pro všechny lidi s postižením, ale také problémy specifickými, podle druhu a stupně postižení. Využívá při tom metod reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhradou postižené funkce funkcí jinou, nepostiženou), akceptace (přijetí života s postižením), (Jankovský, 2006).

#### **4.3.2 Právní listiny uznávající lidská práva lidí s postižením**

Každý člověk má nárok na právní ochranu. Mezinárodně uznávaná lidská práva je normálních okolností nepřipustné v demokratických zemích omezovat. Mezinárodních deklarácí a úmluv vztahující se k osobám s různými druhy postižení bylo vydáno mnoho. Nejsou to sice závazné právní dokumenty, měly by však inspirovat státní legislativu k plnění těchto významných dohod. Mezi nejvýznamnější mezinárodní deklaráce a úmluvy týkající se osob s postižením patří:

- Deklarace práv mentálně postižených osob (OSN, 1971).
- Deklarace práv zdravotně postižených osob (OSN, 1975).
- Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí osob se zdravotním postižením (OSN, 1993).
- Madridská deklarace (Evropský kongres o osobách se zdravotním postižením, Madrid, 2003), (Slowík, 2007).

K významným právním dokumentům v České republice zabývajícím se právy lidí s postižením patří:

- Listina základních práv a svobod.
- Ústava České republiky.

- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením: Úmluva vstoupila v platnost na základě svého článku 45 odst. 1 dne 3. května 2008. Pro Českou republiku vstoupila v platnost podle odst. 2 téhož článku dne 28. října 2009.
- Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům, který byl schválen v roce 1992 usnesením vlády ČR č. 466
- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který byl přijat v roce 1993 usnesením vlády ČR č. 493.
- Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, který vláda ČR přijala v roce 1998 svým usnesením č. 256.
- Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009
- Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením 2010-2014- byl schválen 29.3.2010
- Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením schválená v roce 2004 usnesením vlády ČR č. 605 ([www.vlada.cz](http://www.vlada.cz)).

Zastřešující platformou organizací handicapovaných osob je od roku 2000 Národní rada zdravotně postižených sdružující řadu neziskových organizací. Tyto organizace se ve svých programech zaměřují na podporu a pomoc lidem se znevýhodněním. Mezi hlavní cíle řadí obhajobu, prosazování a naplňování práv, zájmů a potřeb osob s postižením, posílení hlasu lidí s handicapem (Michlík, 2003 in Slowík, 2007).

### **4.3.3 Státní sociální péče**

Sociální péče jako praktický projev sociální politiky se u nás zabezpečuje prostřednictvím sociální podpory a sociálních služeb. Sociální podpora je systém finančních příspěvků a dávek (Slowík, 2007).

#### **Zákon o důchodovém pojištění**

Člověk s tělesným postižením má podle Zákona č. 306/2008 Sb. o důchodovém pojištění, kterým byl s účinností od 1.1.2010 novelizován zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995, nárok na invalidní důchod. Tento zákon v § 38- 45 vymezuje invalidní důchod, podmínky nároku na získání invalidního důchodu a jeho výši ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

### **Dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením**

„Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů (dále „vyhláška č. 182/1991 Sb.“) (<http://www.mpsv.cz/cs/8#ssp>, 8.6.2011).

Zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů je upraven **systém státní sociální podpory**. Podle tohoto zákona se následující dávky:

- přídavek na dítě,
- rodičovský příspěvek,
- sociální příplatek,
- příspěvek na bydlení,
- dávky pěstounské péče,
- porodné,
- pohřebné ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

### **4.3.4 Sociální služby**

Sociální služby poskytují pomoc při řešení složité situace v různých oblastech života člověka. Klient tak může pomocí příspěvků sociální podpory financovat potřebné sociální služby a podílet se na řízení a využití sociální péče dle vlastních aktuálních potřeb (Slowík, 2007).

Velký přínosem v oblasti sociální péče bylo přijetí Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydávání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné zprávy v oblasti sociálních služeb, poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v službách (§ 1 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)“.



„Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců v azylových zařízeních (§ 2 Zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách)“.

Důležitým bodem zákona je rozšíření různých typů sociálních služeb a také vznik standardů kvality sociálních služeb, nutnost akreditace poskytovatelů sociálních služeb zajišťující vysokou úroveň kvality sociálních služeb u všech poskytovatelů sociálních služeb (Slowík, 2007).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách rozděluje sociální služby podle cíle a zaměření do 3 základních skupin:

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

**Sociální poradenství** má specifické místo v celém systému sociálních služeb. Podle §2 Zákona o sociálních službách je základní sociální poradenství poskytováno bezplatně. Každý člověk v nepříznivé životní situaci nebo při jejím předcházení má tedy nárok na poskytnutí bezplatného základního sociálního poradenství.

**Služby sociální péče** obsahují takové druhy sociálních služeb, jenž mají pomoci zajistit osobám jejich fyzickou a psychickou samostatnost. Sociální služby mají dopomoci osobám k co největší možné samostatnosti a zapojení do normálního života, pokud to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje, zajišťují také důstojné prostředí a zacházení.

**Služby sociální prevence** zajišťují takové druhy sociálních služeb, která mají pomáhat osobám sociálně vyloučeným překonat jejich nepříznivou životní situaci a mají také chránit před vznikem a působením těchto nepříznivých vlivů (§32 Zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách).

V sociálních službách odbornou pomoc vykonávají:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,

- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- manželští a rodinní poradci,
- další odborníci poskytující přímé sociální služby.

Zákon o sociálních službách dělí poskytování sociálních služeb na 3 formy:

- ambulantní,
- pobytové,
- terénní (§ 115).

Součástí sociální rehabilitace je i podpora komunikace, kterou představují průvodcovské, předčitatelské a tlumočnické služby. Jsou poskytovány seniorům a osobám se zdravotním postižením se sníženou schopností v oblasti orientace nebo komunikace. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách tak pomáhají lidem s vyřízením vlastních záležitostí, zajišťují kontakt se společenským prostředím a poskytují pomoc při hájení práv a zájmů klienta (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Nezastupitelnou součástí sociálních služeb je i komunitní plánování sociálních služeb, které je založeno na vzájemné dohodě a spolupráci zadavatelů služeb (zástupců obcí a krajů), jejich uživatelů (klientů s postižením) a poskytovatelů sociálních služeb (organizace a agentury). Komunitní plánování představuje snahu předat větší míru podpory a pomoci při sociální integraci z profesionální a institucionální péče směrem k větší společenské a osobní zodpovědnosti veřejnosti (zvýšit vzájemnou mezilidskou pomoc, samostatnější a nezávislý život osob se znevýhodněním), (Slowík, 2007).

Významné místo v oblasti sociální péče představují hnutí svépomocných skupin a občanské aktivity lidí s postižením společně s rodinami a přáteli. Nesmíme opomenout ani existenci a činnost sdružení, spolků, nadačních fondů či nadací, popř. humanitních organizací, kteří pracují ve prospěch lidí s postižením, často bez jakékoliv odměny či honoráře a s vysokou kvalitou (Blažek, Ošmerová 1994 in Slowík, 2007).

Velkou roli v socializaci klientů s postižením má podpora samostatného bydlení. Cílem samostatného bydlení je pomoci lidem s postižením, s chronickým nebo duševním onemocněním, kteří potřebují pomoc jiné osoby, žít v jejich vlastní domácnosti. Další službou umožňující bydlet osobám s postižením v jejich vlastní domácnosti je chráněné bydlení. Je určena osobám se sníženou soběstačností z důvodů zdravotního postižení, chronického či duševního onemocnění, u nichž je nutná pomoc jiné fyzické osoby, zejména při sebeběči a péči o domácnost. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách podporují klienty v relativně samostatném životě ve vlastní domácnosti. Chráněné bydlení mívá formu skupinového popřípadě individuálního bydlení. Byty jsou spravovány poskytovatelem sociální služby, ale bývají součástí běžné bytové zástavby (§43 a §51 zákona o sociálních službách, §9 a 17 prováděcí vyhlášky č.505/ 2006 Sb., zákona o sociálních službách).

Úspěšnost sociální rehabilitace ovlivňuje vývoj, výroba a hlavně používání kompenzačních, reedukačních, protetických pomůcek, technické rehabilitace a zejména úprava a odstranění architektonických bariér, tzv. rehabilitační inženýring (Jankovský, 2006).



## **4.4 Rodinná rehabilitace v rámci ucelené rehabilitace**

Situace rodiny, kdy jeden z jejích členů onemocní nebo je člověkem s postižením, je ve všech ohledech velmi náročná pro všechny členy rodiny. Rodina prochází vážnou krizí, řeší mnoho důležitých otázek, zpracovává mnoho nových zážitků a je nucena změnit řadu svých představ a rozhodnutí. Rodinná rehabilitace se zaměřuje na všechny členy rodiny s cílem podpořit a udržet dobré rodinné vztahy zatížené zdravotním postižením jednoho z jejích členů. (Vágnerová, 2004 in Slowík, 2007).

### **4.4.1 Reakce člověka na vznik postižení**

Narodí-li se dítě s postižením dochází u rodičů k rozčarování, zhroucení představ o životě a budoucnosti, přichází pocit selhání v rodičovské roli. Reakce na vznik postižení během života je ovlivněn stářím člověka v době postižení.

V období puberty dochází k velkým změnám v organismu. Objevuje se mnoho rozporů vyplývajících z pocitu dospělosti na jedné straně a psychické a sociální nezralosti na straně druhé. V tomto období je výrazná otázka tělesného schématu, velká citlivost na to, jak člověk vypadá. Pubescent má impulzivní, zkratkovité jednání. Z důvodu závislosti na rodičích je ohrožena potřeba nezávislosti a odpoutání se od rodičů a tvorba přátelství. Objevuje se potřeba uspokojování sexuálních potřeb, která pubescentovi s postižením často komplikuje život. U adolescentů s postižením je velkým problémem strach z budoucnosti, nejistota profesní orientace, která je vzhledem k postižení značně omezena, sami rodiče často brání dítěte se osamostatnit, mají obavy, že se jejich dítě nedokáže o sebe postarat a často také nechtějí přijít o finanční příspěvky (Jankovský, 2006; Plevová, 2007).

Zdravotní postižení dospělého člověka s sebou přináší psychické a sociální nevýhody a snižuje možnost zařazení se do společnosti. Sociální uzavřenost postihuje nejen samotného jedince, trpícího méněcenností, osamělostí, oddělením od společnosti a vrstevníků, ale také jeho okolí. Rodina nemůže provozovat všechny žádané společenské aktivity, často musí počítat s péčí o handicapovaného. Objevuje se snížení ekonomické úrovně rodiny. Člověk s postižením se tak může stát břemenem ekonomickým, pokud se na něj přehnaně upoutává pozornost a je k přehnané změně rodinného režimu, stává se i břemenem citovým (Kraus a kol., 2005).

#### 4.4.2 Reakce rodiny na vznik postižení u jednoho z členů rodiny

Reakce rodiny na postižení jednoho z jejích členů probíhá podobně jako při jiných zátěžových situacích:

- **Fáze šoku a popření** - představuje první reakci na danou situaci. Klient a jeho rodina odmítají uvěřit diagnóze, ztrácí naději a očekávání. Popírají přítomnost postižení u člena rodiny. Popření skutečnosti je obraným prostředkem psychické rovnováhy a přípravou na další jednání.
- **Fáze postupné akceptace** a vyrovnání se s problémem - rodina a klient přijímají skutečnost a postupně se vyrovnávají s realitou. Často se v této fázi hledají viníci. Dochází k balancování mezi emočním a racionálním zpracováním situace. Může dojít k vzájemnému obviňování v rodině, často dochází k odchodu jednoho ze členů rodiny. Průběh této fáze ovlivňují vlastní zkušenosti, osobnostní výbava členů rodiny, zdravotní stav, věk, kvalita rodinných vztahů, počet společných dětí a také druh a příčina postižení. Velmi důležitá je pomoc a podpora rodiny od blízkého okolí a odborníků, kteří by měli v této fázi poskytnout dostatek informací o postižení a možnostech jeho řešení.
- **Fáze realismu a smíření** - dochází k uvědomění si skutečnosti a jejího přijetí, k realistickému náhledu na životní situaci klienta a rodiny. Rodina přijímá možnosti a prognózy dalšího vývoje. Rovnováha celé rodiny závisí na osobnostní stabilitě jejích členů, ale platí pravidlo, pokud rodina celou situaci zvládla až k této fázi, je tím její soudržnost výrazně posílena. Rodina hledá dostupná řešení a kontakty na jiné osoby nacházející se ve stejné situaci. Rodina reorganizuje své hodnoty (Slowík, 2007; Valenta, Müller, 2009; Jankovský, 2006).

Výše uvedené fáze znázorňují optimální průběh přijetí postižení u člena rodiny. Ve skutečnosti nedosahují fáze realismu a smíření všechny rodiny. Často zůstává zloba, rozčarování, smutek, které mohou vést k ambivalentnímu chování se k člověku s postižením. Tento stav může přispět k odmítnutí člověka s postižením a k předání člověka do ústavní péče. Tento čin, ač se zdá jako útěk od problému, má

někdy také racionální předpoklady. Nedaří-li se rodině překonávat překážky a komplikace spojené s postižením u člena rodiny a nenachází podporu s blízkého okolí, bývá rodina vystavena riziku sociální izolace a rozpadem rodinné stability. V těchto krizových situacích je jedním z možných řešení využití alternativní možnosti péče

o dospělého s postižením. Mezi alternativní možnosti péče patří denní nebo týdenní stacionáře, centra denních služeb, domovy pro osoby s postižením, domovy pro seniory. Významnou pomocí pro osoby pečující o člověka s postižením v domácí péči jsou odlehčovací služby. Jde o ambulantní, terénní či pobytovou sociální službu, přispívající k odpočinku pečující osoby (Jankovský, 2006; Slowík, 2007; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

#### **4.4.3 Typy rodinného poradenství**

Rodiny se členem majícím zdravotní postižení mohou hledat poradenskou podporu trojího typu:

- Poradenství lékařské a zdravotní
- Psychologické poradenství
- Speciálně pedagogické poradenství - poskytované především pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry (Valenta, Müller, 2009).

Dle Krejčířové (1997 in Valenta a Müller, 2009) představují poradenské služby rodinám:

- Vývojové a anticipační poradenství (rady v oblasti budoucího povolání, přípravy na reakce okolí, rodičovství dítěte).
- Speciální terapie pro děti (vývojová stimulace)
- Služby pro rodiče (rodičovské skupiny, individuální psychoterapie)
- Služby pro sourozence.

Poradenské služby v pedagogické oblasti předávají speciální pedagogové nebo jiní odborníci

a představují:

- Informační podporu o typech, symptomech a možnostech pomoci lidem s postižením.
- Poskytnutí vhodné literatury a internetového poradenství (Valenta, Müller, 2009).

Důležitou podporu zajišťuje rodinám pomoc od „laiků“, tvořená rodinnými příslušníky, přáteli z okolí rodiny. Významná je zde funkce sdružení a klubů rodin s členy s určitým typem postižení.

Svépomocná skupina představuje aktivity samotných rodičů pro různá sdružení či kluby s klienty s postižením. Rodiny jsou ve stejné životní situaci a proto se navzájem podporují, společně hledají vhodná řešení pomoci, šíří osvětu do společnosti a podporují legislativní změny pro lidi se zdravotním postižením (Valenta, Müller, 2009).

#### **4.4.4 Rodinná terapie**

Kolem každého z nás žijí rodiny, nichž jeden nebo více členů jsou lidmi s postižením či zdravotním znevýhodněním. Rodinná terapie nabízí všem možnost pomoci při citlivém zvládnutí problémů s postižením. Řada jedinců s postižením během individuální terapie mimo domov zlepšuje svůj psychický a fyzický stav, a po návratu domů se jejich stav opět nápadně zhoršuje. To je projev narušeného domácího prostředí, které samo vyžaduje trvalou změnu. Pomoc takovéto rodině může přijít v podobě rodinné terapie. Nedostatečné fungování rodinného systému bývá zapříčiněno poruchou komunikace mezi rodinnými příslušníky. Rodinná terapie tedy působí jako most mezi osobami, které si jsou navzájem odcizeny (Plevová, 2007).

Pro rodiče vychovávající dítě se zdravotním postižením jsou psychicky velmi zatěžující nejen období narození a dětství dítěte, dalšími náročná období přicházejí v době hledání profesní orientace, v dospívání, osamotňování, odchodu dítěte z domova, jeho manželství a zakládání rodiny. Znovu přichází smutek ze ztracených možností a příležitostí, objevují se vztek, obviňování, zoufalství. Často dochází ke konfliktům mezi členy rodiny nebo konfliktům se zdravotními, školskými a sociálními systémy. K rodině a hlavně k rodičům člověka s postižením, je nutné přistupovat jako k partnerům. Zajistit dostatek informací a kontaktů, kde mohou najít vhodnou pomoc. Důležité je také setkávání s ostatními rodinami, které řeší stejné problémy.



Rodiny mají možnost sdílet své pocity a problémy, ale mají také možnost slyšet názory jiných lidí, jak celou situaci zvládnout. Rodinná terapie je přínosná při zvládnání krizí, při řešení komplikací ve vztahu, pomáhá upevnit rodinné kompetence a zvládnout potřebnou změnu přístupu k dítěti (Gjurovičová, Kubička, 2009).

„Cílem rodinné terapie je umožnit členům rodiny, aby se dokázali zorientovat v dané situaci, efektivně řešily úkoly a náročné situace, krize a konflikty“ (Plevová, 2007, s.10).

#### **4.4.5 Duchovní potřeby člověka s postižením**

Senioři na sklonku svého života často hodnotí svůj život, bilancují, ohlíží se do minulosti. Lidé často nepotřebují člověka, který by je hodnotil. Chtějí jen tichého společníka, který by jim naslouchal a umožnil jim najít odpovědi na své otázky. Řada lidí, ač nejsou věřící, mohou pod tíhou okolností směřovat ke změně názorové orientace (Malíková, 2011).

„Spiritualita je dimenze, kterou lze považovat za hnací sílu v životě jedince, sílu, jež dává všem aspektům života smysl a v jejímž středu sídlí naděje“ (Malíková, 2011, s. 269).

Je-li klient či jeho rodina věřící je církevní pomoc vhodným řešením k zajištění jejich duchovních potřeb. V České republice je registrováno asi 25 církevních skupin a sekt. Jejich členové mohou využívat služeb pobytových zařízení a uspokojení duchovních potřeb ze strany jejich církve je pro ně často velmi důležité. Proto je nutné myslet na duchovní potřeby klientů i v zařízeních sociální péče (Malíková, 2011).

## 4.5 Pracovní složka ucelené rehabilitace

„Podle listiny základních práv a svobod (ústavní zákon č.23/1991 Sb.) mají všichni občané právo na zaměstnání. Tedy včetně občanů se postižení“ (Zámečnicková, 2003, s.212).

### 4.5.1 Význam pracovní rehabilitace pro člověka

Práce pro lidi s postižením není jen přirozenou potřebou, zvyšuje také jejich sociální sebevědomí, zajišťuje samostatnost, nezávislost, naplňuje pocit plnohodnotného člověka. Pracovní složka ucelené rehabilitace se zaměřuje na pracovní uplatnění jedinců s kombinovaným postižením. Snaží se o rozvoj vědomostí, dovedností, schopností a návyků nutných k pracovnímu uplatnění. Zabývá se také pracovním poradenstvím, profesní přípravou, přípravou a ochranou pracovních míst a vyhledáváním pracovních příležitostí. Podporuje tak pracovní integraci osob s kombinovaným postižením, jejich potřebu společenského uplatnění a potřebnosti. V rámci pracovní rehabilitace spolupracují poradenská zařízení a klienti s pracovníky úřadu práce, kteří se podílí na vytváření plánu pracovní rehabilitace a finančně podporují náklady s pracovní rehabilitací spojené (Bendová, 2005; Slowík, 2007; [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

Při podpoře zaměstnávání lidí s postižením pracují na úřadech práce specializovaní poradci a JOB kluby, jejichž snahou je naučit lidi s postižením hledat, najít, získat a udržet si odpovídající zaměstnání (Opatřilová, 2003).

**Příprava k práci** – „zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo na základě dohody s úřadem práce. Příprava k práci může být prováděna s podporou asistenta. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců“ (<http://www.mpsv.cz/cs/8#zozp>, 10.6.2011).

Zajišťuje-li zaměstnavatel na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením, může úřad práce uhradit náklady na přípravu k práci těchto osob ([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)).

## 4.5.2 Tranzitní programy

Jde o široký pojem představující pomoc a podporu člověku přecházejícímu z jednoho životního období do druhého. Jde tedy o zaměření na budoucnost. V rámci podporovaného zaměstnávání jde hlavně o přechod klientů s postižením na trhu práce ze školy do pracovní poměru. Klienti se učí zvládat pravidla pracovněprávního vztahu, osvojují si základní pracovní návyky a dovednosti, učí se prosadit na trhu práce. Pro studenty přecházející ze školy do práce je v rámci tranzitního programu důležitá možnost vyzkoušet si a seznámit se s životem v běžné společnosti, ověřit si své dovednosti a zkušenosti mimo školní prostředí. Zaměstnavatelé umožňují lidem se změněnou pracovní schopností dočasně pracovat „na zkoušku“, získat kvalifikaci a zvýšit tak možnosti pro hledání pracovního uplatnění (Opatřilová, 2003; Slowík, 2007).

## 4.5.3 Práva a povinnosti zaměstnavatelů

Podle § 81 zákona o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. mají zaměstnavatelé, kteří mají více než 25 zaměstnanců v pracovním poměru, povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši 4 % z celkového počtu svých zaměstnanců. Zaměstnavatel může tuto povinnost splnit zaměstnáváním člověka v pracovním poměru, odběrem výrobků a služeb od zaměstnavatelů, zaměstnávají-li více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením nebo odvodem do státního rozpočtu. Lze také zvolit kombinaci obou možností. Ovšem řada lidí s postižením se setkává se strachem zaměstnanců, kteří mají obavy před komplikacemi či předsudky při zaměstnávání lidí s postižením. Zaměstnavatelé jsou také, podle § 80, povinni:

- Podle svých podmínek a ve spolupráci s lékařem preventivní péče rozšiřovat možnost zaměstnávání lidí se zdravotním postižením individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek, vyhrazovat pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením.
- Spolupracovat s úřadem práce při zajišťování pracovní rehabilitace.
- Vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se zdravotním postižením.

- Vést evidenci zaměstnaných osob se zdravotním postižením([www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz); Nápadník, 2010, Slowík, 2007).

Naopak zaměstnavatelé, kteří mají zájem na vytváření pracovních míst pro lidi se zdravotním postižením jsou zvýhodňováni. A to především daňovými úlevami. Zaměstnavatelé zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Dále mají zaměstnavatelé právo:

- Informace a poradenství v otázkách spojených se zaměstnáváním osob se zdravotním postižením.
- Pomoc při vytváření pracovních míst vhodných pro lidi se zdravotním postižením.
- Součinnost při vyhrazování pracovních míst zvláště vhodných pro lidi se zdravotním postižením.
- Spolupráci při řešení individuálního přizpůsobování pracovních míst a pracovních podmínek pro osoby se zdravotním postižením.

Problematiku vytváření pracovních míst pro lidi s postižením řeší zákon č. 435/2004 sb., o zaměstnanosti (Slowík, 2007; [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz); ; Jankovský, 2006; Nápadník 2010).

#### **4.5.4 Možnosti pracovního uplatnění lidí se zdravotním postižením**

- **Podporované zaměstnávání:** představuje nejen pracovní uplatnění lidí s postižením, ale i další podpůrné služby (pracovní asistenci), které lidem se změněnou pracovní schopností pomáhají úspěšně se zapracovat, úspěšně zvládat pracovněprávní vztahy a pracovní místo si tak dlouho udržet. V systému podporovaného zaměstnávání se člověk se zdravotním postižením setkává, na rozdíl chráněných pracovišť a dílen, s lidmi běžné populace.
- **Chráněné pracovní místo:** představuje zaměstnavatelem vytvořené pracovní místo pro lidi se změněnou pracovní schopností, které vzniklo po dohodě s úřadem práce a musí být provozováno nejméně po dobu 2 let od sjednání v dohodě.
- **Chráněná pracovní dílna:** představuje pracoviště s minimálně 60% zaměstnanci se zdravotním postižením. Vzniká na základě dohody s úřadem

práce. Zaměstnanci chráněných dílem bývají většinou osoby s těžkým zdravotním postižením, s kombinovanými vadami, převážně v kombinaci s mentálním postižením, dále osoby s žádnou nebo minimální kvalifikací. Úřad práce může poskytnout příspěvek zaměstnavateli na vytvoření chráněného pracovního místa a chráněné pracovní dílny.

- **Ergoterapeutické dílny:** jde o terapeutické činnosti aktivity a pracovní seberealizaci pro klienty s těžkým postižením, které jsou zřizovány v denních centrech, stacionářích a zařízeních sociální péče. Zaměřují se na výtvarné, řemeslné a jiné činnosti napomáhající psychomotorickému a sociálnímu rozvoji klientů
- **Výrobní družstva:** jsou organizace vzniklé za účelem podnikání, vytvářejí příznivé podmínky pro zaměstnávání a pracovní rehabilitaci osob změněnou pracovní schopností. Družstva si musí umět vydělat na svou existenci, proto je ekonomická funkce rovnocenná funkci sociální. Družstva se zabývají výrobou výrobků z různých oborů, ale také poskytováním služeb, například úklidovou službou, ostrahou, kosmetickými službami ([www.unie-pz.cz](http://www.unie-pz.cz); [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz); Slowík, 2007, Zámečnicková, 2003).

#### 4.5.5 Podporované zaměstnávání

S programem podporovaného zaměstnávání v ČR poprvé začalo pražské občanské sdružení Rytmus. V současné době u nás existuje Česká unie pro podporované zaměstnávání, která je členem Evropské Unie pro podporované zaměstnávání. V dnešní době jsou zakládány agentury podporovaného zaměstnávání po celé České republice. Cílem podporovaného zaměstnávání je podpora lidí se změněnou pracovní schopností, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, ale vlivem různých faktorů (dlouhodobé léčení, handicap různého stupně a rozsahu, nedostatečné vzdělání, dlouhodobá nezaměstnanost) samostatně nezvládají důležité dovednosti při hledání a udržení si pracovního místa (Opatřilová, 2003).

Hlavními charakteristikami podporovaného zaměstnávání jsou:

- Umístění na pracovní místo a trénink pracovníka přímo na pracovišti.
- Placená a konkurence schopná práce.
- Zaměstnání v běžném pracovním prostředí.

- Průběžná podpora podle individuálních potřeb uživatele (Opatřilová, 2003)

Vedoucím pracovníkem agentury pro podporované zaměstnávání je osoba, která zároveň plní funkci supervizora. Je zodpovědná za fungování agentury, dodržování hlavních myšlenek práce, provádí supervizi, má přehled o všech projektech a komunikuje s dalšími organizacemi, úřady práce a jinými. Mezi další členy agentury patří pracovní konzultant a pracovní asistent, jehož náplní je podpora přímo na pracovišti. Pracovní asistent pomáhá klientům s postižením naučit se potřebným pracovním a sociálním dovednostem s cílem maximální samostatnosti klienta. Součástí agentury podporovaného zaměstnávání je ekonom, účetní, podle cílové skupiny a počtu klientů někdy i koordinátor asistenta. Mezi činnosti prováděné pracovní agenturou patří:

- Sepsání dohody o poskytování služeb.
- Zjištění osobního profilu.
- Individuální plán podpory.
- Identifikace a hledání vhodného zaměstnání.
- Podpora na pracovišti, pracovní asistence a další druhy podpory.
- Přirozená sociální podpora (Opatřilová, 2003).

Konzultant hraje důležitou roli při kontaktu klienta se svým budoucím zaměstnavatelem. Pomáhá klientovi a budoucímu zaměstnavateli překonat počáteční problémy a rozpaky. Pro klienta může být první setkání se zaměstnavatelem velmi náročné, může se zachovat nečekaně. Také zaměstnavatel může být také v rozpacích při setkání s člověkem na rehabilitačním vozíku nebo poruchou artikulace. Podpora poskytovaná podporovaným zaměstnáváním je tedy na straně klienta i zaměstnavatele (Opatřilová, 2003).

Dalšími důležitou součástí podporovaného zaměstnávání jsou pracovní schůzky. Ačkoli jde převážně o individuální práci, je důležité vzájemné setkávání všech zúčastněných, jako je klient, konzultant, asistent a celý tým podporovaného zaměstnávání. **Individuální schůzky** mezi klientem a konzultantem probíhají po dobu celého procesu podporovaného zaměstnávání. **Týmové konzultace** probíhají většinou jednou za týden. Obohacení do týmu přináší i zkušenosti dalších kolegů. Další variantou jsou společné schůzky klienta s pracovním asistentem, popřípadě konzultant s pracovním asistentem nebo asistenty, spolupracuje-li klient s více asistenty. Všichni členové agentury se scházejí při organizačních schůzkách a při

pravidelných skupinových supervizích. Společné schůzky pomáhají všem zúčastněným vidět situaci z různých hledisek a klientovi v jeho sebedůvěře, v rozvoji sociálních dovedností a uvědomění si aktuální situace (Opatřilová, 2003).

Asistenti se mohou účastnit také **Job klubů a Kroužků přátel**. Job kluby pomáhají procvičovat a rozvíjet dovednosti důležité pro získání práce, pracuje se zde na identifikaci zájmů a možností klienta. Přínosné jsou besedy s lidmi, kteří již někde pracují. Tyto besedy se týkají různých témat, získávání práce, informace o různých typech práce, informace o požadavcích zaměstnavatele a podobně. Job kluby jsou příležitostmi pro vzájemné sdělování informací a zkušeností. Setkávání v Job klubech se účastní i pracovní konzultanti a asistenti jako součást individuálního plánu podpory (Opatřilová, 2003).

Kroužky přátel by bylo možné zařadit do přirozené sociální podpory. Jedná se o podporu z neformálních zdrojů, které se účastní nejen klient, konzultant či asistent, ale také přátelé, které si klient sám pozve. Výhoda je v možnosti vzájemné pomoci mezi přáteli při získávání pracovních příležitostí. Klient sám si naplánuje schůzku a přátele, které si pozve (Opatřilová, 2003).

Supervize přispívají k tomu, aby si každý pracovník agentury služeb ujasnil své postoje ke klientům, zaměstnavatelům a také ostatním členům týmu. Pro pracovníky sociálních služeb jsou supervize povinné a velmi užitečné. Supervize mohou probíhat individuálně, v týmu agentury nebo společné supervize pracovníků více agentur (Opatřilová, 2003).

Při hledání vhodného zaměstnání je často nutné doplnit si vzdělání a kvalifikaci. V současné době je možné zvýšit a doplnit si kvalifikaci v rekvalifikačních kurzech, studiu, složením odborných zkoušek, navštěvováním kurzů pořádaných v rámci úřadu práce, neziskovými organizacemi. Pomoc při zvyšování kvalifikace a při hledání vhodného zaměstnání lze najít také u zaměstnanců informačních a poradenských středisek pro volbu a změnu povolání (Nápadník, 2010).

Otázkami budoucí pracovní orientace a uplatnění je vhodné se zabývat již během školní docházky. Zvláště proto, že u žáků a studentů s postižením může být v budoucnu možnost další rekvalifikace značně ztížena. Je tedy třeba spolupráce rodiny, speciálně pedagogického centra a poradenských zařízení při úřadech práce pomáhající zvolit profese odpovídající společenským potřebám a možnostem žáka (Slowík, 2007).

## **4.6 Pedagogická složka ucelené rehabilitace**

Rozvoj a vzdělávání člověka začíná již v okamžiku narození. Narodí-li se dítě s vadou nebo poruchou, je mimořádně důležité co nejdříve začít s cílenou speciální péčí, která snižuje budoucí míru handicapu ve vzdělávání. Při socializaci člověka zaujímá výchova významné místo. Výchova je celoživotní proces a vzdělávání je otevřeným systémem, přesto má pedagogická rehabilitace největší význam v dětství a dospívání. U lidí se zdravotním postižením se používá metod speciální pedagogiky (psychopedie, somatopedie, tyflopédie, surdopedie, etopedie, logopedie, a speciální pedagogiky pro kombinovaná postižení), (Jankovský, 2006; Slowík, 2007; Jankovský, 2004).

Pedagogická složka ucelené rehabilitace se zaměřuje se na výchovu, vzdělávání, přípravu na povolání, ale také na rozvoj soběstačnosti, schopností a nadání osob. Využívá prostředků reedukace, kompenzace a pomáhá při tvorbě individuálních vzdělávacích plánů. Cílem této složky rehabilitace je optimální rozvoj osob s kombinovaným postižením, jejich sociální, pracovní a kulturní integrace, pomáhající k aktivnímu životu a vlastnímu uplatnění. Pedagogické prostředky rehabilitace se prolínají s prostředky léčebnými, sociálními i pracovními, přesto je vhodné pedagogické složky rehabilitace chápat jako pedagogický jev (Bendová, 2005; Jankovský, 2006).

Jesenský (1995 in Jankovský, 2006) rozděluje působení pedagogické rehabilitace na rehabilitaci u osob se získaným postižením a rehabilitaci u lidí s postižením vrozeným. U osob se získaným postižením se pedagogické úsilí zaměřuje na návrat k původnímu rozvoji osobnosti a o pedagogické rehabilitaci se hovoří až do doby opětovného získání dřívější identity člověka s postižením. U lidí se zdravotním postižením od narození je situace náročnější. Tito jedinci často zaostávají v dílčích i celkových schopnostech za intaktní populací.

### **4.6.1 Právní dokumenty upravující vzdělávání**

Mezi základní materiály upravující proces vzdělávání dětí a žáků a osob speciálními vzdělávacími potřebami řadíme:



- Základní listina práv a svobod.
- Národní program rozvoje vzdělávání v České republice (Bílá kniha)
- Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje výchovně vzdělávací České republiky.
- Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením (vládní usnesení č. 605).
- Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením období 2006-2009.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), upřednostňující vzdělávání dětí, žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami v běžných školách před školami speciálními.
- Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Zákon č. 383/2005 Sb., a Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů upravující Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.
- Nařízení vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně-pedagogické, přímé pedagogické-psychologické činnosti pedagogických pracovníků.
- Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách umožňující terciární vzdělávání na vysokých školách studentům se speciálními vzdělávacími potřebami
- Rámcové vzdělávací programy (Hájková, 2008; Doležalová, 2008).

Vyhláška MŠMT ČR č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných upravuje i pravidla pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu, který je závazným dokumentem nezbytným pro integrované vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. Ve vyhlášce jsou také uvedeny základní informace týkající se činnosti asistenta pedagoga, bez kterého by, kromě jiných opatření, nebylo možné žáky se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole integrovat (Slowík, 2007).

Zaměřením této práce jsou dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním, proto je upuštěno od vzdělávání v mateřských, základních a středních školách a více se zaměřím na vzdělávání dospělých osob s handicapem.

#### **4.6.2 Vzdělávání studentů se speciálními potřebami na vysokých školách**

Podle evropského standardu univerzitního vzdělávání, ke kterému se Česká republika hlásí, je povinností státu zabezpečit a zprostředkovat rovnoprávné zapojení studentů se specifickými potřebami do vysokoškolského vzdělání. Zajištění a zlepšování podmínek studia pro studenty se zdravotním postižením nebo se specifickými potřebami by mělo být součástí dlouhodobého komplexního procesu socializace, završeného pracovní a společenskou integrací. Daří-li se studentům se specifickými potřebami dokončit vysokoškolské studium, mají větší možnosti při výběr výdělečné činnosti a stávají se méně závislími na sociální a organizační podpoře státu (Doležalová, 2008).

V České republice je terciární vzdělávání studentů se speciálními potřebami upraveno zákonem č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, který obsahuje úkoly obsažené v Listině základních práv a svobod a také předpoklady vyplývající z Národního plánu pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (Doležalová, 2008).

Mezi opatření zajišťující rovnoprávné postavení studentů se specifickými potřebami na vysokých školách patří:

- Zajištění forem přijímacího řízení vhodných i pro studenty se zdravotním postižením.
- Zajištění vhodné přístrojového a materiálního vybavení školy umožňující studium studentům se zdravotním postižením.
- Zajištění dostupnosti služeb tlumočnicků, asistentů a ostatních odborníků, kteří umožňují studium studentům s jednotlivými druhy zdravotního postižení.
- Školení a příprava pracovníků vysoké školy na práci se studenty se zdravotním postižením.
- Zlepšování informovanosti studentů středních škol se zdravotním postižením o možnosti studovat na vysoké škole.

- Zajištění dostatečného poradenství (psychologického, sociálně právního, profesního, sociálně pedagogického) pro studenty se zdravotním postižením při přípravě na zkoušky i v průběhu studia (Vitásková, 2003 in Doležalová, 2008).

Studenti se specifickými vzdělávacími potřebami se během studia setkávají s řadou překážek, které studium ztěžují a které student musí překonávat. Mezi tyto překážky řadíme:

- Architektonické bariéry (u studentů s poruchou hybnosti a zraku).
- Porucha sociální interakce (převážně studenti poruchou sluchu a zraku).
- Komunikační bariéry (zejména u studentů s postižením sluchu a zraku)
- a jiné (Doležalová, 2003).

#### **4.6.3 Centra pro pomoc a podporu studentů se specifickými vzdělávacími potřebami**

Vlivem narůstajícího počtu studentů se zdravotním postižením na vysokých školách zřizuje řada vysokých škol, případně univerzit v České republice centra určená pro pomoc a podporu studentů se specifickými potřebami. Mezi tyto zařízení patří:

- Centrum pomoci handicapovaným na Univerzitě Palackého v Olomouci.
- Centrum pro handicapované studenty Slunečnice jako součást institutu inovace vzdělávání v rámci Ekonomické fakulty na Technické v Ostravě.
- Středisko handicapovaných studentů při Vysoké škole ekonomické v Praze.
- Akademická podpora pro zpřístupňování studia lidem se zdravotním postižením na Technické univerzitě v Liberci.
- Poradna pro studenty se speciálními potřebami na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.
- Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky - Teiresiás na Masarykově univerzitě v Brně (Doležalová, 2008).

#### **Centrum pomoci handicapovaným na Univerzitě Palackého v Olomouci**

Centrum vzniklo v roce 1996 na půdě Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Prostřednictvím svých pracovníků poskytuje odborné služby speciálně pedagogického zaměření všem handicapovaným studentům, popřípadě uchazečům

o studium. Provoz centra je organizován vždy od září do června každého školního roku na základě osobní žádosti nebo telefonické domluvy. V rámci individuálních potřeb může poradenství probíhat i mimo budovu Centra. Centrum zajišťuje osobní asistenci, adaptaci studijních materiálů, konzultační činnosti, metodickou pomoc, diagnostiku a diferenciální diagnostiku, materiální a technické zabezpečení, grantovou a publikační činnost, školní činnosti a mimoškolní aktivity. Všechny činnosti jsou zajišťovány bezplatně týmem pracovníků speciálně-pedagogických studií. Jednotlivá oddělení Centra poskytují pomoc speciální poradenské služby především osobám s poruchou komunikace, se zrakovým postižením, osobám se sluchovým postižením, s postižením hybnosti, specifickými poruchami učení a chování, a pro osoby s kombinovanými vadami. Studentům Univerzity Palackého se zdravotním postižením poskytuje Centrum vysoce odborný, kvalitní a komplexní poradenský, technický a terapeutický servis. Spolupracuje se studijními odděleními jednotlivých fakult, poskytuje poradenské služby vyučujícím a spolupracuje také se středními školami, kde studují studenti se zdravotním postižením (Doležalová, 2008; <http://www.uss.upol.cz/centrum-pomoci-handicapovany>);).

Studium na vysoké škole je náročné pro každého studenta, jak pro studenta intaktního, tak pro studenta se specifickými potřebami. Studium na vysoké škole je situací novou, náročnou. Obsahuje na studenta odlišné požadavky při přípravě na výuku, plnění zkoušek a odlišnou formu výuky než poznal na střední škole. Pokud budeme chtít docílit pocitu rovnoprávnosti mezi studenty, musíme se umět vyrovnat se specifickými situacemi, které mezi spolužáky, ale také vyučujícími nastanou (Doležalová, 2008).

#### 4.6.4 Profesní poradenství

Úkolem profesního poradenství je doporučení vhodné profese pro daného jedince. Profesní poradenství je zajišťováno na školách, pedagogicko-psychologickými poradnami a speciálně pedagogickými centry, které mají pomoci mladým lidem při volbě povolání. Také informační a poradenská střediska, zřizovaná při úřadech práce, významně posilují systém profesního poradenství. Poradenská střediska se zaměřují na dospělé jedince, ale také na dospívající mládež a ve spolupráci se školami se podílejí na výběru vhodné školy či profese pro klienta, s přihlédnutím ke schopnostem člověka a nabídce pracovních míst v příslušném regionu (Opatřilová, 2003).

Práce je tělesná nebo duševní činnost zaměřující se na výdělek, výživu a uspokojení potřeb. Vede k určitému cíli a k vytváření hodnot, je předpokladem k seberealizaci, uplatnění dispozic k určité činnosti či sociální aktivitě. Pracovní uplatnění je jedním z předních cílů speciálně-pedagogické podpory pro osoby s postižením. Vlastní seberealizace je důležitá pro motivaci k práci na sobě, při překonávání překážek, pro vzdělávání a profesní přípravu a odborný růst (Opatřilová, 2003).

Volba vzdělávací cesty a následné pracovní uplatnění je důležitým v životě každého člověka. Profesní orientace u dospívajících a dospělých lidí se zdravotním postižením je náročnou záležitostí, jejíž řešení je v kompetencích samotného člověka s postižením, jeho rodiny, školy a všech příslušných institucí. Při hledání vhodného profesního zaměření je důležité skloubit vhodné povolání s vlastnostmi schopnostmi člověka se zdravotním postižením (Zámečnicková, 2003).

Abychom mohly člověku doporučit vhodnou profesi, využíváme poznatků z pedagogické i psychologické roviny. Konkrétně :

- Školní výkony a další údaje ze školy.
- Informace od rodičů, známých a blízkých osob.
- Diagnostiku obecných schopností (testování inteligence).
- Diagnostika speciálních schopností (čtecí schopnosti, schopnosti jazykové, matematické).
- Diagnostika školních vědomostí a schopností.
- Diagnostika osobnosti (specifické osobní vlastnosti).

- Diagnostika zájmů a motivací ke studiu (Opatřilová, 2003).

V profesním poradenství bývají častěji používány testy inteligence, u lidí se zdravotním postižením se odborníci přikládají spíše k individuálnímu vyšetření. Při testování inteligence je důležitá nejenom celková úroveň rozumových schopností jedince, ale i charakteristika dílčích schopností, předností, popřípadě míra nedostatků a hlavně míra využitelnosti těchto schopností, která u lidí se zdravotním postižením může být změněna. V rámci vyšetření dílčích schopností a dovedností je důležité vyšetření motoriky, komunikace a sociability. Důležitými zdroji informací je kromě psychologického vyšetření také rozhovor s dospělým či dospívajícím se zdravotním postižením a jeho rodiči (Černá, 2008).

Profesní dráhou rozumíme „objektivní průběh konkrétně vykonané profesní činnosti během života člověka, případně sled jeho povolání“ (Opatřilová, 2003, s.203).

Profesní dráha je v současné době chápána jako určitý sociální status člověka. Je posuzován podle profese, kterou člověk vykonává, nebo na kterou se připravuje. Profesní dráha u jedince s postižením se vyznačuje různým vývojem v důsledku postižení, omezené volby povolání a díky tomu i profesní orientace. Důležité je tedy utváření schopností a dovedností významných pro volbu povolání, pro jeho výkon nebo následnou rekvalifikaci. Profesní orientace obsahuje všechny prostředky a opatření, které informují nejen dospělého člověka či mládež s postižením, ale také jejich rodiče, učitele a všechny zainteresované osoby (Opatřilová, 2003).

Hořánková (1995 in Opatřilová, 2003) udává, že poradce by měl klienta informovat o podmínkách práce v co největším počtu zaměstnání a také s podmínkami kvalifikačních předpokladů. Profesní poradce poskytuje mladistvým a dospělým klientům informace pro volbu druhu vzdělání nebo profesní přípravy. Vždy však musí přihlížet ke způsobilosti, možnostem, zájmům a schopnostem člověka s postižením.

Pracovní poradenství může probíhat formou individuálního nebo skupinového poradenství. **Individuální poradenství** probíhá v interakci klienta s poradcem. Tato forma poradenství probíhá pomocí rozhovorů a konzultací. Klientovi pomáhá poznat sám sebe, své zájmy a určení vhodné profesní orientace. Během konzultací jsou

poskytnuty aktuální informace pro přípravu na povolání. Skupinové poradenství zajišťuje poradenství většímu počtu klientů. Skupinové formy poradenství zahrnují přednášky, kurzy, besedy, semináře, skupinové diskuze kurzy pro speciální skupiny. Také při skupinových poradenstvích jsou zjišťovány profesní zájmy, přání a hodnocení schopností. Mezi nejúčinnější formy poradenství při volbě povolání patří besedy a přednášky (Hořánková, 1995 in Opatřilová, 2003).

#### **4.6.5 Vzdělávání dospělých**

Potřeba celoživotního vzdělávání vychází z velkého rozvoje a změn v informačních a výrobních technologiích a ve změnách v hospodářství. Vzdělávání získané ve škole je jen základem spojeným s dalším vzděláváním v průběhu našeho života. Školní vzdělávání představuje poměrně širokou všeobecnou složku rozšířenou o složku odbornou na středních školách a odborných učilištích. Na odborné znalosti a dovednosti využitelné v praxi se však zaměřuje vzdělání celoživotní. Předpokladem dnešní doby je profesní mobilita, což představuje schopnost měnit své pracovní pozice, zaměstnání a celkovou kvalifikaci. To vyžaduje neustále se vzdělávat, proto se celoživotní vzdělávání stává součástí života každého člověka. Celoživotní vzdělávání nemusí mít podobu jen formálního systému v podobě kurzů a navštěvování škol, znalosti a dovednosti lze získat v podobě sebevzdělávání, samostatné práce, distančního vzdělávání a v dnešní době hojně využívaného vzdělávání přes internet. Hlavní formou vzdělání však stále zůstává organizované vzdělávání institucemi (Černá, 2008; Zámečnicková, 2003).

Principy celoživotního vzdělávání jsou odvozeny od základního cíle vzdělávání, kterým je přispívání k individuálnímu, kulturnímu a ekonomickému blahu, ke kvalitnímu životu každého jedince, zvyšování zaměstnanosti a co nejefektivnější využívání lidských zdrojů (Průcha, 1997 in Černá, 2008).

Rovnost přístupu ke vzdělání je obsažena v řadě významných mezinárodních deklarací a konvencí, ve Všeobecné deklaraci práv (1948), V Evropské konvenci na ochranu lidských práv a základních svobod (1950), v Evropské sociální chartě (1961), Deklaraci práv osob mentálním postižením (1971), ve Standardních

pravidlech pro vyrovnání příležitostí pro osoby s postižením OSN (1993), V České republice je to Listina základních práv a svobod (Černá, 2008).

Vzdělávání dospělých je chápáno jako poskytnutí druhé šance těm občanům, kteří z nejrůznějších důvodů nemohli, neuměli nebo nechtěli využít své první příležitosti v rámci počátečního vzdělávání (Černá, 2008).

Beneš (1999 in Černá, 2008, s. 186) definuje vzdělávání dospělých: „Vzdělávání dospělých je proces, ve kterém se dospělý člověk aktivně, systematicky a kontinuálně učí za účelem změny znalostí, názorů, hodnot, schopností a dovedností....“.

Lidé s postižením mají jako všichni ostatní právo a potřebu se neustále vzdělávat a rozvíjet se po celý svůj život. Možnosti ke standardnímu vzdělání však souvisí s druhem a hloubkou postižení, proto řada lidí s těžšími postiženími nemůže běžná vzdělávací zařízení navštěvovat a ke vzdělávání využívají možností občanských spolků a sdružení (Slowík, 2007).

„Prostřednictvím vzdělávání jsou upokočovány lidské potřeby“ (Černá, 2008, s.186).

Lidé s mentálním postižením potřebují pomoc a podporu při učení. To se nejeví tak efektivní, ale výsledky učení jsou pro život člověka s mentálním postižením velice důležité, především ve vedení k soběstačnosti. Je-li člověk s mentálním postižením ponechán bez vedení, ztrácí své dovednosti a návyky (Vágnerová, 2000 in Černá, 2008). Vzdělávání je důležitou životní náplní všech jedinců, kteří z nejrůznějších důvodů nepracují. Vzdělávání otevírá jedincům s postižením nové možnosti v jejich socializaci, vzdělávání se stává procesem a dosažení vzdělání cílem, který je pro jedince hodnotou, o kterou je důležité usilovat. Vzdělávání posiluje sebevědomí a sebedůvěru, vytváří možnost tvorby nových sociálních rolí (Černá, 2008).

Vzdělávání dospělých lidí s postižením lze rozdělit na základní vzdělávání dospělých a další vzdělávání dospělých.

Pro dospělé osoby s postižením, které nemohli z různých důvodů v dětství získat požadované vzdělání, je obsah základního vzdělání stejně důležitý jako způsob získání vzdělávání na základních školách, základních školách praktických



a základních školách speciálních. Dospělý zde získává vědomosti a dovednosti, které si osvojuje běžná populace dětí v průběhu školní docházky. Vzdělávací aktivity pro dospělé osoby s postižením můžeme rozdělit na tři organizační formy:

- Kurzy organizované základními školami, základními školami praktickými a základními školami speciálními.
- Individuální vzdělávání pod garancí speciálního pedagoga ze speciálně pedagogického centra nebo učitele ze speciální školy.
- Večerní školy pro osoby s postižením, které nabízí nevládní organizace ve spolupráci se speciální školou (Černá, 2008).

Další vzdělávání dospělých osob představuje všeobecné nebo odborné vzdělání navazující na studium získané v mladším věku nebo v předchozím cyklu vzdělávání. Jediněc dosahuje dalšího vzdělávání v rámci kontinuálního vzdělávání nebo dalším profesním vzděláváním, které je často realizované jako vzdělávání na pracovišti (on-job learning). Do vzdělávání na pracovišti lze také zařadit podporované zaměstnávání. Do koncepce celoživotního vzdělávání zahrnujeme i kurzy, které nejsou zakončené udělením státního osvědčení, ale představují důležitou nabídku vzdělávání pro osoby s postižením (Černá, 2008).

#### **4.6.6 Výchovně-vzdělávací aktivity v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením kromě poskytování ubytování, zaopatření, zdravotnické péče, rehabilitace a asistence poskytují v rámci výchovně-vzdělávacích aktivit kulturní, sportovní, rekreační a zájmovou činnost, přiměřené pracovní uplatnění, výchovu a vzdělávání, často provozují vlastní komerční aktivity (prodej vlastních výrobků, praní, mandlování, mytí). Zaměření výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením bývá na nejdůležitější fyzické a psychické schopnosti a dovednosti klientů, na získání základních hygienických, sebeobslužných a společenských návyků, na budování pracovních dovedností. Při plánování formy výchovy a vzdělávání se přihlíží k možnostem a potřebám klientů. Výchova probíhá formou vzdělávání v příslušné speciální škole, pracovní formou v podobě pěstiteckých prací, prací kolem domu nebo v dílně, výrobou keramiky a jinými činnostmi. Dále lze vzdělávání poskytovat pomocí umělecké a jiné specializované

činnosti, formou sportovních a kulturních akcí, zájmovou činností a řadou dalších činností. Plánování vzdělávání může být pomocí různých plánů, ale ty vždy musí být pravidelně vyhodnocovány a aktualizovány (Valenta, Müller, 2009).

Pedagogické prostředky rehabilitace mají širokou oblast působení a vždy je důležitá týmová spolupráce všech zúčastněných odborníků ve smyslu mezioborové kooperace (Jankovský, 2006).

#### **4.7 Volnočasová složka ucelené rehabilitace**

Mají-li se lidé se zdravotní znevýhodněním plně zapojit do společnosti, měli by mít také možnost podílet na zájmových a rekreačních aktivitách. Volnočasová složka ucelené rehabilitace se tedy zabývá volnočasovými aktivitami, zájmy, koníčky a seberealizací osob s kombinovaným postižením (Bendová, 2005).

Lidé se zdravotním postižením se mnohdy, díky svému postižení, straní společenských aktivit nebo se jich bojí, díky svému postižení, nemohou zúčastnit. Podmínkou pro zajištění zájmových a rekreačních aktivit je společenská podpora. Tuto pomoc a podporu zajišťují denní centra, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, střediska volného času a specializované instituce pomocí projektů integračně-výchovného charakteru. V rámci přirozené integrace je vhodné, aby se společných aktivit společně účastnili jak intaktní populace, tak lidé s postižením (Valenta, Müller, 2009).

Komplexní (ucelená) rehabilitace se podílí na zajištění vhodné sociální a zdravotní péče, na dostatku podnětů pro rozvoj osob s kombinovaným postižením. Podporuje bezbariérové prostředí, vzdělávání a informovanost osob s kombinovaným postižením a spolupracuje s celou rodinou, ve snaze pomoci překonat těžkou životní situaci a zapojit se do společenského života. Aktivně se tak snaží vyhledávat a reagovat na potřeby osob s kombinovaným postižením (Ludíková a kol., 2005).

## **Praktická část**

### **5 Hlavní cíle šetření a výzkumné předpoklady**

Hlavním cílem šetření bylo zhodnotit pracovní možnosti speciálních pedagogů v péči o dospělé osoby se zdravotním znevýhodněním.

Snahou průzkumu bylo zmapovat možnosti a obsah pracovního uplatnění speciálních pedagogů v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením, jejich spolupráci s ostatními odborníky a rodinou klientů.

Součástí šetření bylo zjistit jaké aktivizační činnosti jsou klientům v centrech sociální péče nabízeny a jaká je jejich oblíbenost u klientů.

#### **Hypotézy:**

**Hypotéza č.1:** V zařízeních sociálních služeb pracuje více speciálních pedagogů, než odborníků z jiných odvětví věnujících se klientům s kombinovaným postižením.

**Hypotéza č.2:** Zaměstnanci center sociálních služeb mezi sebou spolupracují častěji, než s jinými organizacemi a odborníky.

**Hypotéza č.3:** Zaměstnanci center sociálních služeb spolupracují s organizacemi a odborníky častěji při odborném poradenství, než při kulturních akcích a jiných aktivitách.

**Hypotéza č.4:** Mezi klienty jsou nejvíce oblíbené pohybové aktivity a kulturní akce.

## 6 Metodika šetření

Potřebné informace jsem získala pomocí rozdáni anonymních dotazníků do center sociálních služeb. Chráška (2007, in Pohlová, 2010) definuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jde o techniku získání informací od většího počtu respondentů. Výhody přináší možnost sběru informací od velké skupiny respondentů a zároveň anonymita. Dotazník měl 18 otázek, z toho 3 otázky s otevřenou odpovědí, 15 otázek bylo s možností výběru. Výsledky z dotazníkového šetření byly hodnoceny:

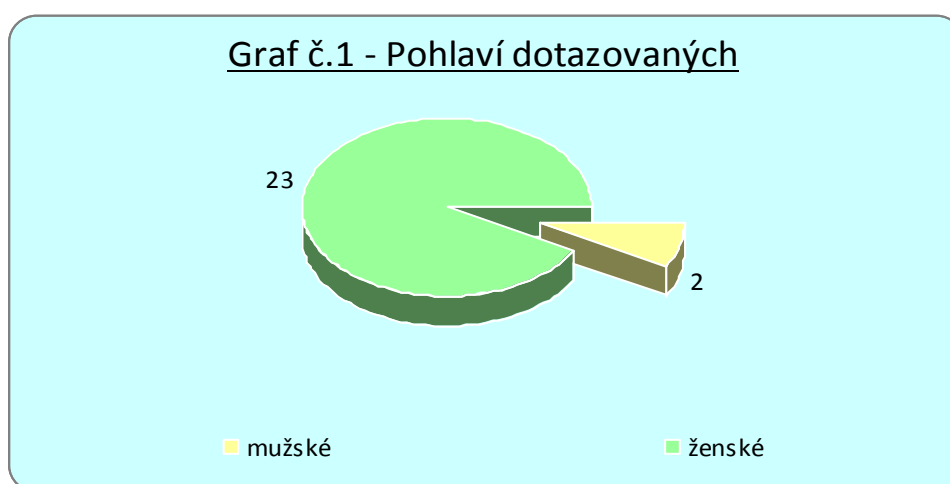
- grafickým znázorněním (pruhový graf s válcovým tvarem, výsečový graf),
- určením četnosti výpovědí.

Dotazníky byly vyhodnocovány pomocí analýzy a syntézy. K jejich zpracování a grafickému znázornění byl použit program Windows profesional a Microsoft Excel.

## 7 Charakteristika vzorku a průběh šetření

Dotazníkové šetření bylo realizováno od dubna 2011 do června 2011. V rámci šetření bylo osloveno 20 center sociálních služeb. Dotazníky byly rozdány do 6 pobytových zařízení, do 9 zařízení denních služeb a 5 zařízení poskytujících ambulantní služby na území města Olomouce a na Šumperku. Dotazník byl určen převážně speciálním pedagogům a také všem odborníkům pracujícím s klienty s kombinovaným postižením. Dotazníky (viz. příloha č.1) byly nejprve poslány vedoucím pracovníkům, nejčastěji ředitelům či ředitelkám, každého zařízení s žádostí o povolení k dotazníkovému šetření. Povolení k dotazníkovému šetření bylo u některých ze zařízení odmítnuto z tím, že žádostí o vyplnění dotazníků mají mnoho a z časových důvodů musí odmítnout. Několik zařízení odmítlo s toho důvodu, že nejsou přímo zaměřeni na práci s klienty s kombinovaným postižením nebo u nich nepracuje žádný speciální pedagog. Z celkového počtu 20 oslovených zařízení se vrátilo celkem 25 dotazníků.

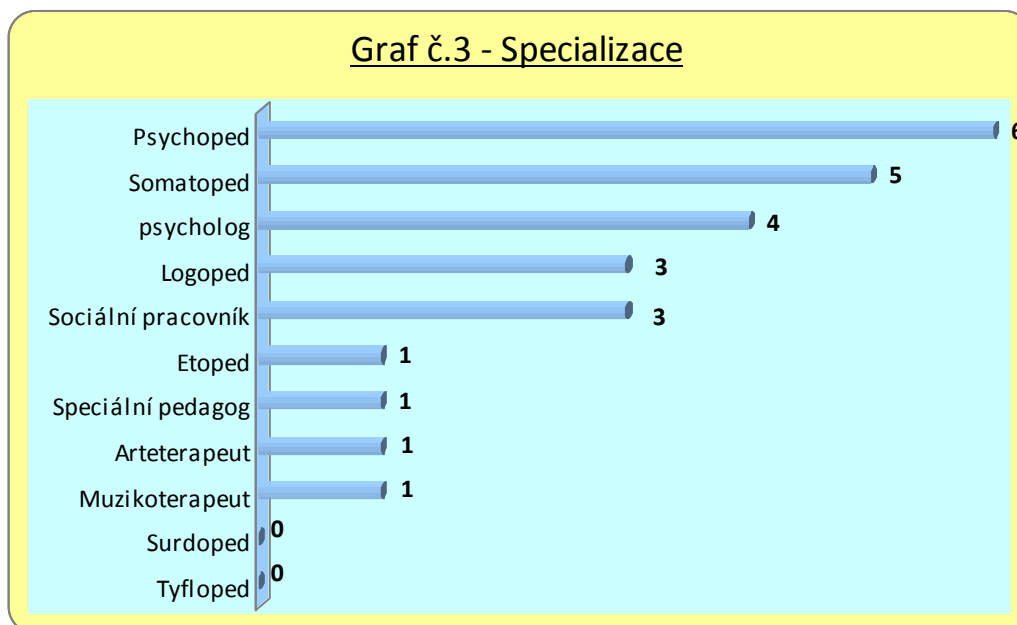
První otázka se týkala pohlaví dotázané osoby. Odpovědělo všech 25 dotázaných, z nichž 23 bylo žen a 2 muži.



Druhá otázka otázky zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Z 25 dotázaných mělo 22 respondentů vysokoškolské vzdělání a 3 respondenti vzdělání vyšší odborné.



Třetí otázka vyjadřovala, kteří odborníci v centrech sociálních služeb nejčastěji pracují. Z 25 odpovídajících bylo 6 osob se zaměřením psychopeda, 5 osob se zaměřením somatopeda, 4 osoby pracovaly jako psychologové, 3 osoby jako logopedi, 3 osoby jako sociální pracovníci, dotazník vyplnil také 1 etoped, 1 speciální pedagog (bez udání specializace), 1 arteterapeut, 1 muzikoterapeut.

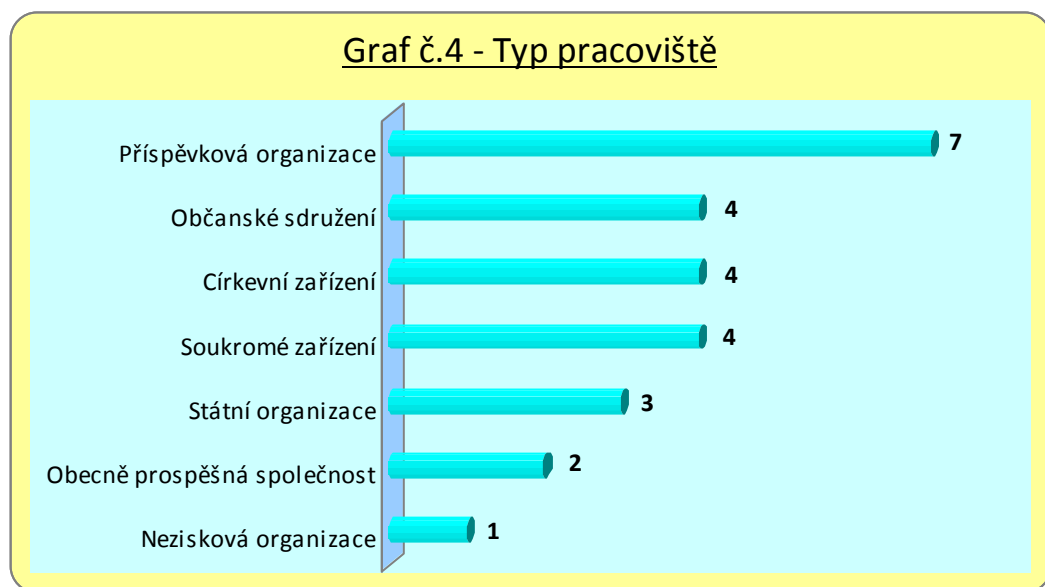


## 8 Výsledky dotazníkového šetření

V této části práce předkládám graficky vyhodnocené jednotlivé odpovědi dotazníkového šetření spolu se stručným komentářem.

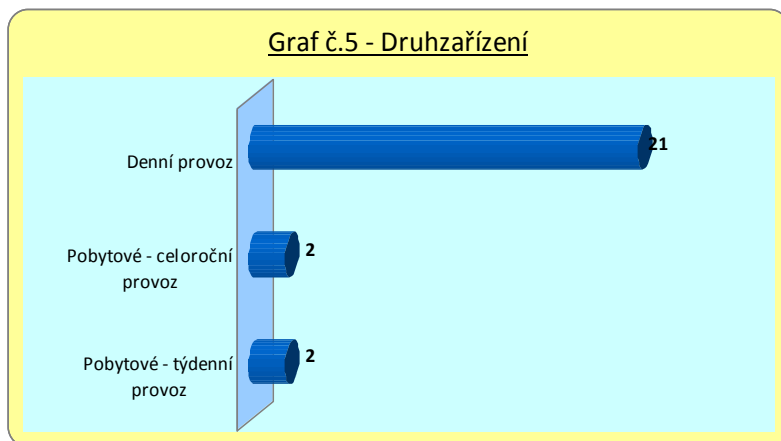
### Otázka č.4 Typ pracoviště

V rámci průzkumu jsem rozdala dotazníky do různých typů organizací. Z vyplněných odpovědí nejvíce lidí pracuje v příspěvkové organizaci, dále odpověděli 4 osoby z občanského sdružení, 4 osoby ze soukromé a z církevní organizace, jen 3 osoby ve státním zařízení a nejméně v obecně prospěšné společnosti a v neziskové organizaci.



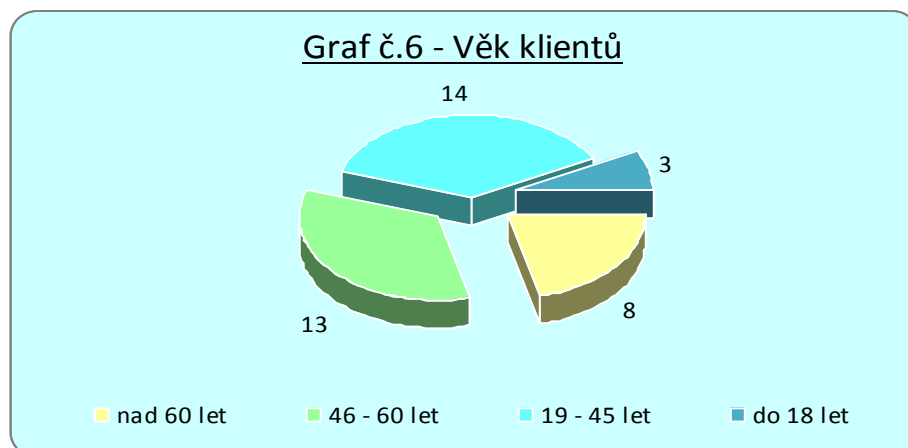
### Otázka č.5 Druh zařízení

V rámci průzkumu byly porovnávány zařízení s denním provozem a pobytová zařízení s týdenním a celoročním pobytem. Většina vyplněných dotazníků se vrátila ze zařízení s denním provozem, jen 2 z organizací s týdenním provozem a ačkoli je předpoklad, že zařízení s celoročním provozem mají více zaměstnanců, byly zde vyplněny jen 2 dotazníky.



### Otázka č.6 Věk klientů v zařízení

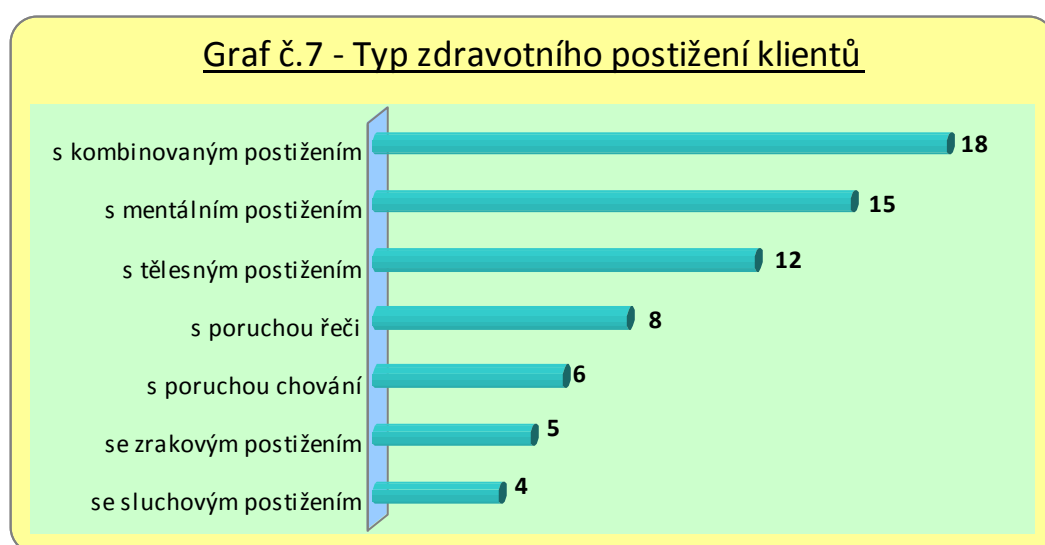
V této práci se zaměřuji na dospělé osoby. Tato otázka měla poukázat na nejčastější věkovou skupinu využívající služeb dotázaných organizací. Nejvíce klientů využívajících služeb dotázaných organizací jsou klienti od 18 do 45 let a klienti od 46 do 60 let, v 8 organizacích využívají služeb sociální péče klienti starší 60 let a 3 organizace poskytují služby osobám mladším 18 let.





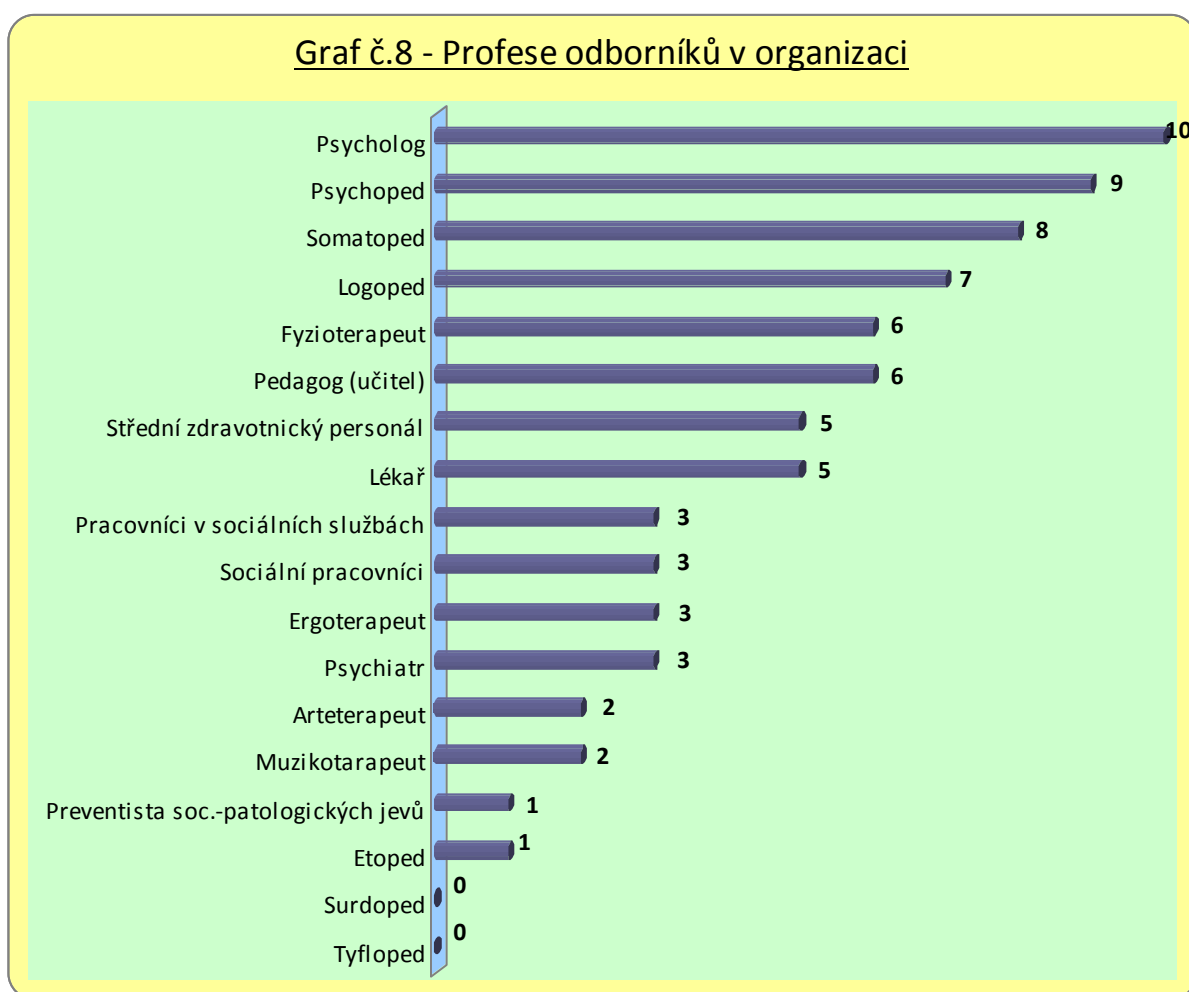
### Otázka č. 7 Typ zdravotního postižení u uživatelů služeb

Tato otázka poukazuje na to, s jakým postižením lidé nejvíce využívající služeb sociální péče. Dotazovaní mohli označit více odpovědí. Nejvíce dotázaných označilo osoby s kombinovaným postižením, v 15 případech osoby s mentálním postižením, 12krát osoby s tělesným postižením, po té následovaly osoby s poruchou řeči, osoby s poruchou chování, osoby se zrakovým postižením a nejméně osoby se sluchovým postižením.



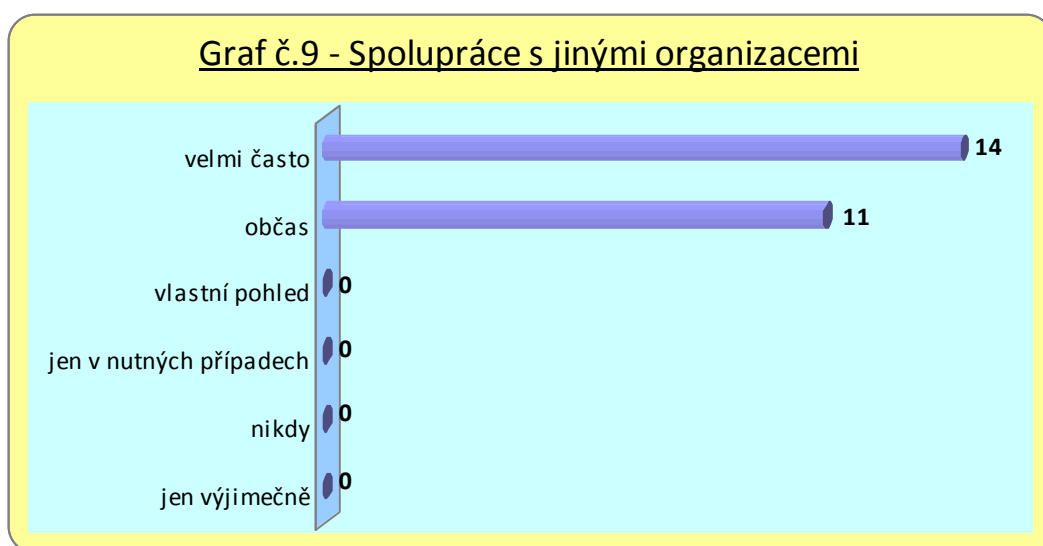
## Otázka č. 8 Kteří odborníci v organizaci pracují

Každá organizace zaměstnává v péči o své klienty řadu odborníků. Nejvíce organizací využívá služeb psychologů, dále pak psychopedů a somatopedů, v 7 organizacích pracují také logopedi, v 6 také učitelé, a fyzioterapeuti, v 5 organizacích poskytují zázemí lékaři a střední zdravotnický personál, v malé skupině organizací pracují také sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách, ergoterapeuti a psychiatři. Dvě organizace zaměstnávají také arteterapeuty a muzikoterapeuty, jak vyplývá z dotazníku, v zařízeních pracují i preventisté soc.patologických jevů a etoped. Surdoped a tyflopéd však v žádném z dotázaných zařízení zaměstnání nebyli.



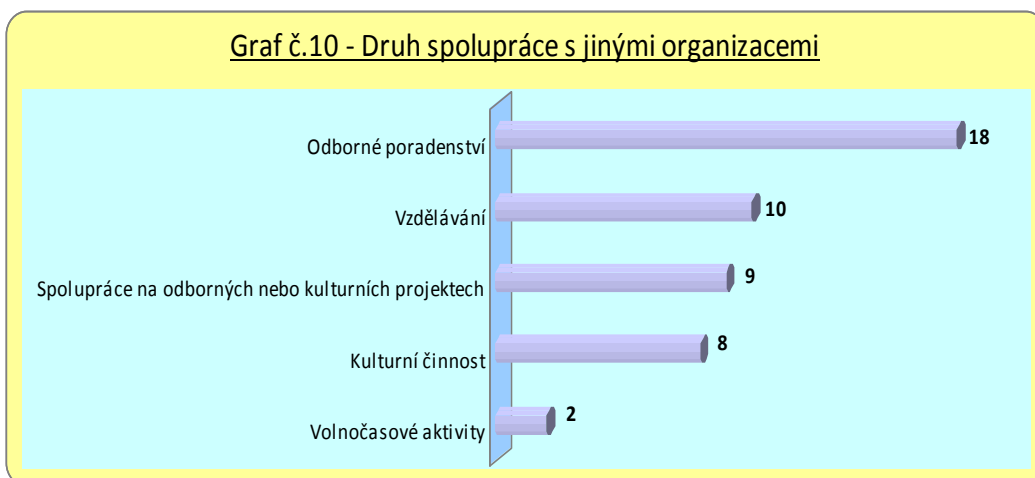
### Otázka č.9 Spolupráce s odborníky z ostatními organizací

Spolupráce mezi odborníky je důležitým předpokladem pro kvalitu poskytovaných služeb, což vyplývá i ze zjištěných údajů. Kladně odpověděli všichni dotázaní, velká část dotázaných uvedla, že spolupráce s ostatními organizacemi a odborníky je velmi častá. Téměř polovina dotázaných s ostatními odborníky občas spolupracuje.



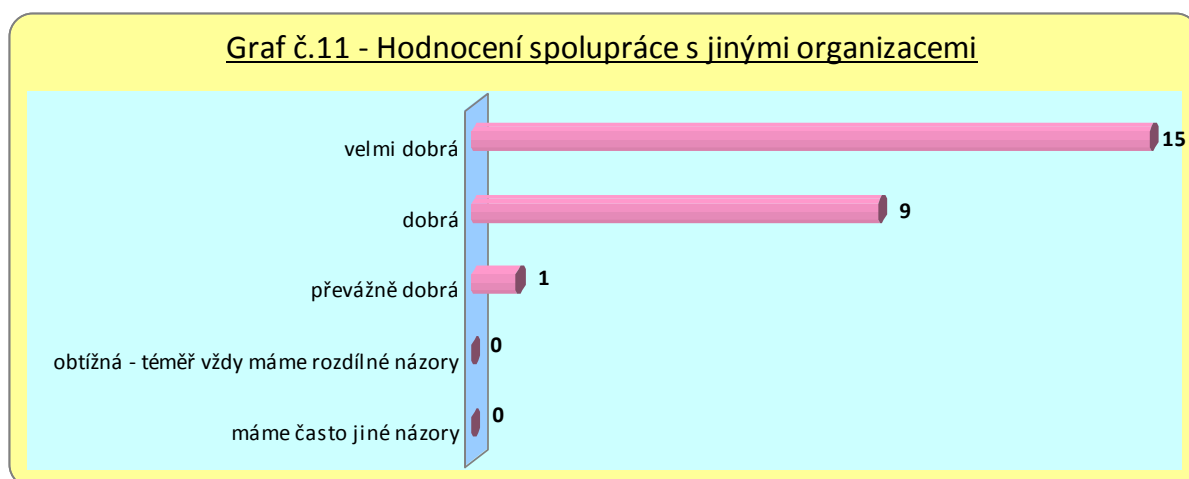
### Otázka č.10 Druh spolupráce s jinými organizacemi

Jak lze předpokládat pracovníci sociálních služeb navzájem komunikují převážně při odborném poradenství, vzdělávání, na kulturních projektech a při pořádání kulturních akcí. Překvapivě málo organizací spolupracuje při pořádání společných pohybových aktivit.



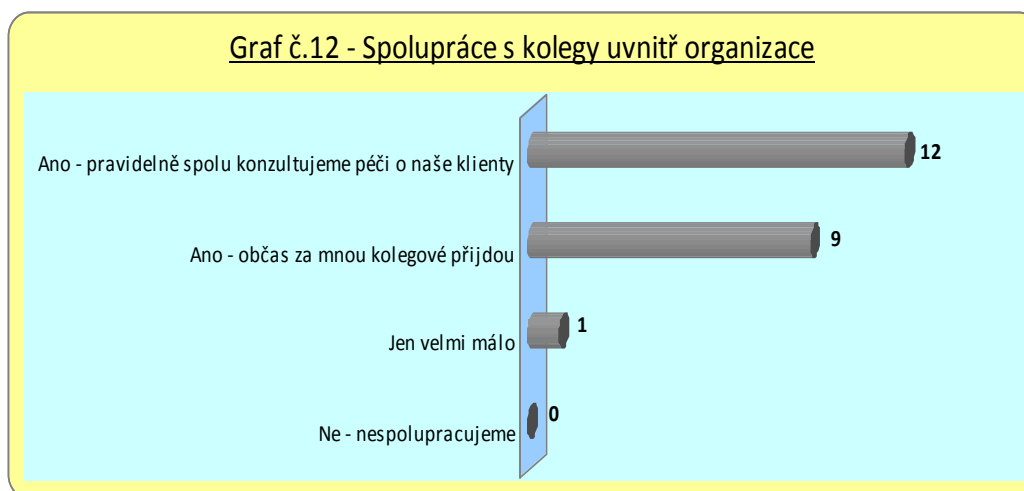
### Otázka č.11 Hodnocení spolupráce s ostatními organizacemi

Určitě pozitivní je zjištění, že většina dotázaných uvedla spolupráci s ostatními organizacemi jako velmi dobrou, část jako dobrou. Žádná záporná odpověď je pravděpodobně projevem fungující spolupráce mezi organizacemi sociální péče.



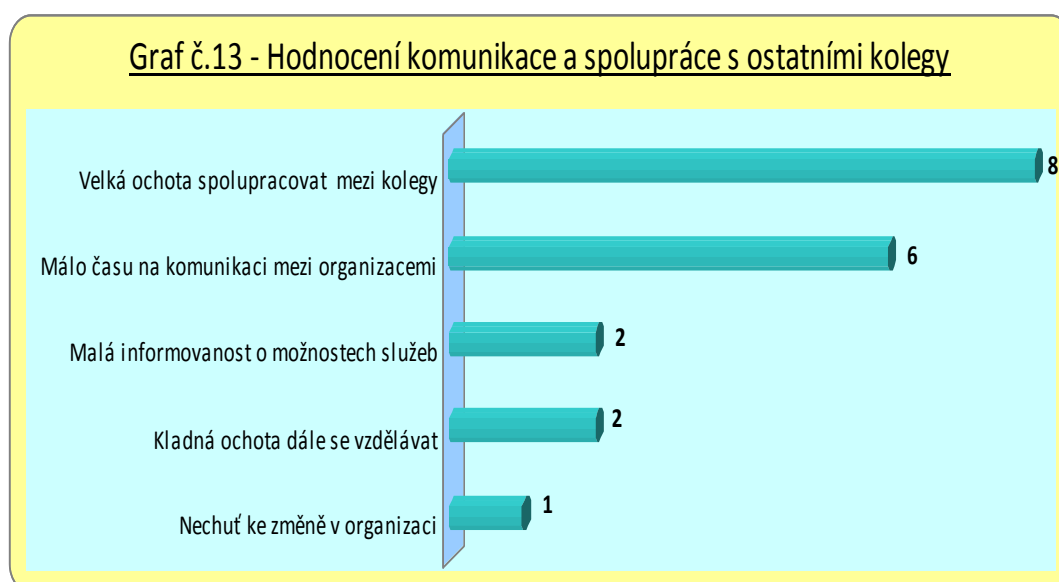
### Otázka č. 12 Spolupráce mezi kolegy

Spolupráce mezi kolegy je důležitým pilířem organizace, což dokazuje i výsledek dotazníkového šetření, kde většina dotázaných udává pravidelné konzultace s ostatními kolegy, velký počet dotázaných s kolegy spolupracuje občas a jen 1 dotázaný udával jen velmi malou spolupráci.



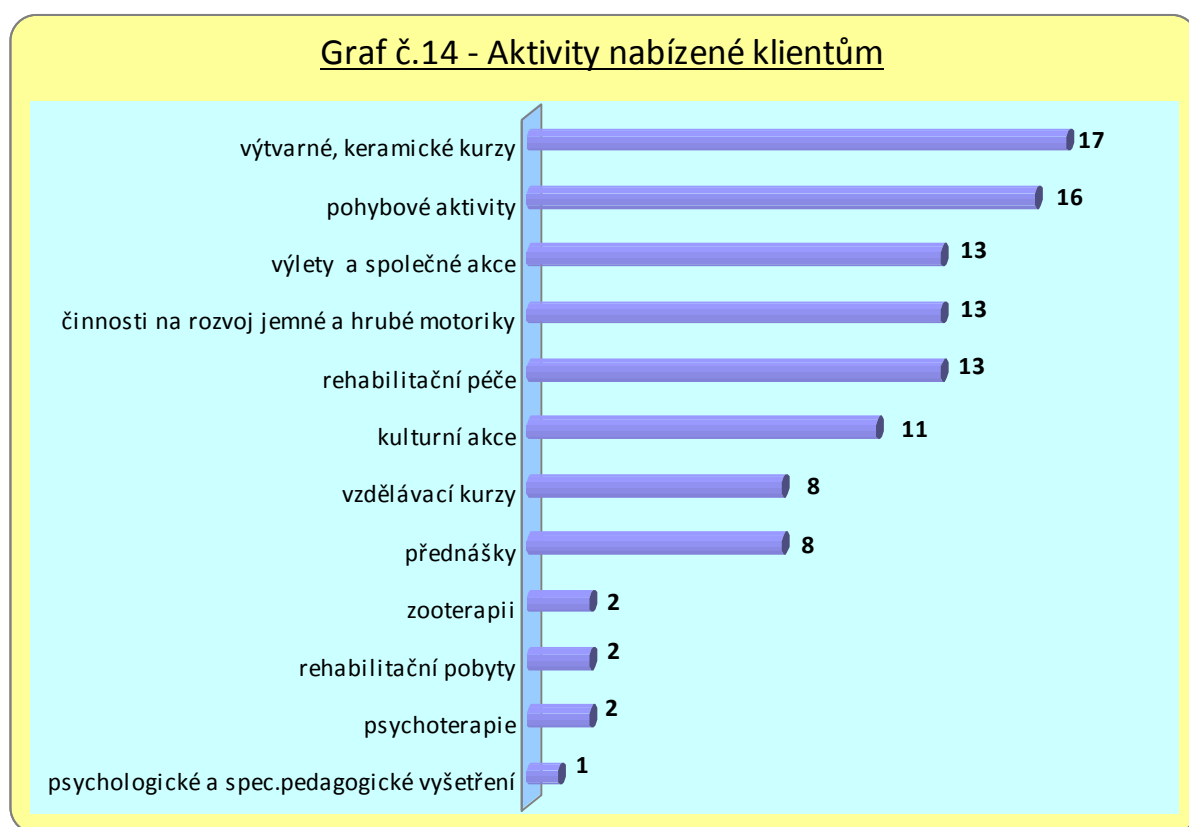
### Otázka č.13 Hodnocení spolupráce a komunikace

Při hodnocení komunikace a spolupráce většina dotázaných kladně hodnotila ochotu spolupráce mezi kolegy, 2 osoby uvítají možnost dalšího vzdělávání, naopak čtvrtina dotázaných by uvítala větší časový prostor na spolupráci mezi organizacemi. Z odpovědí je patrný jistý deficit proinformovanosti odborníků o možnostech sociálních služeb.



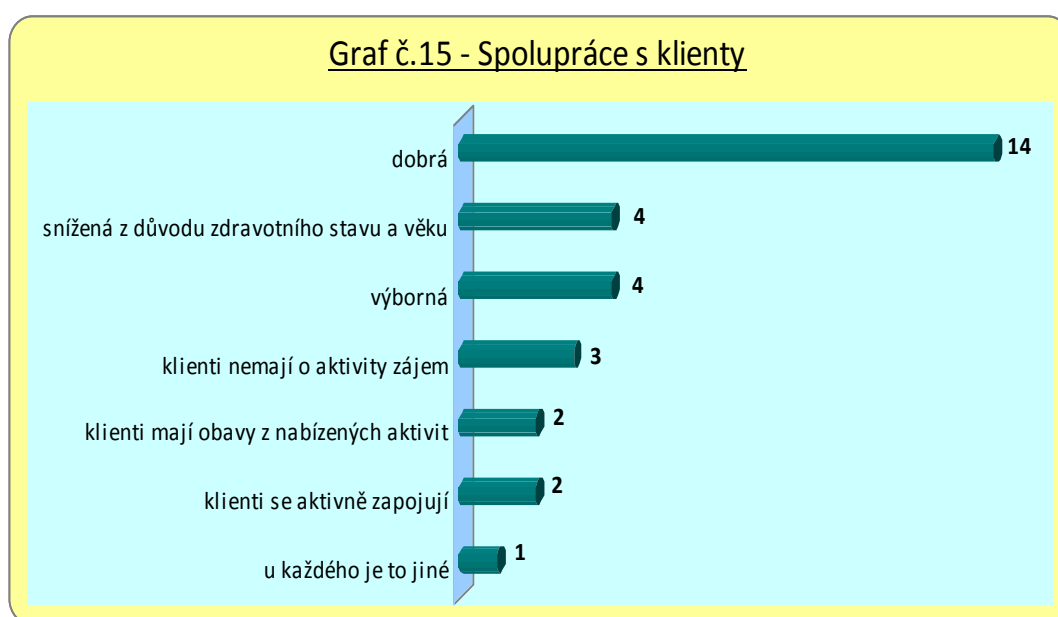
#### Otázka č.14 Aktivity nabízené klientům

Jak vyplývá z šetření, klienti mají v nejvíce organizacích možnost výtvarných a pohybových aktivit. Mnoho organizací pořádá společné výlety, společenské a kulturní akce, podporuje činnosti rozvíjející motoriku a rehabilitační péči. Řada organizací si zajišťuje také vzdělávání svých klientů a nezapomíná také na aktivity podporující psychickou pohodu svých klientů.



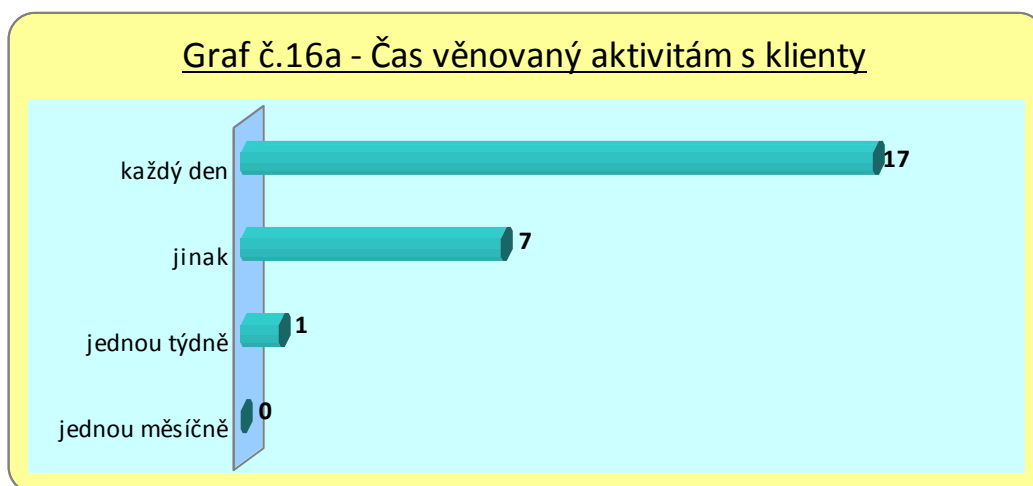
### Otázka č. 15 Hodnocení spolupráce s klienty

Spolupráce s klienty je důležitým předpokladem při poskytování sociálních služeb. Většina dotázaných je se spoluprací klientů spokojena. Z dotazníku je patrný zájem klientů o osobní aktivity, ale také vliv zdravotního stavu klienta při zapojování se do aktivačních činností, klienti projevují strach a také až nezájem o nabízené činnosti.

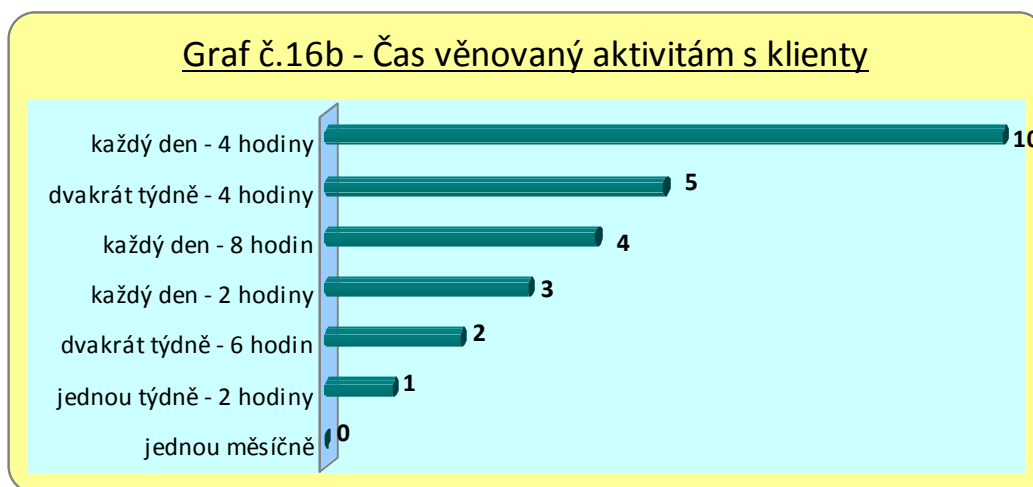


### Otázka č.16a Čas věnovaný aktivitám s klienty

Odborníci z organizací sociálních služeb se svým klientům věnují převážně každý den, dle možností organizace a zájmu klientů lze četnost setkání přizpůsobit aktuálním potřebám klienta a organizace. Převážně se jedná o každodenní kontakt klienta s odborníky sociálních služeb, některé služby jsou poskytovány 1krát či 2krát za týden. Vždy v několikahodinových intervalech.



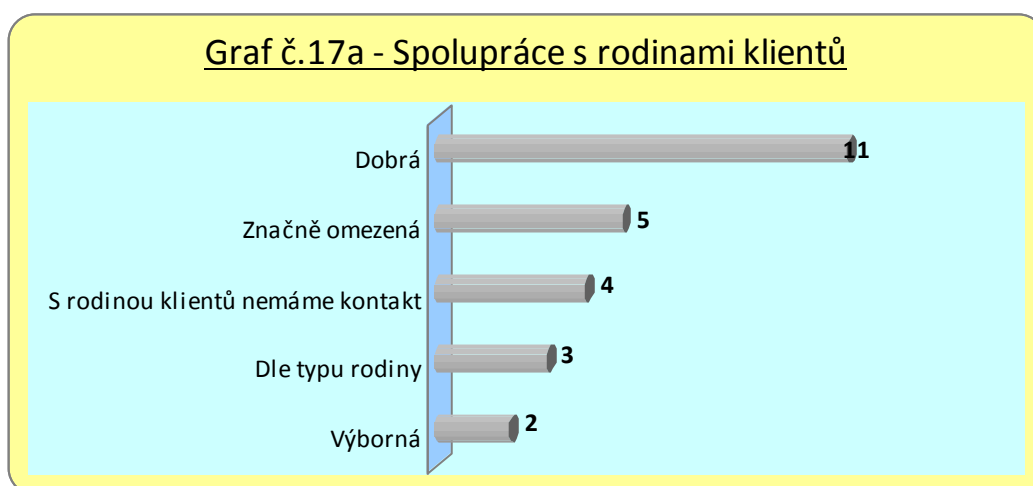
### Otázka č. 16b Čas věnovaný aktivitám s klienty



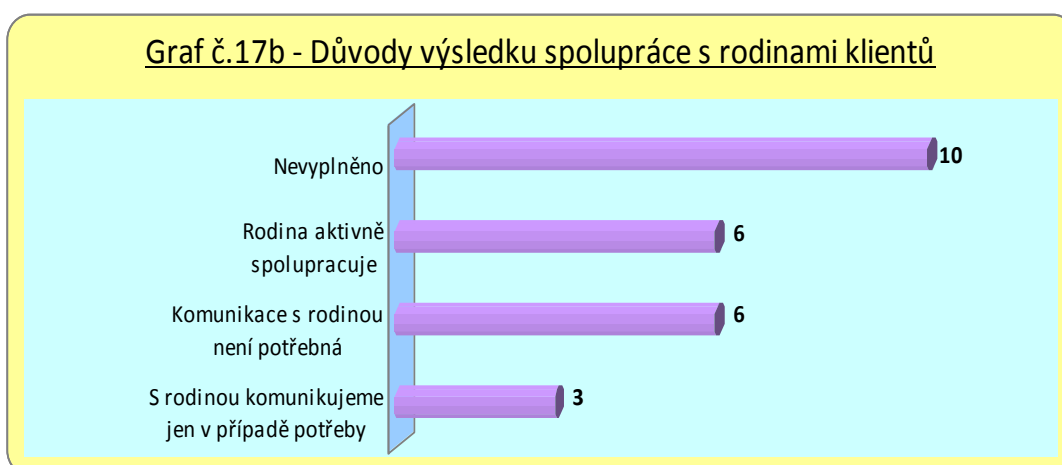


### Otázka č.17a Hodnocení spolupráce organizace s rodinou klientů

Přestože jsou klienty dospělí lidé, je často vhodná spolupráce i s jejich rodinami. Téměř polovina dotázaných je se spoluprací rodiny spokojena. Pětina dotázaných udává spolupráci s rodinou jako značně omezenou. Záleží však také na povaze rodiny, zda má o kontakt s organizací zájem. Příčinu hodnotící spolupráci organizace s rodinou v dotazníku nevedlo 10 dotázaných. Z 15 odpovídajících 6 lidí uvádí jako důvod spolupráce s organizací aktivní zájem o svého člena rodiny, avšak stejný počet odpovídajících se domnívá, že spolupráce s rodinou klienta není potřebná. Některé organizace s rodinou komunikují jen, pokud je to nutné.



### Otázka č.17b Důvody výsledků spolupráce s rodinami klientů



### Otázka č. 18 Nejoblíbenější aktivizační činnosti klientů

Otázka měla objasnit, které z činností jsou pro klienty nejzajímavější a nejvíce využívané. Jak lze předpokládat, každý klient upřednostňuje něco jiného. Nejvíce oblíbené jsou sportovní aktivity, dále pak klienti mají zájem o práci na počítači a vzdělávání. Klienti se také rádi podílejí na pracovních aktivitách, využívají forem psychoterapie. Někteří klienti dávají přednost četbě a času stráveném diváním na televizi.



## 8.1 Vyhodnocení stanovených hypotéz

**Hypotéza č.1: V zařízeních sociálních služeb pracuje více speciálních pedagogů, než odborníků z jiných odvětví věnujících se s kombinovaným postižením.**

V šetření se této hypotéze věnují otázky č. 3 a 8. Z výsledků vyplývá, že většina dotázaných osob byla se zaměřením na speciální pedagogiku a také odborníci pracující v centrech sociálních služeb jsou převážně speciální pedagogové.

Hypotéza č.1 se potvrdila.

**Hypotéza č.2: Zaměstnanci center sociálních služeb mezi sebou spolupracují častěji, než s jinými organizacemi a odborníky.**

Tato hypotéza vybyla řešena v otázkách č.9-13. Z výsledků je zřejmé, že přestože si dotázané osoby spolupráci s kolegy chválí, častěji s odborníky v jiných organizacích.

Hypotéza č.2 se nepotvrdila.

**Hypotéza č.3: Zaměstnanci center sociálních služeb se svým klientům věnují více než 2krát týdně.**

Hypotézou se zabývají otázky č. 16a, 16b. Z výsledky šetření je zřejmé, že se odborníci svým klientům nejčastěji věnují každý den. A to od 4 do 8 hodin.

Hypotéza č.3 se potvrdila.

**Hypotéza č.4: Mezi klienty jsou oblíbenější pohybové aktivity a kulturní akce než výtvarné a tvůrčí činnosti.**

Na hypotézu se snaží odpovědět otázka č. 14 a 18. Výsledky ukazují, že ačkoliv většina organizací nabízí svým klientům řadu činností s různým zaměřením, klienti mají nejraději pohybové a vzdělávací aktivity.

Hypotéza č.4 se potvrdila.

## Závěr

O člověku je tvorem na vrcholu evoluce. Jeho stavba a využívání mozkové tkáně a celé nervové soustavy jej zařadila mezi nejinteligentnější tvory na planetě. Přes všechny snahy a inteligenci je člověk stále velmi zranitelným tvorem. Ať už se ze zdravotním postižením narodí, nebo jej získá během života, má každý člověk právo na pomoc při rozvíjení svých možností a schopností.

Bakalářská práce se věnuje práci a kompetencím speciálního pedagoga pracujícího s dospělými lidmi se zdravotním postižením. Osvětluje termíny speciální pedagogiky, speciálně pedagogické andragogiky, kombinovaných vad a tělesných a mentálních postižení. Obsahuje možnosti vzdělávání, pracovního uplatnění speciálního pedagoga- andragoga, jeho spolupráci s lidmi se zdravotním postižením, jejich rodinami a všemi odborníky při pomoci lidem s kombinovaným postižením v prevenci zhoršování jejich zdravotního stavu. Zaměřuje se na osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením. Klasifikuje jednotlivá postižení, osvětluje příčiny jejich vzniku, zabývá se popisem zdravotních postižení z různých životních hledisek.

Velká část bakalářské práce se věnuje ucelené rehabilitaci jako významnému holistickému přístupu ke člověku. Zabývá se jejími jednotlivými složkami a možnostmi uplatnění přístupu ucelené rehabilitace v péči o klienty s kombinovaným postižením. Uvádí zákonná opatření zajišťující rovnoprávnost a významnou pomoc pro život lidí se zdravotním postižením.

Praktická část pomocí dotazníkového šetření nahlíží na formy poskytování sociálních služeb, jako pomoci lidem s postižením. Sleduje význam sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Jejich využívání lidmi s jednotlivými typy zdravotního postižení. Mapuje pracovní uplatnění speciálních pedagogů v centrech sociálních služeb, jejich využitelnost a pracovní zařazení. Hodnotí spolupráci mezi pracovníky v jedné organizaci i mezi odborníky z organizací jiných. Osvětluje možnosti aktivizačních činností pro klienty se zdravotním postižením, oblíbenost jednotlivých činností a spolupráci klientů s pracovníky center.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že speciálními pedagogy pracujícími s dospělými lidmi se zdravotním postižením jsou zatím převážně ženy. V oslovených zařízeních sociálních služeb pracuje více speciálních pedagogů než ostatních

odborných profesí. Tento rozdíl je však velmi malý a individuální pro každou organizaci. Většina oslovených odborníků aktivně spolupracuje jak se svými kolegy v organizaci, tak i s odborníky z jiných organizací. Spolupráce je z velké části hodnocena jen kladně. Jisté nedostatky jsou zaznamenány při snaze o inovace a v informovanosti o možnostech sociálních služeb. Z dotazníkového šetření je viditelná snaha o zajišťování řady aktivit pro klienty center sociálních služeb a oblíbenost pohybových a vzdělávacích aktivit mezi klienty.

Dnešní svět upřednostňuje fyzickou krásu, zdraví, výkonnost a flexibilitu. V osobním i pracovním životě. Neustále někam spěcháme a nepřipouštíme si nemoci či zdravotní oslabení. Pokud se však dostaneme do situace, kdy my sami nebo někdo z našeho okolí onemocní, musíme se zastavit a přehodnotit celý náš dosavadní život. Hledáme pomocnou ruku, která by nám pomohla a usnadnila novou životní roli pochopit, vyřešit a přijmout ji. Zde je velká plocha pro uplatnění speciálního pedagoga- andragoga. Speciální pedagogové jako odborníci, pomáhají nejen v zapojení se do většinové společnosti nebo v návratu do dřívějšího života. Stávají se také významnou součástí života lidí s postižením, jejich přáteli a rádci.

Každý člověk má určité znalosti a dovednosti a pokud pracuje v týmu lidí, s kterými si rozumí, jsou si jeden druhému pomocníkem i přítelem.

## Seznam použité literatury

### Bibliografické zdroje

- 1) BENDO VÁ, P. Problematika kombinovaných vad z pohledu somatopedie. In LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- 2) BENDO VÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1436-8.
- 3) BRAUNER, R. Komplementární metody léčebné rehabilitace. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- 4) BUŘVALOVÁ, D., REITMAYEROVÁ, E. *Tělesně postižený*. Praha. Vzdělávací institut ochrany dětí. 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.
- 5) ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- 6) DOČKAL, V. Ergoterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- 7) DOLEŽALOVÁ, L. Specifika terciárního vzdělávání studentů se sluchovým postižením In MÜHLPACHR, P. (ed.) *Speciální pedagogika v interdisciplinárních a multidisciplinárních souvislostech*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2008. ISBN 978-80-210-4762-4.
- 8) DUDKOVÁ, I. Postavení hipoterapie v animoterapii a působení zvířat na člověka. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1075-3.

- 9) EISERTOVÁ, J., TICHÁ, V. Příprava canisterapeutického týmu na praktikování canisterapie, výběr vhodného nasazení. In *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. nakladatelství Dona. 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 10) EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a artismem*. 1.vyd. Praha: Portál. 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.
- 11) ESENSKÝ, JÁN. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. Karolínium. 2000. ISBN 80-7184-823-9.
- 12) FIŠER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- 13) GJURIČOVÁ, Š.; KUBIČKA, J. *Rodinná terapie*. 1. vyd. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2390-7.
- 14) HÁJKOVÁ, V. *Podpora speciálních vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. 2008. ISBN 978-80-7290-344-3.
- 15) HAMANOVÁ, P., KVĚTINOVÁ, L., Novíková, Z. *Oftalmopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido. 2007. ISBN 978-80-7315-145-4.
- 16) HARTL, P. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Budka. 1993. ISBN 80-90-15-49-0-5.
- 17) CHMELOVÁ, I. Bobath koncept a DMO. In KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

- 18) JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity. Katedra speciální pedagogiky. 2003. ISBN 80-86633-08-x.
- 19) JANOVSKEÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: TRITON. 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- 20) KOZÁKOVÁ, Z. Osoby s kombinovanými vadami z pohledu psychopedie. In LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1.vyd. Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- 21) KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 3. přepracované vydání. Olomouc: Anag.. 2009. ISBN 978-80-7263-559-7.
- 22) KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- 23) LACINOVÁ, J. Zooterapie. In *Zooterapie ve světě objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. nakladatelství Dona. 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.
- 24) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3.přepracované vydání. Praha: Grada. 1998.. ISBN 80-7169-195-x
- 25) LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- 26) LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika- Andragogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1207-1.
- 27) MÜLLER, O. Teoretický úvod. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1075-3.



- 28) OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnost speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
- 29) OPATŘILOVÁ, D. a kol. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova Univerzita, 2006. ISBN 80-210-3977-9.
- 30) OPATŘILOVÁ, D. Podporované zaměstnávání. In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. 1. vyd. Brno: MSD, spol.s.r.o 2003. ISBN 80-86633-08-X.
- 31) OPATŘILOVÁ, D. Profesní poradenství. In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. 1. vyd. Brno: MSD, spol.s.r.o 2003. ISBN 80-86633-08-X.
- 32) OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání, Brno: Paido. 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.
- 33) PIPEKOVÁ, J. Canisterapie. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido. 2001. ISBN 80-7315-010-7.
- 34) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- 35) PLEVOVÁ, M. *Dítě se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v rodinné terapii*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita. 2007. ISBN 978-80-210-4372-5.
- 36) PULDA, M. *Surdopedie se zaměřením na raný a předškolní věk*. Brno: Masarykova univerzita. 1992. ISBN 80-210-0476-2.
- 37) RENOTIÉROVÁ, M. *Somatologie- Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1203-9.

- 38) RENOTIÉROVÁ, M., BENDO VÁ, P. *Somatopedie pro výchovné pracovníky*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1097-4.
- 39) RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 4.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1475-9.
- 40) SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada. 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 41) ŠULTESOVÁ, L., FIŠEROVÁ, M. Pracovní uplatnění. In *Nápadník sborník informací a rad pro život s postižením*. Liga vozíčkářů. 2010. Brno: tiskárna Helbich.
- 42) VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. 1. vyd. Bratislava: Sapiientia. 2001. ISBN 80-967180-7x.
- 43) VITÁSKOVÁ, K., RÁDLOVÁ, E. *Logopedie- Andragogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2006. ISBN 80-244-1188-1.
- 44) VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. 1. vyd. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity. Katedra speciální pedagogiky. 2004. ISBN 80-86633-08-x.
- 45) VRBOVÁ, J. Canisterapie. In MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- 46) Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- 47) Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Sbírka zákonů ČR, 2006.
- 48) ZÁMEČNÍKOVÁ, D. Profesní orientace a možnosti uplatnění osob se zdravotním postižením. In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. 1. vyd. Brno: MSD, spol.s.r.o 2003. ISBN 80-86633-08-X.

49) ZOUNKOVÁ, I. Vojtova metoda reflexní lokomoce. In KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

### **Elektronické zdroje**

50) [www.unie-pz.cz](http://www.unie-pz.cz)

51) [www.mpsv.cz/cs/8](http://www.mpsv.cz/cs/8)

52) [www.uss.upol.cz/centrum-pomoci-handicapovanym/o-centru.php](http://www.uss.upol.cz/centrum-pomoci-handicapovanym/o-centru.php)

53) [www.ktp.istp.cz](http://www.ktp.istp.cz)

## Seznam zkratk

Integrace: z latinského integer- neporušený, označuje snahu o úplné zapojení, začlenění člověka s postižením do společnosti. Dle WHO (Světová zdravotnická organizace) je integrace sociální rehabilitací, schopností osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech. ( Fišer, Škoda, 2008).

CNS: centrální nervová soustava

Dysartrie: porucha článkování řeči, v důsledku organických lézí CNS, postižena je motorická složka řeči a všechny složky artikulace(Vitásková, Rádlová, 2006).

.

Dyslalie: patlavost,narušení artikulace v užším slova smyslu bez organické příčiny (Vitásková, Rádlová, 2006).

Disabilita: snížení nebo znemožnění vykonávat běžné činnosti, což je způsobeno poruchou jednoho nebo více orgánů různým způsobem na sebe navazujících. Kdy běžnou činností je považována aktivita, kterou bychom očekávaly od člověka stejného pohlaví, věku, potřebnou k osobní nezávislosti v normálním každodenním životě (Dočkal, 2005).

Handicap (znevýhodnění): projevuje se jako omezení jedince vyplývající z jeho vady nebo postižení, které stěžuje či znemožňuje roli, která je pro něj, vzhledem k věku, pohlaví, sociálním a kulturním činitelům, normální (Dočkal, 2005).

## Seznam grafů

Graf č.1 Pohlaví dotazovaných	98
Graf č.2 Věk dotazovaných	99
Graf č.3 Specializace	99
Graf č.4 Typ pracoviště	100
Graf č.5 Druh zařízení	101
Graf č.6 Věk klientů	101
Graf č.7 Typ zdravotního postižení	102
Graf č.8 Profese odborníků v organizaci	103
Graf č.9 Spolupráce s jinými organizacemi	104
Graf č.10 Druh spolupráce s jinými organizacemi	104
Graf č.11 Hodnocení spolupráce s jinými organizacemi	105
Graf č.12 Spolupráce s kolegy uvnitř organizace	105
Graf č.13 Hodnocení komunikace a spolupráce s ostatními kolegy	106
Graf č.14 Aktivity nabízené klientům	107
Graf č.15 Spolupráce s klienty	108
Graf č.16a Čas věnovaný aktivitám s klienty	109
Graf č. 16b Čas věnovaný aktivitám s klienty	109
Graf č. 17a Spolupráce s rodinami klientů	110
Graf č.17b Důvody výsledků spolupráce s rodinami klientů	110
Graf č.18 Nejoblíbenější aktivizační činnosti klientů	111

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Dotazník k práci

124

## Dotazník k bakalářské práci

Dobrý den, jmenuji se Hana Čmochová, studuji 3.ročník Speciálně pedagogické andragogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého. Chtěla bych Vás tímto požádala o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci, ve které bych se ráda zaměřila na spolupráci speciálního pedagoga s ostatními odborníky v péči o dospělého klienty s kombinovaným postižením. Dotazník je zcela anonymní a dle otázky stačí označit jednu, popř. více odpovědí. U některých otázek je možné odpovědět také vlastními slovy.

Děkuji za Váš čas a trpělivost.

S přáním pěkného dne  
Hana Čmochová

### I. Úvodní otázky

1. Pohlaví dotázaného:
  - a) Ženské
  - b) Mužské
  
2. Vzdělání:
  - a) vyšší odborné
  - b) vysokoškolské
  - c) jiné:
  
3. Specializace:
  - a) Etoped
  - b) Surdoped
  - c) Tyflopod
  - d) Somatoped
  - e) Logoped
  - f) Psychoped
  - g) Jiné:
  
4. Typ pracoviště:
  - a) státní organizace
  - b) soukromé zařízení
  - c) příspěvková organizace
  - d) církevní zařízení
  - e) jiné:
  
5. Zařízení
  - a) s denním provozem
  - b) pobytové s týdenním provozem
  - c) pobytové s celoročním provozem

6. Věk klientů (možno více odpovědí):

- a) děti do 18 let
- b) dospělí do 45let
- c) dospělí do 60 let
- d) senioři (60 a více let)

7. Typ zdravotního postižení u uživatelů ( můžete označit více odpovědí)

Klienti s

- a) tělesným postižením
- b) sluchovým postižením
- c) zrakovým postižením
- d) mentálním postižením
- e) s poruchou řeči
- f) s poruchou chování
- g) s kombinovaným postižením

## II. Otázky ke spolupráci všech profesí

8. Kteří odborníci v organizaci pracují?

- a) Pedagog (učitel)
- b) Speciální pedagog
  - somatoped
  - tyflop
  - surdoped
  - psychoped
  - etoped
  - logoped
- c) Psycholog
- d) Psychiatr
- e) Fyzioterapeut
- f) Lékař
- g) Střední zdravotnický personál
- h) Ergoterapeut
- i) Jiní:

9. Spolupracujete s odborníky a organizacemi mimo Vaši organizaci?

- a) Ano, občas
- b) Velmi často
- c) Jen výjimečně
- d) Ne
- e) Jen v nutných případech
- f) Vlastní pohled:



10. V čem nejčastěji s ostatními odborníky a organizacemi spolupracujete?
- a) Odborné poradenství
  - b) Kulturní činnost
  - c) Spolupráce na odborných nebo kulturních projektech
  - d) Vzdělávání
  - e) Jiné:
11. Jak hodnotíte spolupráci s ostatními odborníky a organizacemi?
- a) Velmi dobrou
  - b) Dobrou
  - c) Převážně dobrou
  - d) Máme často jiné názory
  - e) Spolupráce je obtížná, téměř vždy máme rozdílné názory
  - f) Jiný názor:
12. Žádají Vás kolegové ve Vaší organizaci o spolupráci či konzultace
- a) Ano, pravidelně spolu konzultujeme péči o naše klienty.
  - b) Ano, občas za mnou kolegové přijdou.
  - c) Jen velmi málo.
  - d) Ne, nespolečně pracujeme.
  - e) Jiná odpověď:
13. Co se vám na komunikaci s kolegy z Vaší a ostatních organizací líbí a naopak, co je, dle Vašeho názoru ještě nutné zlepšit ve vzájemné komunikaci s kolegy a jinými odborníky? (napíšte, prosím)

### **III. Doplnující otázky ke spolupráci s klienty**

14. Jaké aktivity vaše organizace klientům nabízí (můžete označit více odpovědí)
- a) pohybové aktivity
  - b) rehabilitační péče
  - c) výtvarné, keramické kurzy
  - d) přednášky
  - e) vzdělávací kurzy
  - f) činnosti na rozvoj jemné a hrubé motoriky

- g) výlety a společné akce
- h) kulturní akce
- i) jiné:

15. Jak hodnotíte spolupráci s klienty ( můžete označit více odpovědí)

- a) výbornou
- b) dobrou
- c) sníženou z důvodu zdravotního stavu a věku
- d) klienti nemají o aktivity zájem
- e) klienti se aktivně zapojují
- f) klienti mají obavy z nabízených aktivit

16. Kolik času se aktivitám s klienty věnujete?

- a) Každý den (napíšte, prosím, kolik hodin denně) :
- b) Jednou týdně (napíšte, prosím, kolik hodin):
- c) Jednou za měsíc (napíšte prosím, kolik hodin):
- d) Jiné:

17.A Podle svých zkušeností hodnotíte spolupráci s rodinou klientů jako:

- a) Výborná
- b) Dobrá
- c) Značně omezenou
- d) S rodinou klientů nemáme kontakt
- e) Jiné:

17.B Z jakého důvodu to tak je: (odpovězte, prosím, svými slovy)

18. Jaká aktivizační činnost je u klientů nejoblíbenější: (prosím napište)

Děkuji Vám za vyplnění tohoto dotazníku a věřím, že zde zjištěné informace budou prospěšné i Vám.

## Anotace

Jméno	Hana
Příjmení	Čmochová
Vedoucí práce	Mgr. Perta Jurkovičová Ph.D.
Rok obhajoby	2011
Název práce	Speciální pedagog jako člen týmu při prevenci zhoršování kondice dospělého člověka s kombinovaným postižením
Název práce v angličtině	Special educator as a team member in the prevention of deterioration of an adults with multiplex disabilities condition
Anotace práce	Bakalářská práce se zabývá spoluprací speciálního pedagoga a ostatních odborníků při péči o dospělé osoby s tělesným a mentálním postižením. V teoretické části vymezují vývoj speciální pedagogiky u dospělých, kompetence speciálního pedagoga, problematiku tělesného a mentálního postižení, postavení speciálního pedagoga v rehabilitačním procesu. V praktické části mapují uplatnění speciálního pedagoga – andragoga v zařízeních sociální péče. Jejich spolupráci s ostatními odborníky a klienty s postižením na Šumperku a v Olomouci. Cílem práce je osvětlit možnosti pracovního uplatnění speciálního pedagoga u dospělých. Objasnit jejich úlohu při socializaci lidí s postižením
Klíčová slova	Kombinované postižení, lidé s mentálním postižením, těsné postižení, speciální pedagog, prevence, rehabilitace
Anotace v angličtině	The bachelor thesis deals with cooperation of special pedagogue and other experts when taking care of adults with physical and mental handicaps. Development of special pedagogy with adults, competencies of special pedagogue, issues of physical and mental handicaps, role of special pedagogue in rehabilitation process are defined in the theoretical part. In the practical part there is described fulfillment of special pedagogue- andragogy in institutions of social care. Their cooperation with other experts and clients with handicaps in Šumperk and in Olomouc, as well. The aim of the thesis is to clarify the possibilities of job fulfillment of special pedagogue with adults. Also to explain their roles when socializing handicapped people.
Klíčová slova v angličtině	Multiplex disabilities, people with mental disabilities, handicap, special educator, prevention, physiotherapy
Přílohy vázané v práci	Dotazník
Rozsah práce	128
Jazyk práce	Čestina