UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

HANA AMBROZOVÁ

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika pro 2. stupeň základních škol a střední školy a Přírodopis se zaměřením na vzdělávání

PODMÍNKY PODPORY A PRÁCE S DOSPĚLÝMI SE ZÍSKANÝM TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

OLOMOUC 2010

.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne 23. 6. 2010

…..……

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D., za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci, ale též osobám, které se podílely na vyplnění dotazníku, sloužícího k praktické části bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD 5

I TEORETICKÁ ČÁST 7

1 Základní pojmy, vážící se k tělesnému postižení 7

1.1 Tělesné postižení 8

1.2 Klasifikace tělesného postižení 8

1.2.1 Tělesné postižení vrozené 9

1.2.2 Tělesné postižení získané 10

2 Psychická adaptace na tělesné postižení 11

2.1 Sociální změny 12

2.2 Somatické změny 12

2.3 Psychické změny 13

2.4 Vliv tělesného postižení na osobnost 14

3 Možnosti léčebné a sociální rehabilitace osob s tělesným postižením 15

3.1 Komprehenzivní rehabilitace 15

3.1.1 Léčebná rehabilitace 16

3.1.1.1 Prostředky léčebné rehabilitace 16

3.1.1.2 Pomůcky pro osoby s tělesným postižením 18

3.1.1.3 Snoezelen 20

3.1.1.3.1 Metoda bazální stimulace 21

3.1.2 Sociální rehabilitace 21

3.1.2.1 Přijetí vady a životní pohoda jako cíl rehabilitace, integrace jako cíl rehabilitace 22

3.1.2.2 Formy sociální rehabilitace osob tělesně postižených 23

4 Ergoterapie a pracovní uplatnění tělesně postižených 25

4.1 Pojem ergoterapie a její definice 25

4.1.1 Využití a cíle ergoterapie 26

4.1.2 Práce ergoterapeuta a typy pracovišť, kde pracují 27
4.2 Zaměstnávání osob s tělesným postižením 28
4.2.1 Osoba se zdravotním postižením na trhu práce 30
II PRAKTICKÁ ČÁST 32
1 Charakteristika zkoumaného problému, cíle výzkumu a stanovení hypotéz 32
1.1 Charakteristika zkoumaného problému 32
1.2 Cíle výzkumu 32
1.3 Stanovení hypotéz 33
1.3.1 Hypotéza 33
1.3.2 Konkrétní hypotézy 33
2 Charakteristika výzkumné metody 34
2.1 Dotazník 34
2.2 Popis použitého dotazníku 34
3 Charakteristika výzkumné skupiny 35
4 Analýza a interpretace výsledků 38
5 Verifikace hypotéz 50
6 Závěr praktické části 51
ZÁVĚR 52
POUŽITÁ LITERATURA 53
SEZNAM PŘÍLOH 57

ÚVOD

S tělesně postiženými lidmi se v dnešní době potkáváme téměř každý den. Ne že by tomu v minulosti bylo jinak, ale myslím si, že přístup dnešní společnosti k postiženým lidem se změnil v pozitivním slova smyslu. Dříve se osoby s tělesným postižením nechtěly ukazovat na veřejnosti, obávaly se, aby si na ně ostatní neukazovali, protože jsou něčím odlišní. Dnes díky zvětšenému zájmu o tyto osoby, integračním programům a empatii můžeme říci, že osoby se zdravotním postižením jsou běžnou součástí lidské společnosti. Pokroky v medicíně, rehabilitačních zařízeních a v sociálním odvětví umožňují, aby i tito lidé byli schopni vést plnohodnotný život.

V naší práci jsme se věnovaly podmínkám podpory a práce s dospělými se získaným tělesným postižením, čili jak tyto osoby v životě podporovat a jak s nimi pracovat. Já k tělesnému postižení také nemám daleko. V rodině mám tetu a strýce, kteří mají získané tělesné postižení, teta po nemoci, strýc po autonehodě. Oba dva chodí s pomocí francouzských holí. Oba se nacházeli na pokraji života a smrti, museli projít dlouhodobými pobyty v rehabilitačních zařízeních, ale díky vůli, že budou znovu chodit, to zvládli a jsou schopni se samostatně pohybovat a starat se o sebe sami.

V teoretické části jsme se zabývaly samotným tělesným postižením, jeho dělením, dopadem na psychiku osob s tělesným postižením, úlohou rodiny, možnostmi rehabilitace, problematikou zaměstnávání tělesně postižených a systémem služeb, které mohou osoby s tělesným postižením využívat. V praktické části jsme se formou dotazníku zaměřily na zkoumání životních potřeb a spokojenosti osob s tělesným postižením.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Základní pojmy, vážící se k tělesnému postižení

Na začátku bychom si měli vysvětlit základní pojmy týkající se tělesného postižení. V první řadě se zaměřme na pojem zdraví a nemoc.

Zdraví je pružná rovnováha organismu s prostředím (Renotiérová in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Nemoc je narušení rovnováhy organismu a prostředí, kdy vznikají různé anatomické funkční změny orgánu nebo systému (Renotiérová in Renotiérová, Ludíková et al, 2006).

Další termíny:

„Handicap je negativní důsledek funkční zdravotní poruchy, který se odráží v interakci člověka s okolím a v jeho adaptaci na toto prostředí a omezuje uspokojování běžných životních potřeb (Opatřilová, Zámečníková, 2005, s. 60).“

Zdravotní oslabení je snížená odolnost vůči nemocem a zvýšený sklon k jejich opakování (Jonášková, 2009).

Mobilita (hybnost) znamená všechny pohybové funkce vykonávané kosterním a hladkým svalstvem (Jonášková, 2009).

Imobilita je stav vznikající v důsledku vrozené vady, nemoci či úrazu, kdy dochází k přechodné nebo trvalé ztrátě pohybových schopností jedince (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Zdravotní postižení je shrnující označení pro všechny vady či poruchy, defekty nebo anomálie (Defektologický slovník, 2000 in Opatřilová, Zámečníková, 2007).

„Invalidita je ztráta nebo omezení schopnosti soustavné výdělečné činnosti, kterou se rozumí schopnost pojištěnce vlastní prací dosáhnout výdělek odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem (Opatřilová, Zámečníková, 2005, s. 60).“

Osoba se zdravotním postižením je fyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána plně invalidní nebo částečně invalidní anebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení uznána zdravotně znevýhodněnou (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

1.1 Tělesné postižení

Tělesné postižení ovlivňuje celou osobnost jedince. Vrozené a získané postižení se v mnoha oblastech od sebe odlišují. Potíže v socializaci závisí na druhu a rozsahu závažnosti postižení, na individuálních zvláštnostech a osobnostních vlastnostech. Tělesné postižení primární často vede i k potížím sekundárním. Důsledky se projevují v potížích při sebeobsluze, v komunikaci s okolím, v různé míře izolovanosti a závislosti na asistenci druhé osoby. Jedinec s tělesným postižením celý život překonává překážky, ať už somatické, psychické, společenské nebo architektonické (Opatřilová, Zámečníková, 2008).

Existuje mnoho definic tělesného postižení od různých autorů. Pro speciální pedagogiku je jedna z nejstěžejnějších definice od Krause a Šandery, která zní takto:

„Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchylky od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormality čili anomálie (Kraus, Šandera, 1964, s. 16).“

Jinou definici nabízí Hruška (1995, s. 32), který vysvětluje že: „Tělesně postižení jsou jedinci s postižením pohybového, nosného nebo nervového ústrojí, jejichž společným znakem je imobilita nebo vrozená mobilita.“

„Tělesným (somatickým) postižením rozumíme v obecné rovině takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými, anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte) (Jankovský, 2001, s. 31).“

„Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu, jejichž společným znakem je omezení pohybu, a toto tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti (Vítková, 2003, s. 4).“

1.2 Klasifikace tělesného postižení

Tělesné postižení způsobuje jedinci vždy určité pohybové omezení, které může vést i k omezení poznávacích schopností. Tělesné postižení se nejčastěji dělí na vrozené a získané (po úraze či nemoci). Vrozenou vadu má v ČR každé 25. dítě a řadí se tak mezi země, kde je výskyt těchto vad vyšší než v jiných zemích.

Vyskytují se jak vady vážnějšího charakteru, tak i takové, které nemají vliv na kvalitu života. Počet vrozených vad se za posledních 30 let ztrojnásobil. Příčinou je spíše fakt, že lékaři objevují stále nové vady. Nejčastější vady jsou vady srdeční. Na vzniku vad se podílí věk matky a pohlaví dítěte (Opatřilová, Zámečníková, 2007).

Opatřilová, Zámečníková (2007) rozdělují tělesné postižení dle místa vzniku postižení na vady, obrny, deformace, malformace a amputace. Obrny postihují centrální a periferní nervové soustavy a projevují se poruchou hybnosti. Dle doby vzniku se dělí na vrozené a získané, dle stupně na parézy a plegie, a dle místa na centrální a periferní. Do centrálních obrn řadíme Dětskou mozkovou obrnu, Poliomyelitis, mozkové nádory, příhody a embolie a traumatické obrny. Také sem patří rozštěp páteře, úrazy páteře s následným poraněním míchy, roztroušená skleróza mozkomíšní nebo Parkinsonova nemoc. Periferní obrny jsou následkem hlubšího poranění, zánětů, úrazů nebo otevřených zlomenin. Deformace jsou charakteristické nesprávným tvarem orgánů nebo části těla. Jedná se o deformace horních a dolních končetin (např. syndaktylie, polydaktylie, peromélie), deformace páteře a hrudníku či jiná zánětlivá poškození pohybové aparátu.

„Amputace je nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla (Opatřilová, Zámečníková, 2007, s. 31).“ Rozlišujeme je v důsledku chirurgického zásahu nebo traumatických příčin.

Malformace jsou typické znetvořením. Sem řadíme aplazii nebo rozštěp rtu.

Renotiérová (in Renotiérová, Ludíková et al., 2006) rozděluje tělesné postižení na dvě skupiny, a to vrozená tělesná postižení a získaná tělesná postižení. Vrozená tělesná postižení dále dělí na vrozené vady končetin a růstové odchylky (např. amélie, dysmélie, fokomélie, syndaktylie atd.), centrální a periferní obrny a Dětskou mozkovou obrnu. Získaná tělesná postižení rozděluje na deformace, tělesná postižení po úraze, tělesná postižení po nemoci (revmatická onemocnění, dětská infekční obrna, Perthesova nemoc či myopatie).

1.2.1 Tělesné postižení vrozené

Vrozené vady vznikají poruchou zárodku již v počátku těhotenství, během těhotenství a po porodu maximálně do jednoho roku dítěte. (např. úrazy matky, infekční onemocnění, komplikacemi při porodu, ovlivnění léky…). Patří sem vrozené

vady lebky a páteře (poruchy tvaru a velikosti lebky), vrozené vady končetin a růstové odchylky (amélie, fokomélie, polydaktylie…) a centrální a periferní obrny (Dětská mozková obrna). Je to postižení, které vzniká v raném věku, a proto zásadně ovlivňuje vývoj jedince. Ten se musí neustále přizpůsobovat novým životním situacím a jeho možnosti jsou omezovány. Vzhledem k tomu, že je na tuto situaci zvyklý od narození, není pro něj postižení tak traumatizující, než když je získá v průběhu života (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

1.2.2 Tělesné postižení získané

U získaného tělesného postižení jsou nejčastější příčiny deformace (získané deformace), úrazy (úrazová onemocnění mozku a míchy, úrazové poškození periferních nervů, amputace) a onemocnění (revmatická onemocnění, myopatie, Perthesova choroba).

U tohoto typu postižení hraje větší roli psychika jedince. Ten má možnost srovnání se stavem, jaký byl před nemocí a hůře se s novou životní situací srovnává. V tomto okamžiku je pro něho důležitá rodina a nejbližší okolí, kteří jedinci pomáhají se s novými skutečnostmi vyrovnat (Buřvalová, Reitmayerová, 2007).

Získané tělesné postižení představuje vyšší trauma pro osobnost jedince, protože jedinec ví, co ztratil a novou životní situaci vidí jednoznačně hůře. Důležitým faktorem, který hraje roli při kvalitě života je rozsah a stupeň pohybového omezení, a jedinec tak zjistí úroveň své samostatnosti. Ta je dána schopností sebeobsluhy a samostatné lokomoce (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

2 Psychická adaptace na tělesné postižení

Každá vada nezasahuje pouze orgány, ale má vliv na úplnou osobnost postiženého jedince a staví člověka před novou sociální situaci. Přístup laické společnosti k postiženým lidem je postaven na základě předsudku, který vychází z nedostatečné informovanosti veřejnosti. Ale takové předsudky si vytvářejí i tělesně postižení ke zdravým osobám.

Psychologické obtíže zdravotně postižených lidí bývají odlišné podle kategorie postižení, jeho závažnosti, ale i dle charakteru osobnosti. Závažné onemocnění člověku přináší stres, se kterým se musí určitým způsobem vyrovnat. Toto vyrovnávání se s novými skutečnostmi probíhá v určitých fázích: (Vágnerová, 1999)

1. fáze šoku a popření. Nastává ihned po zjištění onemocnění. Člověk si sám sobě namlouvá, že toto přece se nemůže stát jemu. Člověk tak získává čas, aby se s novou životní situací vyrovnal a byl schopen později přijmout další kroky k léčení své nemoci.

2. fáze bezmocnosti. Jedinec neví, co by měl dělat. Bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekává pomoc, ale neví jakou a v čem by měla spočívat.

3. fáze postupné adaptace a vyrovnání se problémem. Jedinec nakonec musí přijmout svou nemoc a reaguje na ni různým způsobem. Závisí tak na jeho vlastnostech, zkušenostech a hodnotách. Často se uchyluje k útoku nebo úniku. Běžnějším způsobem obrany bývá únik k pracovním činnostem či únik do fantazie, kde se necítí ničím ohrožen. Mohou se objevit i přechodné reakce, kdy se jedinec ničemu nebrání a jen trpí nebo se bouří svému osudu.

4. fáze smlouvání. Je to přechodné období, kdy člověk přijímá své postižení a nové skutečnosti.

5. fáze realistického postoje. Jedinec už akceptoval, že jeho stav nelze změnit. Velká většina nemocných se ale s vlastním postižením nesmíří nikdy (Vágnerová, 2008).

Podešva ve své publikaci uvádí následující fáze:

1. zhroucení ideálů, kdy šok je nutnou obrannou reakcí organizmu
2. zavržení, které nastává zejména po sdělení diagnózy
3. pochopení situace, ale nikoli smíření se s ní
4. přijetí, neboli vyrovnání se, postoj tváří v tvář problému a životu (Podešva,

2007).

Krejčířová ve své publikaci uvádí následující stádia:

První je stadium šoku, kdy jedinci prožívají pocity zmatku a reagují nepřiměřeně. Druhé stadium je popření případně vytěsnění informace o postižení. Třetí stadium je smutek, zlost, úzkost, pocity viny. Typické je hledání viny u druhých, agresivita, vztek na celý svět i sebe sama. Čtvrté je stádium rovnováhy, kdy jedinec přijímá svou situaci. Posledním stádiem je reorganizace, během které se jedinec se svým postižením smíří a hledá optimální cestu do budoucna (Říčan, Krejčířová, 1997).

2.1 Sociální změny

Tělesné postižení ovlivňuje sociální status postiženého. Jeho postavení v rodině se mění a mnohdy mu nezbývá nic jiného, než být závislý na ostatních členech rodiny. Odezva na postižení je závislá i na chování blízkého okolí a na způsobu přijetí této změny. Sociální reakce jsou nejviditelněji patrné v proměně zevnějšku (např. výrazným hubnutím, amputací končetiny, padáním vlasů apod.) nebo změnou oprávnění k úkonům, které mají vliv na samostatnost postiženého. Osoba s tělesným postižením vyžaduje větší emoční podporu, ale také bývá ke svému okolí přecitlivělý, podrážděný a vztahovačný. Lidé s tělesným postižením se také příliš koncentrují na problémy a pocity, mají zájem jen o své zdraví a ztrácí se tak kolektivní témata, která dosud držela vzájemné vztahy (Vágnerová, 1999).

Pro nejbližší okolí není jednoduché jednat s osobou tělesně postiženou patřičným způsobem. Pro zdravé lidi je kontakt s postiženým obtížný z mnoha důvodů. Nemoc jim může připomínat jejich vlastní možné onemocnění a zároveň je onemocnění blízkého člověka pro rodinu traumatizující, vzbuzuje pocity bezmoci a viny, anebo se nemocnému vyhýbají. Vyrovnávání se s touto situací vyžaduje čas. Proto závažné onemocnění jednoho člena má vliv na celou rodinu (Vágnerová, 1999).

2.2 Somatické změny

Postižení je tím méně přijatelné, čím více má negativní vliv na kvalitu života postiženého (např. závislost na osobě blízké, nemožnost postarat se o osobní

hygienu, imobilita, bolest, oslabení apod.) Základním symptomem je bolest, která může signalizovat negativní změny tělesného stavu. Bolest znamená kompletní vyčerpání člověka s následkem úbytku zájmu o všechno, co měl dosud rád a zhoršení jeho psychického stavu (Vágnerová, 1999).

Pro tělesně postižené osoby je tím těžší se s postižením vyrovnat, čím více je jejich handicap vidět. Viditelná tělesná deformace přináší vždy obvykle negativní sociální význam. Handicap v oblasti tělesného vzhledu má vliv na sebevědomí člověka s tělesným postižením (Vágnerová, 1999).

2.3 Psychické změny

Těžké postižení způsobuje člověku velmi mnoho špatných prožitků, osoba s postižením dostává automaticky horší sociální roli a pod vlivem samotného postižení se mění sebepojetí osoby s postižením a často se také snižuje její sebevědomí. Mohou se tak měnit i její vlastnosti. Psychickou reakcí na postižení se stává prohloubení uvědomění si své odlišnosti od intaktních (Vágnerová, 2009).

Závažné a nevyléčitelné postižení lze chápat jako ohrožení sebe sama a způsobuje stavy úzkosti a strachu. Strach má faktický obsah, kdy osoba s postižením ví, čeho se bojí. Úzkost je citový prožitek, kde předmět obav není známý nebo si ho dotyčný neuvědomuje. Každá osoba s postižením zažívá nejistotu a nikdy zcela neví, co ho čeká dál. Závažné postižení znamená i ztrátu zdraví. Tuto skutečnost doprovází smutek, který se může změnit v depresi a pokud si člověk myslí, že život ztrácí smysl, hrozí i sklon k sebevraždě. Následkem představy neřešitelnosti obtížné životní situace je pocit bezmocnosti a beznaděj (Vágnerová, 1999).

Pro úspěšné zvládnutí takového stavu je třeba vytyčit si základní psychické potřeby: potřeba stimulace, potřeba se ve své situaci orientovat, znát svůj zdravotní stav, potřeba citové jistoty a bezpečí, potřeba sociálního kontaktu, potřeba seberealizace a potřeba otevřené budoucnosti. Je obtížné a důležité najít nový smysl života (Vágnerová, 1999).

Smyslem života se zabývá terapeutický přístup zvaný logoterapie, jejímž zakladatelem se stal Viktor Emil Frankl v roce 1926 (Lukasová, 1997).

2.4 Vliv tělesného postižení na osobnost

Tělesné postižení způsobuje člověku dva základní problémy: nedostatečné pohybové aktivity a deformaci vzhledu. Důležitá je přitom závažnost pohybového omezení, jehož důsledkem je omezení zejména sociálního charakteru. Osoby s hybným postižením mají menší možnost poznat různé sociální prostředí. Osoby s tělesným postižením mají menší míru samostatnosti, obvykle budou určitým způsobem závislé na intaktních lidech v jejich blízkosti. Lidé se získaným tělesným postižením uznávají, že došlo k omezení jejich nezávislosti a změně některých vlastností a stali se citlivějšími a empatičtějšími. Tělesné deformace, které jsou na první pohled viditelné, mají vždy sociální dopad. Negativní reakce okolí a předsudky ovlivňují sociální a psychický stav postižených jedinců a jejich sebevědomí (Vágnerová, 1999).

3 Možnosti léčebné a sociální rehabilitace osob s tělesným postižením

„Pojem rehabilitace se postupně rozšířil v půli 20. století a znamenal původně prostředky pro dosažení návratu k plnému zdraví, tedy odstranění následků úrazu či nemoci. Byl také používán ve smyslu „pracovní rehabilitace“, tedy návrat osoby se zdravotním postižením do pracovního procesu (Votava, 2009, s. 9).“

O rehabilitaci mluvíme i v případě, že navrácení k úplnému zdraví není možné. Cílem rehabilitace je dosažení zlepšení funkční zdatnosti na úrovni jednotlivých tělních struktur či celého člověka, začlenění do společnosti, zlepšení kvality života a vyrovnání se s osobami intaktními (Votava, 2009).

3.1 Komprehenzivní rehabilitace

„Komprehenzivní rehabilitací rozumíme současné pojetí léčby osob s tělesným postižením, které zahrnuje nejen péči zdravotnickou, ale také sociálně právní a pedagogicko psychologickou. Jedná se o vzájemně propojený řetězec intervencí všech odborníků participujících na podpoře komplexního rozvoje jedinců s poruchou hybnosti (Renotiérová, Bendová, 2005, s. 36).“

Součástí komprehenzivní rehabilitace je zdravotní složka, psychologická složka, sociální složka, pedagogická složka, rodinná složka a pracovní složka.

Kábele člení komprehenzivní rehabilitaci na 4 základní složky: léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní, a 4 podpůrné složky: psychologickou, technickou, právní a ekonomickou (in Renotiérová, Bendová, 2005).

Jesenský člení komprehenzivní rehabilitaci na přechodnou a permanentní a podobně jako Kábele rozlišuje složku léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou (in Renotiérová, Bendová, 2005).

Za moderně pojatou lze chápat charakteristiku dle Vaška, který vedle tradičního členění na složku léčebnou, výchovnou, sociální a pracovní klade důraz na podíl motivace a vybudovaných kompenzačních mechanismů jedince s poruchou hybnosti (Renotiérová, Bendová, 2005).

V další kapitole se budeme věnovat některým složkám komprehenzivní rehabilitace.

3.1.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace zahrnuje postupy a procesy, které navazují na léčení nebo se s léčením prolínají. V první řadě se snaží o odstranění defektů a funkčních poruch, v druhé řadě pomáhá i k odstraňování následků zdravotního postižení. V léčebné rehabilitaci se používají jak prostředky léčebné, tak prostředky léčebné rehabilitace. Zároveň se používají i komplementární prostředky jiných pracovních oblastí (psychorehabilitace, arteterapie, ergoterapie, kinezioterapie atd.) Hlavním cílem léčby je odstranění defektu nebo poruchy. V případě, že léčba zcela neuspěje, pomáhá léčebná rehabilitace v udržení stavu remise (zklidnění akutního stavu onemocnění) (Jesenský, 1995).

Léčebnou rehabilitaci můžeme dělit na vertikální, kdy se v důsledku prostředků podaří obnovit původní stav organismu, a horizontální, kdy poškození má trvalý charakter a nese s sebou širší okruh následků (Jesenský, 1995).

3.1.1.1 Prostředky léčebné rehabilitace

K základním prostředkům léčebné rehabilitace patří: léčebná tělesná výchova, rehabilitační a relaxační cvičení, léčba prací (ergoterapie), psychoterapie a psychorehabilitace, fyziatrie, léčebné využívání fyzikálních energií, expresivní terapie (arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie), animoterapie (canisterapie, hipoterapie), dietoterapie (Jesenský, 1995).

Léčebná tělesná výchova usiluje o vyladění svalového tonusu a celkové zlepšení kondice, snaží se o zlepšení svalové síly a zlepšení svalové koordinace (zvláště u pacientů po zánětech mozku, operaci mozkových nádorů, u roztroušené sklerózy, po artrózách) (Jesenský, 1995).

Léčba prací pomáhá k rozvoji různých pracovních schopností. Postupným zatěžováním organismu i začleňováním užití rozličných pomůcek se upravuje nejen fyzický, ale i psychický stav jedince. Nejprve se jedná o sebeobslužné činnosti neboli aktivity všedního dne, postupem času se k nim přidávají i činnosti různého charakteru. Dále se pak může od ergoterapie postoupit k pracovní rehabilitaci a pracovnímu uplatnění (Jesenský, 1995).

Psychoterapie a psychorehabilitace využívají rozsáhlých psychologických

prostředků od vyrovnání se s vadou k celkovému vyladění psychické kondice. Snaží se tak v rámci léčebné rehabilitace zajistit psychickou pohodu klienta (Jesenský, 1995).

Fyziatrie je léčení s pomocí fyzikálních energií. Pracuje jednak s upraveným elektrickým proudem jako stimulátorem nervosvalové aktivity, dále pak teplem, které podněcuje krevní oběh a látkovou přeměnu v tkáních. Pomáhá při zmírňování bolesti. Chlad se používá méně, pro snižování lokální bolestivosti nebo spasticky. Může se využívat i magnetoterapie (Jesenský, 1995).

Arteterapie v širším slova smyslu znamená léčbu uměním včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užší slova smyslu znamená léčbu uměním výtvarným (Šicková in Müller, 2007).

Je zásadní pro procvičování jemné motoriky, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce a významný je i její psychologický efekt. Způsobuje uvolnění tenzí, rozvíjí kreativitu a napomáhá k dosažení psychické pohody (Jesenský 1995).

Léčebná rehabilitace využívá pro nápravu a kompenzaci různých technických prostředků a spolupracuje v tomto směru s protetikou. Zásadní rozšíření a zkvalitnění představují moderní elektronické pomůcky (Jesenský, 1995).

Muzikoterapie je expresivní terapie, léčba pomocí hudby. Využívá hudby, rytmu, nejrůznějších zvuků a tónů a pracuje i se zpěvem. Má podobný význam i efekt jako arteterapie. Hudba tak může mít jak relaxační účinky, tak i stimulační efekt. Je významným prostředkem komunikace a vyjadřování vnitřních pocitů (Jankovský, 2006).

Canisterapie je terapeutická metoda pozitivního psychosociálního a fyziorehabilitačního působení na potřebné osoby prostřednictvím speciálně vedeného a cvičeného psa nebo feny. Uplatňuje se zejména jako pomocná metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné. Je jednou z mnoha složek zooterapie-což je terapie za přítomnosti vhodných druhů zvířat, která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž pojem zdraví je zde myšlen přesně podle definice WHO-Světové zdravotnické organizace, jako stav psychické, fyzické a sociální pohody. Canisterapie klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně integračních, na povzbuzení imunity prostřednictvím psychiky formou polohování a zahřívání částí těla (Vrbová in Müller, 2007).

Hiporehabilitace je speciální forma fyzioterapie prostřednictvím koně. Pomocí

senzomotorických impulzů ze hřbetu koně se cíleně působí na klienty s poruchou hybnosti nebo poruchou držení těla. Hiporehabilitace je významnou složkou komplexní léčby klientů neurologie, ortopedie a interního lékařství. Hiporehabilitace je individuální terapie. Klient je indikován a v průběhu léčby pravidelně kontrolován příslušným odborným lékařem. Při vlastní terapii klient leží nebo sedí na vedeném koni a je korigován vyškoleným fyzioterapeutem (Votava, 2009).

3.1.1.2 Pomůcky pro osoby s tělesným postižením

Pro osoby s tělesným postižením a hlavně s poruchou hybnosti má velký význam pro život ortopedická protetika.

Jonášková (in Renotiérová, Ludíková at al., 2006) dělí ortopedickou protetiku na protetometrii, protetiku vlastní, ortotetiku, calceotiku, epitetiku a adiuvantiku.

Protetometrie poskytuje podklady pro výrobu, konstrukci a aplikaci všech druhů ortopedických pomůcek (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Protetika vlastní usiluje o náhradu ztracené části těla či pohybové funkce. Řadí se sem protézy horních a dolních končetin. Náhrady umožňují chůzi a stoj u dolních končetin a manuální činnosti u horních končetin. Nejvyšší stupeň při náhradě lidské ruky představuje myoelektrická protéza neboli bioruka, která se aplikuje v případě vrozené či získané primární poruchy hybnosti a amputace horní končetiny (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Ortotetika se užívá tehdy, kdy příslušné tělní části jsou přítomny, ale jejich funkce je oslabena nebo ztracena. Tyto stavy vznikají po obrnách, při změně růstu nebo po nemoci. Ortotetika využívá léčebný efekt ortéz (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Epitetika se zabývá náhradami ztracených, nevyvinutých či atrofovaných částí trupu nebo končetin (epitézami). Neměla by překážet v pohybu a zachovat bezpečnost při práci (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Calceotika se zabývá speciální obuví pro úpravu patologicky změněné nohy. Měla by mírnit bolestivost, bránit zhoršování vady, poskytovat odpovídající stoj a chůzi.

Adiuvantika umožňuje provádět běžné úkony v životě. Adiuvantika můžeme dělit: pro osobní hygienu a sebeobsluhu (madla, pomůcky pro oblékání), pro lokomoci (berle, lezítka, chodítka, hole, ortopedické vozíky), pro práci a erudici (obraceče listů

v knize), pro sport, zájmy aj. (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).
Berle, hole, chodítka a kozičky umožňují samostatný pohyb osob s poruchou hybnosti dolních končetin. Nácvik používání těchto pomůcek se provádí v léčebné rehabilitaci. Při pohybu s těmito pomůckami se váha přenáší na horní končetiny, což způsobuje unavitelnost horních končetin. Proto je třeba dodržovat pohybovou relaxaci (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Hole jsou jedny z nejčastějších kompenzačních pomůcek pro osoby s tělesným postižením. Dělí se na jednobodové a vícebodové. Slouží k vycházkové chůzi, kdy jedinec využívá střídavé opory o zdravou končetinu a hůl. Uživatel drží hůl v horní končetině, která je protilehlá k dolní končetině, kde je patrná porucha hybnosti (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Berle stabilizují svalstvo paží a trupu oproti nezávislé chůzi. Důležitý je rytmus chůze s oporou berlemi. Chůze v rytmu dvoudobém probíhá tak, že nejprve jdou obě berle plus dolní končetina s poruchou hybnosti a poté zdravá končetina. Musí být zachována stabilita osoby pohybující se s oporou o berle. Berle se dělí do několika skupin: podle velikosti na berle pro děti a dospělé, podle druhu na berle podpažní, předloketní, kanadské a francouzské (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Ortopedický vozík (dříve invalidní) by měl splňovat parametry z hlediska věku, obsluhy, účelu, konstrukce, pohonu, stupně postižení a edukačního zaměření. Vozíky se dělí podle věku, standardní a speciální, podle účelu použití, podle obsluhy, ovládané velkými koly s obručí, ovládané pákou a pedálem, elektrické vozíky, polohovací vozíky a vozíky se stojanem (Jonášková in Renotiérová, Ludíková et al., 2006).

Osoby s poruchou hybnosti mají několik možností, jak získat finanční prostředky na obstarání kompenzačních, reedukačních a jiných pomůcek. První možnost je financování přes zdravotní pojišťovnu, další je jednorázový příspěvek ze sociálního odboru obce s rozšířenou působností, anebo zisk financí prostřednictvím nadací či sponzorů (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Pomůcky, které hradí ať už z části nebo v plné míře zdravotní pojišťovna, musí předepsat odborný lékař. To, zda je pomůcka hrazena zcela nebo zčásti, rozhoduje každá pojišťovna dle vlastního číselníku. Následně si vyjmenujeme některé pomůcky, které zdravotní pojišťovna hradí: ortézy sériově vyráběné, epitézy, protézy, vozík mechanický, vozík elektrický, polohovací lůžko, sedačka na vanu, berle, hole, chodítko, tříkolka, kočárek, zvedák mechanický aj. (Bendová, Jeřábková, Růžičková,

2006).

3.1.1.3 Snoezelen

„Snoezelen je podpůrná metoda, která vznikla v Holandsku, a vytvořili ji dva mladí muži, kteří v oddělení pro relaxaci v ústavu „Haarendael“ trávili civilní vojenskou službu. Výraz vznikl spojením základů slov „snuffelen“, což znamená čichat, a „doezelen“, což znamená dřímat (Opatřilová, 2005, s. 122).

Tato metoda je určena pro osoby s nejtěžšími formami postižení, umožňuje nabídku přiměřených aktivit. Je určena těm jedincům, kteří málo využívají jiné aktivity a převážně tráví čas na pokoji doma nebo ve speciálním zařízení. Při léčbě se vychází z toho, že při vnímání a poznávání jsou odkázáni na smyslové vjemy a doprovodné pocity a pohyby a dochází k rozvoji vnímání vázaných na tělo. Protože tito jedinci nemohou verbálně komunikovat, odehrává se komunikace na úrovni řeči těla, kdy se tělesnými reakcemi pokouší něco sdělit. Snoezelen nabízí široké využití v oblasti volného času, jako možnost uvolnění, jako podpora seberealizace, využívá speciální podpůrné metody jako prenatální terapie a senzomotorická terapie (Opatřilová, 2005).

Pro terapii je důležité vybudovat speciální příjemné prostředí, aby mohly být vytvořeny hluboké smyslové zážitky. Důležité je ponechat klientovi co nejvíce času a volnosti, nechat ho sdělit, které podněty jsou mu nepříjemné a naopak. Prostředí by mělo vyzařovat klid, aby mohlo být dosaženo uklidnění a uvolnění prostřednictvím klidné hudby a příjemného tlumeného světla. Snoezelen nabízí také aktivity pomocí audiovizuální techniky, aromalampy a vonné olejíčky k rozvoji čichového vnímání, vlněné koberce, plyšová zvířátka a přírodniny k rozvoji hmatu atd. (Opatřilová, 2005).

Osoba s těžkým tělesným postižením je v místnosti sama pouze s edukátorem v uzavřeném prostoru. Ten se snaží o vyvolání příjemných pocitů různými způsoby, předměty a vynalézavostí. Pomůcky mají rozmanitý charakter. Využívá se vodní lůžko, relaxační vaky, trampolína, závěsná síť, polštářky, deky, masážní koberečky, nádoby s přírodninami, misky s jídlem, různé vůně ad. (Opatřilová, 2005).

Základ relaxace vytváří vodní lůžko, které se po dolehnutí přizpůsobí tělu a tlak se tak rovnoměrně rozloží, což má význam pro tělesně postižené, kteří den tráví v leže nebo v sedu, a nemohou se sami pohybovat. Páteř tak zaujme přirozené držení

a krev může volně cirkulovat. Termostat v matraci umožňuje udržovat stálou teplotu 25-30 ^{0}C a teplo tak proniká celým tělem.
Nejčastějšími prvky, kterých se využívá při terapii, jsou: rytmus, rozvoj tělového smyslu, muzikoterapie, působení barev, vůní, echoefekt (Opatřilová, 2005).

3.1.1.3.1 Metoda bazální stimulace

Metoda bazální stimulace je pedagogicko- psychologickou aktivitou, která nabízí jedinci s postižením možnosti pro vývoj jeho osobnosti (Vítková in Müller, 2007).

„Pojem bazální znamená elementární základní nabídku, která se nabízí v nejjednodušší podobě. Pojmem stimulace se rozumí nabídka podnětů všude tam, kde těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen se sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj život (Vítková in Müller, 2007, s. 223).“

Základní myšlenkou bazální stimulace je požadavek celistvosti a holistický přístup. Základní model předpokládá, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší. Základním principem je zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality zprostředkováním zkušeností a vjemů (Vítková in Müller, 2007).

Metoda bazální stimulace má přimět jedince poznat a využívat povrch těla jako orgán vnímání, umět motoricky reagovat na podněty těla, učit se lokalizovat podněty na svém těle. Dále se má jedinec učit cítit vibraci, má se naučit rychle vnímat v různých směrech, orientovat se hlavou v prostoru, aktivovat oblast úst, zkoordinovat ruku a ústa, umět správně přiřadit vůně a chuť, vnímat tóny, zvuky a šumy, nacvičit pohyby očí a hlavy za podnětem atd. (Vítková in Müller, 2007).

3.1.2 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je proces, jehož cílem je dosáhnout u postiženého schopnosti (normální) sociální funkce. Je to proces učení žít s vadou, překonávání neschopností v individuálních i společensky významných činnostech, proces prevence odstraňování handicapů. Rozvíjí schopnosti postiženého člověka tak, aby mohl existovat v různých společenských situacích a aby byly uspokojeny jeho potřeby a práva i maximální účast na společenském životě. Výsledkem tohoto procesu je

akceptace vady, životní pohoda a integrace. Sociální rehabilitace má charakter permanentně probíhajícího procesu (Jesenský, 1995).

Cílem sociální rehabilitace je harmonický rozvoj osobnosti se zdravotním postižením, vyrovnání se s vadou a dosažení životní pohody, integrace mezi intaktní jedince, motivace pro pracovní rehabilitaci a pracovní uplatnění u zdravotně postižených pracovně produktivního věku. Její význam je humanitární, ekonomický a sociální. Humanitární význam spočívá ve vytváření všestranného rozvoje osobnosti jedince s postižením, poskytuje seberealizaci a růst sebevědomí, socializaci, umožňuje životní pohodu jedince s postižením. Ekonomický význam přispívá ke zkracování doby pracovní neschopnosti, uvolňuje pečovatelské kapacity, zmenšuje nároky na mnoho služeb, pomáhá pracovnímu začleňování postižených (Jesenský, 1995).

Společenský význam je důležitý v tom, že pomáhá ke stabilizaci sociálních jistot a umožňuje využívat možnosti osoby s tělesným postižením v zabezpečení svého života.

Problémem sociální rehabilitace tělesně postižených je velká různorodost a modifikovanost druhů tělesného oslabení a pohybové výkonnosti a nepoměr intelektuálních schopností a fyzické výkonnosti. U většiny tělesně postižených je problémem vyrovnat se s viditelným poškozením vzhledu. Potíže způsobuje i poměrně velká závislost na technických prostředcích reedukace a kompenzace a zvýšená citlivost na nevhodné podmínky okolního prostředí, které představují bariéry (Jesenský, 1995).

3.1.2.1 Přijetí vady a životní pohoda jako cíl rehabilitace, integrace jako cíl rehabilitace

„Životní pohoda je stavem a způsobem existence člověka, který se svým prostředím udržuje přiměřenou rovnováhu a nemá s ní výraznější nebo dlouhodobější konflikty. U zdravotně postižených životní pohoda předpokládá, že nejenom akceptovali vadu jako nezměnitelný stav, ale že se také vyrovnali s handicapy souvisejícími s vadou a dostali se do stavu rovnováhy se svým životním i společenským prostředím (Jesenský, 1995, s. 56).“

Důležitá součást psychické pohody je psychický stav postiženého. Je závislý

na přehodnocení smyslu života a systému hodnot. K tomu je důležité i vhodně orientované sociální prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje. Dosažení životní pohody je cílem rehabilitace (Jesenský, 1995).

K rozvoji osobnosti a utváření kvality života osob s tělesným postižením patří sociální integrace. „Integrace je stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy „jeden pro druhého“ (Jesenský, 1995, s. 57).“ Týká se nejen osobnosti osoby s postižením, ale i jeho enkulturace a socializace a pracovního uplatnění. Hlavními prostředky integrace jsou sociální rehabilitace, speciální výchova a vzdělávání, psychologické působení a pracovní uplatnění. Integrace je výrazně podporována rehabilitačními, kompenzačními a reedukačními pomůckami a odstraňováním technických a jiných bariér samostatnosti a nezávislosti osob s tělesným postižením (Jesenský, 1995).

S pojmem integrace souvisí i pojem inkluze. Inkluze znamená uzavření či zahrnutí. Jejím opakem je exkluze, tedy vyloučení. Z pohledu Mariany van Teeffelen (in Procházková, 2009, s. 33) inkluze znamená „integrované vzdělávání, tj. vzdělávání dětí s postižením v běžné síti škol, integrované zaměstnávání, tj. nabídku pracovních míst pro lidi s postižením na volném trhu práce, nezávislý život, poskytování podpory pro lidi s postižením a pro jejich rodiny směřující k bydlení v běžných podmínkách, podpora učitelům, zaměstnancům a spolupracovníkům, povzbuzování přátelství mezi lidmi s postižením a jejich kolegy, sousedy a všemi ostatními lidmi, kteří je obklopují a vzdělávání společnosti tak, aby porozuměla odlišnostem a akceptovala je.“

3.1.2.2 Formy sociální rehabilitace osob tělesně postižených

Formy představují soubory opatření, kterými se realizuje sociální rehabilitace. Formy se dělí na velké a malé a používají se v závislosti od konkrétní situace a vyžadují promyšlené a kvalifikované jednání. K velkým formám řadíme rehabilitační kurz, psychorehabilitační komunitu, výchovně rehabilitační kolektiv, zájmové kroužky, rekondice, autotrénink a seberehabilitace. Malé formy obsahují např. poradenství a situační hry (Jesenský, 1995).

Rehabilitační kurz je docházkový, internátní nebo kombinovaný. Předpokládá

dlouhodobější práci s vymezeným programem v určitých časech se stálou skupinou klientů.

Psychorehabilitační komunita pracuje s klienty dlouhodobě, řeší společně osobní problémy, které vyvolalo postižení jedince. Odhalují problémy a řeší je cestou přesvědčování a ovlivňování jedince vyjádřením názorů ostatních členů skupiny pod dohledem rehabilitačního pracovníka. Řadí se k nejúčinnějším formám pro přijetí vady.

Výchovně rehabilitační skupina je seskupení osob se silnými vnitřními vazbami a tradicemi životních postojů a jednání. Řeší se problémy celé skupiny, ne jednotlivců. Skupina vytváří společné postoje a jednání. Má výrazný výchovný a kulturní charakter a je vhodná pro řešení úkolů socializace a resocializace.

Seberehabilitace a autotrénink je samostatné cvičení klienta na základě cvičení z učebnic a konzultací s instruktorem. Ve větší míře jsou uplatňovány techniky meditace. Předpokladem správné činnosti je motivovaná a vyspělá osobnost. Člověk s postižením by měl umět využít autotrénink v každém okamžiku, kdy si to žádá životní situace.

Situační hra je uplatňována při skupinových formách rehabilitace. Nacvičují se při ní dovednosti a nejrůznější osobní, životní a pracovní situace. Důležitá je při řešení mezilidských vztahů, společenské komunikace a navazování a udržování kontaktů a vystupování na veřejnosti (Jesenský, 1995).

4 Ergoterapie a pracovní uplatnění tělesně postižených

4.1 Pojem ergoterapie a její definice

Ergoterapie (česky léčba prací) se vyskytla nejprve v psychiatrických léčebnách. Za zakladatele ergoterapie se považuje francouzský psychiatr Phlippe Pinel (1745-1826). Postupně se tento pojem rozšiřoval do celé Evropy. Jednalo se např. o práci na zahradě, chov dobytka, ale i jemné ruční práce. Během 19. a 20. století se ergoterapie užívala v léčebnách tuberkulózy. Od 20. století byla zavedena jako profese ve zdravotnictví při léčebné rehabilitaci. Během světových válek se rozvoj ergoterapie urychlil, lidé se díky ní rychleji navraceli do života (Votava, 2009).

Dle definice z roku 1910 je ergoterapie věda o léčbě pomocí činnosti.

„Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.

Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem ergoterapie je umožnit jedinci účastnit se těch zaměstnávání, které jsou pro jeho život smysluplné a nepostradatelné (Česká asociace ergoterapeutů, 2008 in Votava, 2009, s. 7).“

Podle Světové federace ergoterapeutů (2004) „ je ergoterapie profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby (in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).“

4.1.1 Využití a cíle ergoterapie

Za podpory a vedení terapeutů se klienti učí mnoho denních činností, které jsou nezbytné pro dosažení nezávislosti a produktivního a spokojeného života. Ergoterapie se soustřeďuje hlavně na stanovení stupně schopnosti sebeobsluhy klienta a jeho svalové a pohybové možnosti. Poskytuje klientovi poradenství v oblasti úpravy domácího prostředí, nácvik sebeobsluhy, plánuje výtvarné aktivity pro zlepšení motoriky a úchopu klienta. Zaměřuje se také na zlepšování psychické rovnováhy. Ergoterapie se uplatňuje v ambulantních a lůžkových zařízeních, rehabilitačních centrech a ústavech, lázeňských zařízeních, ergonomických pracovištích, psychiatrických léčebnách, geriatrických zařízeních aj. (Opatřilová, Zámečníková, 2008).

V rámci samotné ergoterapie se rozlišují čtyři hlavní oblasti zaměření, které se navzájem prolínají: a) kondiční terapie, kde hlavním úkolem je odpoutat pozornost od sebe sama a zabránit špatnému vlivu postižení na psychiku. b) ergoterapie mířená na postiženou oblast, kde se využívá cvičení za pomoci nástroje, nářadí, s cílem zvětšení svalové síly a koordinace. c) ergoterapie zaměřená na rozvoj samostatnosti, cílem je zvládání běžných denních úkonů. d) oblast předpracovní rehabilitace, kde cílem je zjistit, jestli se postižená osoba může vrátit k původnímu zaměstnání (Opatřilová, Zámečníková, 2008).

Cíle ergoterapie zahrnují výuku strategií v oblasti sebeobsluhy, výuku vedoucí ke zlepšení základních dovedností, zlepšení psychické stránky, zlepšení fyzické kondice, vytvoření pracovního chování a zlepšení intelektových schopností (Opatřilová Zámečníková, 2008).

Česká asociace ergoterapeutů (2007) definuje cíle oboru následovně: „Ergoterapie má podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnávání, pomáhat zlepšovat schopnosti, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit, umožnit osobě naplňovat její sociální role, napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity, uplatňovat terapii cílenou na klienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie, posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím, a konečně usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám

bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění (in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 17).“

4.1.2 Práce ergoterapeuta a typy pracovišť, kde pracují

Ergoterapeut využívá vlastní diagnostické a terapeutické metody. Orientuje se na oblast nácviku soběstačnosti a předpracovní rehabilitaci. Je součástí i celé aktivace pacienta v léčebném prostředí a snaží se zlepšit jeho funkce smysluplnými aktivitami. Samozřejmě spolupracuje s ostatními členy týmu (fyzioterapeutem, psychologem, sociálním pracovníkem, logopedem, protetickým technikem, poradcem pro volbu povolání) (Votava, 2009).

Mezi základní kompetence ergoterapeuta patří terapeutické využití vlastní osoby, zjišťování a hodnocení potenciálu osoby a jejích schopností, analýza a adaptace činnosti a analýza a adaptace prostředí (Hagedornová, 2000 in Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

Existuje několik typů pracovišť, kde mohou ergoterapeuti pracovat. Nejčastěji jsou to zdravotnická zařízení, zvláště rehabilitační kliniky ve fakultních nemocnicích, kde zajišťují také výuku studentů medicíny, fyzioterapie aj. Působí také na lůžkových odděleních, sloužících hlavně k doléčování poruch pohybového ústrojí.

Ergoterapeuti pracují také v denních stacionářích. Starají se o rehabilitaci pacientů např. po poranění mozku. Důležitou práci vykonávají také v psychiatrických léčebnách, jak na lůžkových, tak v ambulantních zařízeních.

Uplatnění nacházejí i v sociální oblasti v neziskových organizacích pro osoby se zdravotním postižením, kde se podílejí na programech rekondičních pobytů. V domovech pro osoby se zdravotním postižením pečují o klienty s různým typem postižení. V domovech pro mentálně postižené ergoterapeuti nacvičují maximální soběstačnost a volnočasové aktivity. V domovech pro seniory zajišťují služby různého typu, které mohou poskytovat i v domácnostech. Dále ergoterapeuti pracují v chráněných dílnách, chráněných bydleních a chráněných pracovních místech a institucích pro podporované zaměstnávání (Votava, 2009).

4.2 Zaměstnávání osob s tělesným postižením

Podle listiny základních práv a svobod mají všichni občané právo na zaměstnání. Každým rokem počet osob s tělesným postižením stoupá. Proto je důležité vytvářet podmínky pro jejich sociální interakci. Pro zaměstnání osob s tělesným postižením je důležité učinit právní opatření. Osoby s tělesným postižením mohou být integrováni do zaměstnání v soukromém či veřejném sektoru, v chráněných dílnách, ve speciálních centrech pro těžce zdravotně postižené, v domácím zaměstnání. Někteří jedinci se se svými potížemi vyrovnají rychle a snaží se adaptovat na nové zaměstnání. K tomu je nezbytná spolupráce státní správy a neziskových organizací (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

V České republice žije asi 1 931 500 lidí se zdravotním postižením, z čehož je asi 300 000 osob s tělesným postižením (Bendová, Jeřábková, Růžičková, 2006).

Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění definuje invalidní a částečně invalidní občany dle §39 takto: Invalidní občan je osoba, u které pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav poklesla výdělečná činnost nejméně o 66% a je schopen vykonávat soustavné zaměstnání jen za zcela mimořádných podmínek. Částečně invalidní občan je osoba, u které se pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav snížila schopnost výdělečné činnosti o 33%, a značně se ztížily obecné životní podmínky, i když výdělek podstatně nepoklesl (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

Ministerstvo práce a sociálních věcí dohlíží nad výkonem státní správy v sociálním zabezpečení. Má za úkol posoudit zdravotní stav a pracovní schopnost občanů za účelem poskytnutí důchodového pojištění (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

Úřady práce patří pod Ministerstvo práce a sociálních věcí, evidují osoby se zdravotním postižením, poskytují poradenské služby o volbě povolání a zaměstnávání osob se zdravotním postižením, poskytují pracovní rehabilitaci, poskytují občanům informace o získání pracovního místa, podporují vznik nových pracovních míst, chráněných pracovních míst a dílen pro osoby se zdravotním postižením a dohlíží na stav trhu práce. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání. Zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Zahrnuje teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání, zprostředkuje změnu

zaměstnání. Součástí pracovní rehabilitace může být i podporované zaměstnávání. To je časově omezená služba pro osoby se zdravotním postižením, se závislostí na návykových látkách, či po návratu z výkonu trestu. Hlavním cílem je umožnit znevýhodněným skupinám obyvatel získat a udržet si takové zaměstnání, které odpovídá jejich zájmům, schopnostem a dovednostem. Podporu poskytují uživatelům v maximální době dvou let, poté se musí klient osamostatnit. Služby se poskytují na základě dohody. Mezi poskytované služby patří vytváření představy vhodného pracovního uplatnění, nácvik pracovních a sociálních dovedností, vyhledávání vhodného pracovního uplatnění, podpora při jednání se zaměstnavatelem nebo spolupráce s rodinou uživatele. Služba podporované zaměstnávání je financována na základě grantů udílených nevládním organizacím (www.fokus-mb.cz).

Job kluby poskytují skupinové poradenství uchazečům o zaměstnání evidovaným na úřadech práce. Účastníci pracují na rozvoji své osobnosti a získávají nové poznatky potřebné pro orientaci v jejich problémech. Společná setkání umožňují vzájemnou výměnu zkušeností a informací o nabídkách zaměstnání mezi jednotlivými účastníky. Absolventi job klubů se naučí efektivně hledat zaměstnání, poznat své možnosti a stanovit si reálné cíle nebo připravit se na pohovor se zaměstnavateli (Job klub, 2010).

Součástí úřadů práce jsou informační a poradenská střediska, která poskytují informace o síti středních a vysokých škol, studijních a učebních oborech, nárocích a požadavcích na povolání, situaci na trhu práce a rekvalifikaci. Provádí individuální a skupinové poradenství, které souvisí s volbou povolání, nabízí informační letáky o jednotlivých povoláních a poskytuje přehled o povoláních (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

Důležitým orgánem je také Česká správa sociálního zabezpečení, která rozhoduje o dávkách důchodového pojištění, vybírá pojistné na sociální zabezpečení a rozhoduje v otázkách vyplácení nemocenského pojištění (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

O poskytování příspěvků na opatření zvláštních pomůcek, příspěvku na koupi, opravu, provoz a pojištění motorového vozidla, příspěvku na úpravu bytu a motorového vozidla na ruční ovládání rozhoduje Krajský úřad. Vydává také průkazy o mimořádných výhodách a vede jejich evidenci (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

Obec zajišťuje těžce zdravotně postiženým občanům stravování, poskytuje

začlenění těchto občanů do kulturního a společenského života a zajímá se o otázky poskytování pečovatelské péče (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

4.2.1 Osoba se zdravotním postižením na trhu práce

Zaměstnávání občanů se zdravotním postižením upravuje zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Současný vývoj v Evropě směřuje k rozvoji integrace znevýhodněných osob na trhu práce, které se na pracovním trhu často dostávají do značných obtíží. Pokusí se tak o rozvoj jejich zaměstnatelnosti a zvýšení pracovních příležitostí (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

Jsou definována práva a povinnosti zaměstnavatelů a jejich spolupráce s úřady práce, kdy zaměstnavatelé mohou od úřadu požadovat poradenství v otázce zaměstnání osoby se zdravotním postižením, spolupráci při vytváření nových pracovních míst a při řešení otázek přizpůsobení pracovních míst a podmínek pro tyto osoby. Zaměstnavatelé jsou povinni informovat úřad práce o volném pracovním místě pro osobu se zdravotním postižením, spolupracují v oblasti pracovní rehabilitace a vedou evidenci osob se zdravotním postižením a pracovních míst pro tyto osoby.

Zaměstnavatelé, kteří mají více než 25 zaměstnanců, jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši pracovního podílu, který činní 4%. Zaměstnavatel tak může zaměstnat tuto osobu v pracovním poměru, může odebírat výrobky či služby od zaměstnavatelů s více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením, nebo jim může zadávat zakázky, či odebírat výrobky z chráněných dílen nebo od osob se zdravotním postižením, které jsou samostatně výdělečně činné. Další možností je odvod do státního rozpočtu (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

Osoby se zdravotním postižením patří mezi znevýhodněné skupiny na trhu práce, kde jejich možnosti uplatnění jsou velkým problémem. Příčinou je nedostatečná kvalifikace a vzdělání. Lidé, kterým se přihodí úraz a nemohou vykonávat své původní povolání, chybí návazný systém návratu do běžného života (Opatřilová, Zámečníková, 2005).

V dnešní době se ještě často setkáme s předsudky vůči osobám s postižením. Pohlíží se na ně jako na jedince, kteří pracovat nemohou nebo nejsou schopni podávat odpovídající výkon nebo budou častěji nemocní a v práci budou chybět.

Jsou tedy odmítání ještě dříve, než je jim dána příležitost dokázat, co umí. I mezi postiženými se najdou tací, kteří pracovat nechtějí, stejně jako mezi intaktními. Ale těm, co mají pozitivní přístup k práci, je třeba dát šanci (Procházková, 2009).

II PRAKTICKÁ ČÁST

1 Charakteristika zkoumaného problému, cíle výzkumu a stanovení hypotéz

1.1 Charakteristika zkoumaného problému

V dnešní době se provádí mnoho výzkumů u osob se zdravotním postižením. Zjišťují se tak názory na postoje společnosti intaktní vůči zdravotně postiženým, na postoje k jejich současné situaci, zkoumají jejich kvalitu života, jak se v současné společnosti cítí apod. Získáváním nových informací ohledně jejich možností můžeme přispět k rozvoji jejich informovanosti v dané problematice. Pro takový výzkum si vybíráme metodu, kterou budeme užívat při kontaktu s osobami pro daný výzkum.

V praktické části naší práce jsme si pro naši problematiku zvolily metodu dotazníku, který jsme předkládaly osobám se získaným tělesným postižením starším osmnácti let, tedy dospělým. Je to rychlý způsob výzkumu a respondentům nezabere příliš času. Otázky byly zaměřeny na jejich současnou životní situaci a na využívání některých sociálních výhod a služeb. Bylo poněkud obtížnější se dostat přímo k osobám se získaným tělesným postižením, které by byly ochotny se výzkumného šetření zúčastnit, i když vyplnění trvalo několik minut. Nakonec se nám podařilo získat určitý počet respondentů.

1.2 Cíle výzkumu

Při každém výzkumu je potřeba si nejprve stanovit cíle, kterých chceme výzkumem dosáhnout.

Hlavním cílem naší práce je zjistit, jakých věkových kategorií se získané postižení týká nejvíce a v jakém věku nejčastěji postižení získají.

Mezi parciální cíle patří zjistit, jakých služeb či příspěvků nejčastěji využívají a v jaké životní situaci se nachází (zda jsou samostatní či užívají kompenzační pomůcky atd.).

1.3 Stanovení hypotéz

1.3.1 Hypotéza

Hypotézy tvoří základ klasických výzkumů.

„Hypotéza je tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou. Musí vyjadřovat vztah mezi dvěma proměnnými. Proto musí být hypotéza vždy formulována jako tvrzení o rozdílech, vztazích nebo následcích. Hypotézu musí být možno empiricky ověřovat. Proměnné, které v hypotéze vystupují, musí být měřitelné (Chráska, 2007, s. 17).“

1.3.2 Konkrétní hypotézy

V tomto oddělení jsme si zhotovily konkrétní hypotézy, které budeme ze získaných informací ověřovat.

H1: Více respondentů se získaným tělesným postižením získalo své postižení po úrazu.

H2: Více respondentů získalo své postižení ve věku od 21 do 30 let.

H3: Více respondentů používá jako kompenzační pomůcku francouzské hole.

H4: Více respondentů mělo problémy při hledání pracovního místa.

H5: Více respondentů není členem a nespolupracuje s žádnou neziskovou organizací.

2 Charakteristika výzkumné metody

2.1 Dotazník

V praktické části jsme zvolily jako výzkumnou metodu ke sběru dat dotazník.

Dotazník je jednou z nejužívanějších metod sběru dat v pedagogickém výzkumu. Gavora (2000) vymezuje dotazník jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.

„Je to soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně (Chráska, 2007, s. 163).“

Dotazník by měl být sestaven tak, aby jeho výpovědní hodnota byla co nejvyšší. Pečlivě uváženo by mělo být řazení jednotlivých otázek v dotazníku, kdy se dává přednost psychologickému hledisku před logickým. Ve střední části dotazníku se umisťují nejdůležitější položky. Jednou z výhod sběru dat dotazníkem je rychlé a ekonomické sbírání informací od velkého množství respondentů.

2.2 Popis použitého dotazníku

Pro náš výzkum jsme použily nestandardizovaný dotazník (Příloha č. 1). Při vypracovávání dotazníku jsme dbaly na jasnost, srozumitelnost a přesnost otázek, aby nedošlo k nepochopení ze strany respondentů. Sestavily jsme dohromady 16 otázek, část otázek měla na výběr více možností k odpovědi. Většina otázek byla uzavřených, pouze tři z nich byly otevřené. Uzavřené otázky byly dichotomické (jen dvě vzájemně se vylučující odpovědi) i polytomické, kde mají respondenti na výběr více jak dvě odpovědi (Chráska, 2007).

Otázkami jsme zjišťovali, zda je postižení u osob po úrazu či po nemoci, v jakém věku nejčastěji postižení získávají, zda měly potíže při hledání pracovních míst, jaké kompenzační pomůcky používají a jaké služby nebo příspěvky využívají.

3 Charakteristika výzkumné skupiny

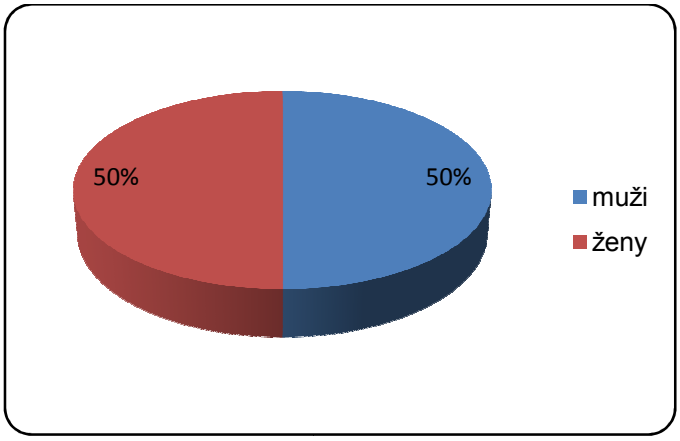
Výzkumnou skupinou našeho průzkumu byly osoby se získaným tělesným postižením ve věku osmnáct a více let s různým stupněm dosaženého vzdělání. Výběr respondentů byl cílený, nejvíce dotazovaných bylo z rodinného kruhu autorky a jejích známých, část respondentů byli členové Spolku Trend vozíčkářů Olomouc.

Jednotlivé počty mužů a žen, jejich věkové složení a dosažené vzdělání jsou zapsány v tabulkách a doplněny do grafů.

Pohlaví

Tabulka č. 1: Dělení respondentů dle pohlaví

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
muži	19	50
ženy	19	50
celkem	38	100



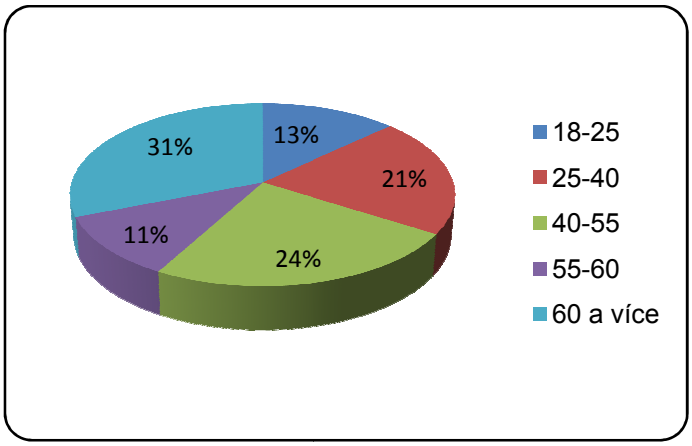
Graf č. 1: Dělení respondentů dle pohlaví

Z našeho šetření vyplývá, že výskyt získaného tělesného postižení je u mužů a žen poměrně v rovnováze. Nelze tedy říci, že by jedno z pohlaví bylo výrazně znevýhodněno.

Věk

Tabulka č. 2: Dělení respondentů dle věku

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
18-25	5	13
25-40	8	21
40-55	9	24
55-60	4	11
60 a více	12	31
celkem	38	100



Graf č. 2: Dělení respondentů dle věku

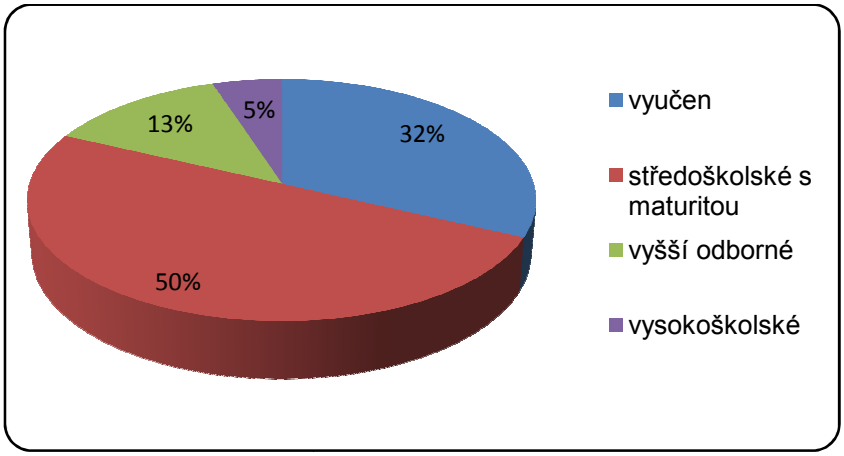
Z průzkumu vyplývá, že nejčastějšími respondenty byly osoby starší 61 let. Nejspíše je to dáno tím, že čím starší lidé jsou, tím spíše mohli prodělat nějaké onemocnění, které poté ovlivňuje zdravotní stav po celý jejich život. Druhou nejčastěji oslovenou věkovou skupinou byli lidé ve středním věku v rozmezí 40 až 55 let.

Z výsledků průzkumu o výskytu tělesného postižení z roku 2008 vyplývá, že nejvíce tělesně postižených žen i mužů se vyskytuje od 60 do 74 let (Novák, Kalnická, 2008).

Vzdělání

Tabulka č. 3: Dělení respondentů dle vzdělání

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
vyučen	12	32
středoškolské s maturitou	19	50
vyšší odborné	5	13
vysokoškolské	2	5
celkem	38	100



Graf č. 3: Dělení respondentů dle vzdělání

Výsledky našeho sběru dat prokazují, že osoby s tělesným postižením jsou nejčastěji absolventy středních škol zakončených maturitní zkouškou. Druhým nejběžnějším typem odpovědi byla možnost vyučen. Nejspíše je to dáno tím, že většina respondentů je starší generací, kdy studium nebylo tak populární jako v dnešní době a dávali přednost vyučení v oboru a následnému zaměstnání.

4 Analýza a interpretace výsledků

V průběhu dubna a května roku 2010 jsme rozdaly padesát dotazníků mezi respondenty se získaným tělesným postižením. Dotazníky jsme distribuovaly osobně nebo za spolupráce druhých osob. V polovině května 2010 se nám zpět dostalo 38 dotazníků z 50, což je 76% návratnost.

Z výsledků, ke kterým jsme došly, je možné zjistit, zda platí hypotézy, které jsme si na počátku určily.

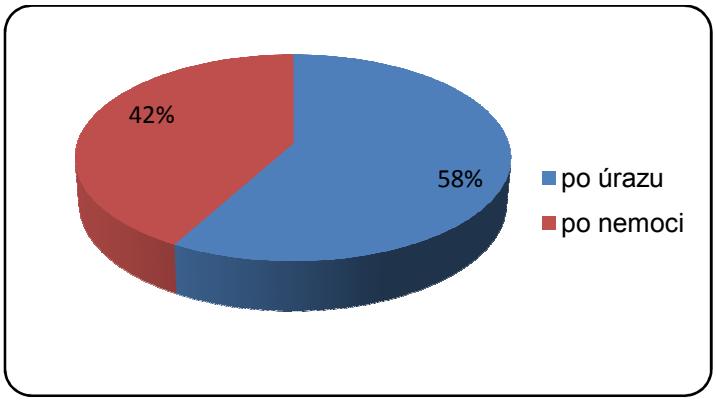
U jednotlivých položek dotazníku jsme vyhodnotily samotné odpovědi, sečetly, převedly na procenta a vytvořily tabulky, na základě kterých jsme sestavily grafy k jednotlivým otázkám.

Nyní si představíme výsledky jednotlivých otázek dotazníku. První tři otázky jsme vyhodnotily v předchozí kapitole.

4. Jakého původu je Vaše tělesné postižení?

Tabulka č. 4: Otázka č. 4

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
po úrazu	22	58
po nemoci	16	42
celkem	38	100



Graf č. 4: Otázka č. 4

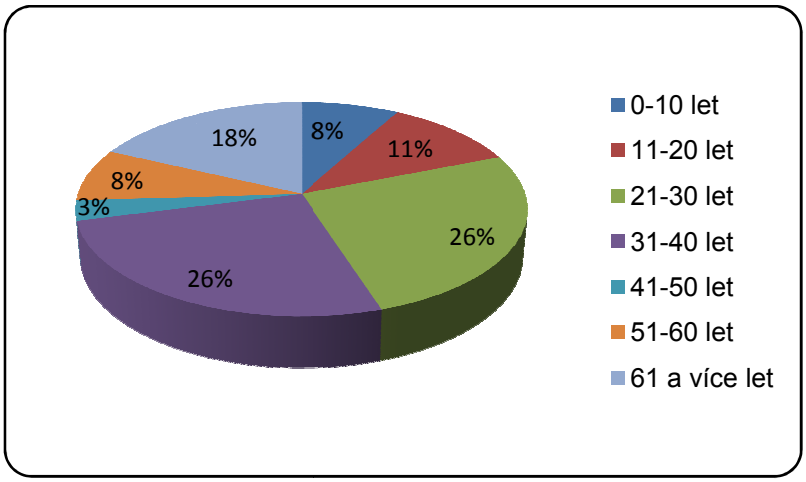
Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, zda se vyskytuje více osob se získaným tělesným postižením po úrazu či po nemoci. Z grafu je patrné, že rozložení

získaného tělesného postižení je poměrně rovnoměrné. 42% respondentů má tělesné postižení po nemoci a 58% respondentů po úraze. Avšak nemůžeme toto rozložení vztahovat na všechny osoby se získaným tělesným postižením, ale pouze na osoby, se kterými jsme prováděly šetření.

5. V kolika letech došlo ke vzniku Vašeho tělesného postižení?

Tabulka č. 5: Otázka č. 5

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
0-10 let	3	8
11-20 let	4	11
21-30 let	10	26
31-40 let	10	26
41-50 let	1	3
51-60 let	3	8
61 a více let	7	18
celkem	38	100



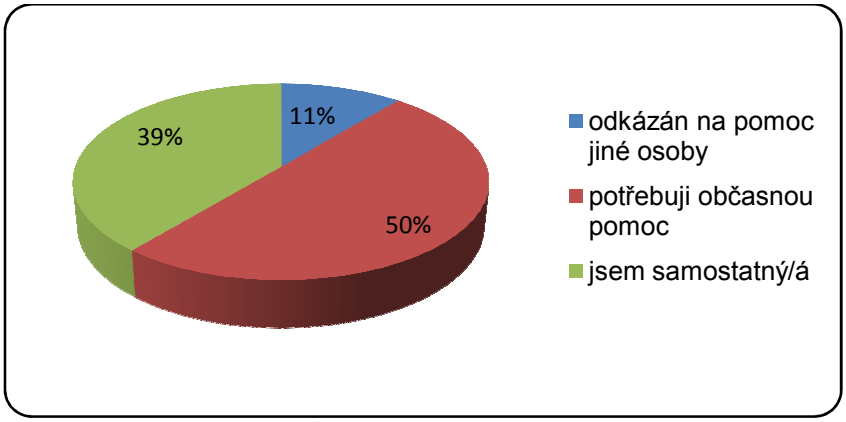
Graf č. 5: Otázka č. 5

Ve věku od 21 let do 40 let lidé nejčastěji získají své tělesné postižení, ať už po úrazu či po nemoci. V mladším věku bývají příčinou spíše úrazy při sportech nebo nehodách, ve starším věku se objevují výrazněji následky různých typů onemocnění. Nejmenší podíl získaného tělesného postižení připadá ve věku od 41 do 50 let.

6. V běžném životě jsem:

Tabulka č. 6: Otázka č. 6

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
odkázán na pomoc jiné osoby	4	11
potřebuji občasnou pomoc	19	50
jsem samostatný/á	15	39
celkem	38	100



Graf č. 6: Otázka č. 6

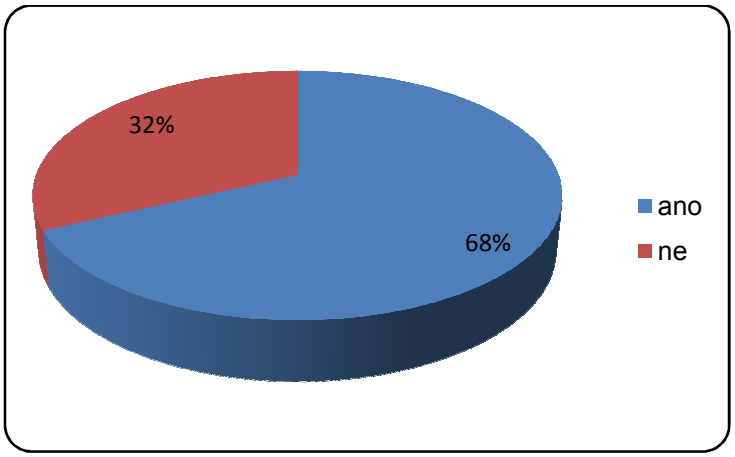
Osoby s tělesným postižením potřebují v 50% občasnou pomoc ze strany druhé osoby. Z toho usuzujeme, že tělesné postižení zanechává takové následky, kdy lidé nejsou schopni samostatného života. Na druhou stranu poměrně velké procento osob s postižením vypovídá, že pomoc nepotřebují a jsou samostatní.

Podle výsledků výzkumu o výskytu tělesného postižení v otázce soběstačnosti je znatelné, že téměř 90% osob s tělesným postižením je odkázáno v závislosti na věku a míře postižení na pomoc jiné osoby (Novák, Kalnická, 2008).

7. Používáte nějaké kompenzační pomůcky?

Tabulka č. 7: Otázka č. 7

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
ano	26	68
ne	12	32
celkem	38	100



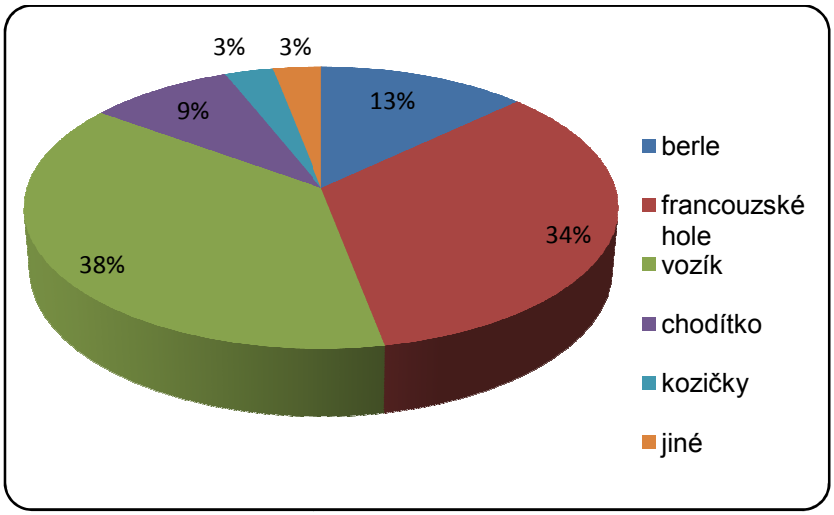
Graf č. 7: Otázka č. 7

Většina dotazovaných je nucena používat nějaké kompenzační pomůcky. Z toho vyplývá, že se u nich vyskytuje těžší postižení, a tudíž musí těchto pomůcek využívat ke své lokomoci.

- Pokud ano, zakroužkujte které.

Tabulka č. 8: Podotázka č. 1

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
berle	4	13
francouzské hole	11	34
vozík	12	38
chodítko	3	9
kozičky	1	3
jiné	1	3
celkem	32	100



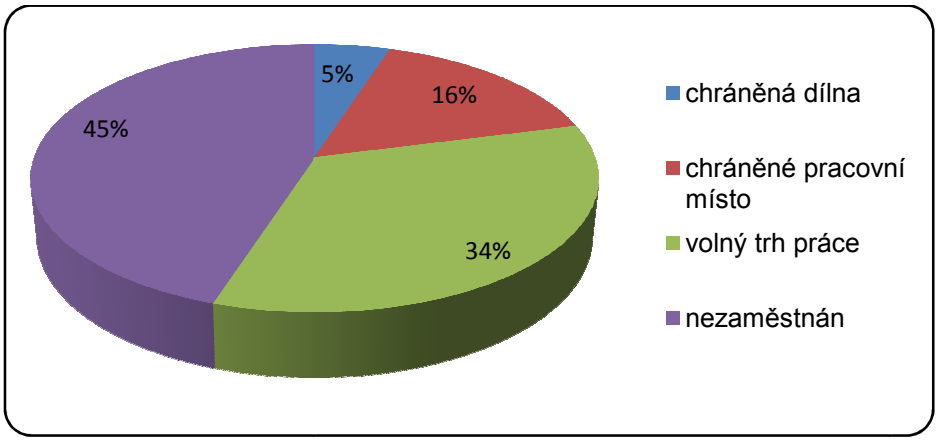
Graf č. 8: Podotázka č. 1

Nejčastěji používané kompenzační pomůcky jsou vozík a francouzské hole. Tyto výsledky nejsou příliš překvapivé z důvodu toho, že lidé s takovými pomůckami se vyskytují v běžném životě na ulici denně. Z našich dotazovaných osob užívá jedna jinou kompenzační pomůcku, než byla v nabídce a tou je polohovací postel.

8. Jste zaměstnán/a:

Tabulka č. 9: Otázka č. 8

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
chráněná dílna	2	5
chráněné pracovní místo	6	16
volný trh práce	13	34
nezaměstnán	17	45
celkem	38	100



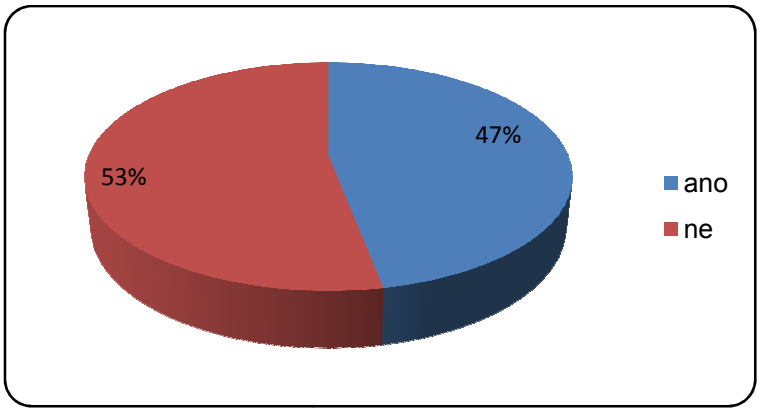
Graf č. 9: Otázka č. 8

Nejvíce respondentů našeho výzkumu odpovědělo, že je nezaměstnáno. Z toho může vyplývat, že tělesné postižení neumožňuje lidem plnohodnotně pracovat nebo mají problém najít vyhovující zaměstnání jejich tělesnému postižení. Na druhou stranu existuje i velké procento lidí, které jejich tělesné postižení nijak v pracovním nasazení neomezuje. Chráněné pracovní místo a chráněnou dílnu využívají osoby s tělesným postižením jen zřídka.

9. Měl/a jste nebo máte potíže s hledáním pracovního místa?

Tabulka č. 10: Otázka č. 9

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
ano	18	47
ne	20	53
celkem	38	100



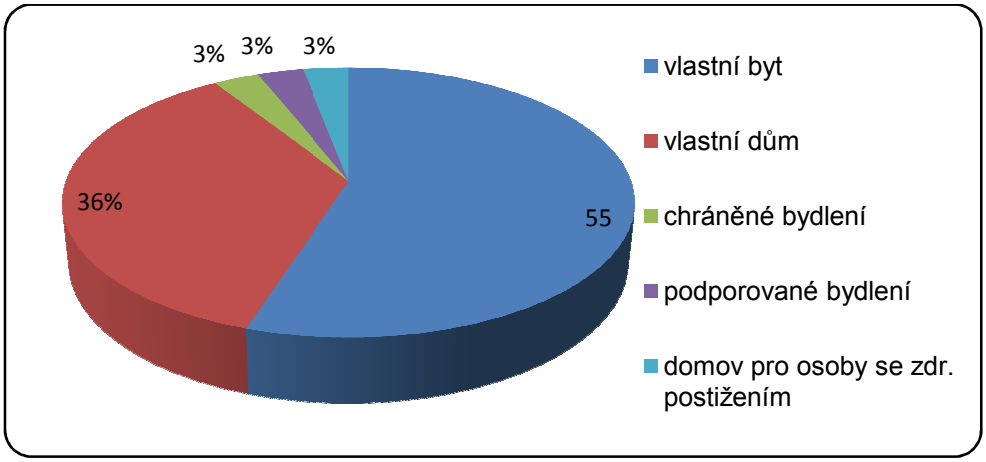
Graf č. 10: Otázka č. 9

Větší procento dotazovaných bylo těch, kteří neměli problém s hledáním pracovního místa. Výsledky mohou být zkresleny skutečností, že část respondentů byla důchodového věku. Proto usuzujeme, že přece jen velká většina tělesně postižených potíže s hledáním pracovního místa má.

10. Bydlíte:

Tabulka č. 11: Otázka č. 10

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
vlastní byt	20	55
vlastní dům	15	36
chráněné bydlení	1	3
podporované bydlení	1	3
domov pro osoby se zdr. postižením	1	3
celkem	38	100



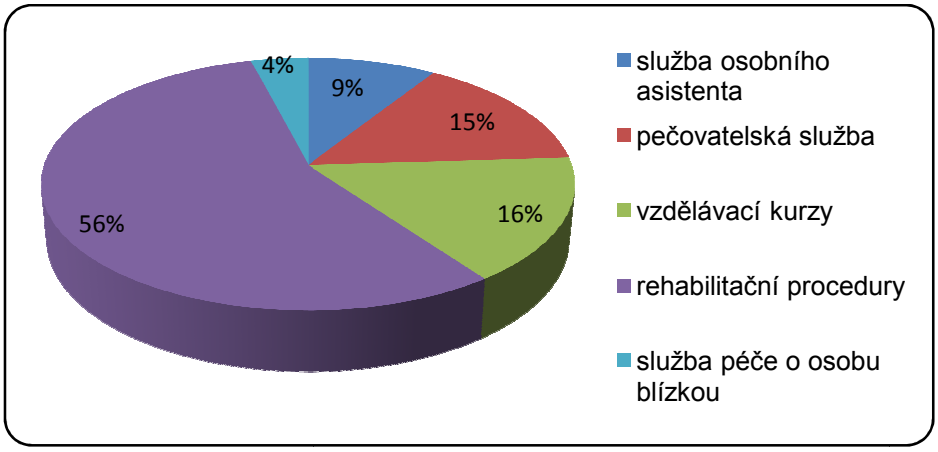
Graf č. 11: Otázka č. 10

I přes veškeré postižení bydlí většina respondentů ve vlastním bytě či domě. Nejspíše mají to štěstí, že kolem sebe mají svou rodinu, která je schopná se o ně postarat. Chráněné bydlení, podporované bydlení nebo domov pro osoby se zdravotním postižením využívá jen malá část těchto lidí.

11. Zakroužkujte, kterou z těchto služeb používáte:

Tabulka č. 12: Otázka č. 11

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
služba osobního asistenta	5	9
pečovatelská služba	8	15
vzdělávací kurzy	9	16
rehabilitační procedury	31	56
služba péče o osobu blízkou	2	4
celkem	55	100



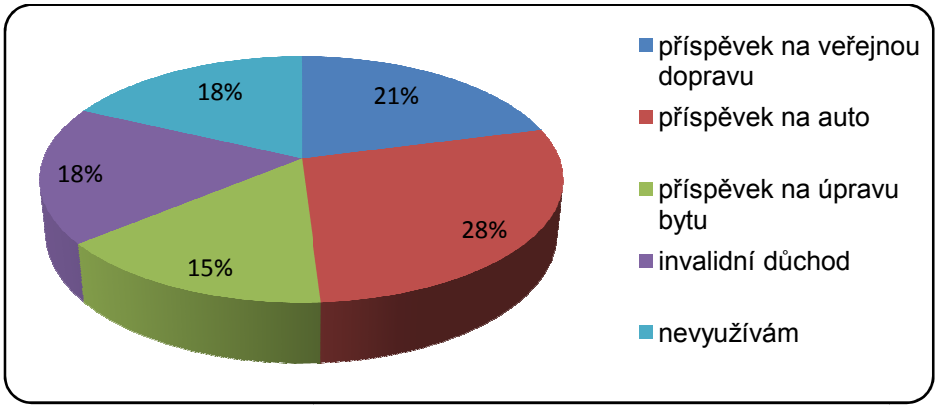
Graf č. 12: Otázka č. 11

Velká většina respondentů našeho výzkumu využívá nabídky rehabilitačních procedur ke zlepšení jejich mobility. Mají zájem i o vzdělávací kurzy, což může vyplnit jejich volný čas. O pečovatelskou službu či osobní asistentství se zajímají osoby s tělesným postižením, které kolem sebe patrně nemají takovou péči a podporu ze strany rodiny. Služby péče o osobu blízkou využívají jen ty osoby se závažným tělesným postižením, které nejsou schopny samostatného života.

12. Využíváte některé z těchto příspěvků?

Tabulka č. 13: Otázka č. 12

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
příspěvek na veřejnou dopravu	13	21
příspěvek na auto	17	28
příspěvek na úpravu bytu	9	15
invalidní důchod	11	18
nevyužívám	11	18
celkem	61	100



Graf č. 13: Otázka č. 12

Z výzkumu vyplývá, že nejvíce tělesně postižených osob využívá příspěvku na osobní automobil a to ať už pro sebe nebo pro rodinného příslušníka, který jeho dopravu zabezpečuje. Hojně využívaná je i služba na veřejnou dopravu. Tady si myslíme, že je častěji upotřebená u osob ve velkých městech v městské hromadné dopravě. Lidé z vesnice tohoto příspěvku užívají méně. Příspěvek na úpravu bytu potřebují hlavně osoby s tělesným postižením, které pro svůj pohyb užívají vozíku a ne vždy mají všude přístup. Invalidní důchod v dnešní době pobírá také velká část občanů. Pouze někteří respondenti vypověděli, že žádný z příspěvků nevyužívá. To může nastat v případě, že je jejich tělesné postižení příliš neomezuje v životě a tudíž na příspěvky nemají nárok.

13. Je Vaše blízké okolí bezbariérové?

Tabulka č. 14: Otázka č. 13

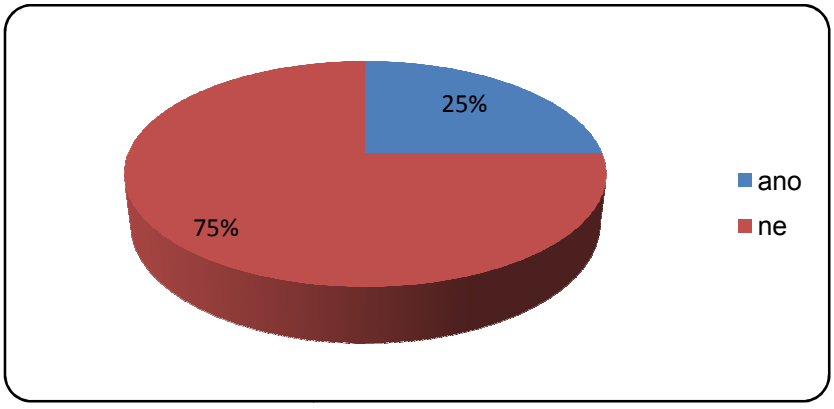
možnosti	ano	ne	celkem	celkem odpověď ano v %	celkem odpověď ne v %
doprava	15	23	38	20	30
vstupy na úřady	21	17	38	28	22
zdravotnická zařízení	33	5	38	43	8
kulturní místa	7	31	38	9	40

Autorka se domnívala, že v dnešní době je už většina veřejných míst bezbariérových a uzpůsobených k pohybu osob s tělesným postižením na vozíku. Podle výsledků našeho výzkumu tomu tak ale stále na většině míst republiky není. Situace ve velkých městech je rozhodně lepší než na malých městech a vesnicích. Proto je ještě pro mnoho vozíčkářů problém zajít si do kina, vyřídit osobní záležitosti na úřadě nebo se sám dostat na vyšetření do nemocnice.

14. Spolupracujete nebo jste členem některé z neziskových organizací?

Tabulka č. 15: Otázka č. 14

možnosti	celkem	celkem v %
ano	9	25
ne	29	75
celkem	38	100



Graf č. 14: Otázka č. 14

Zde se potvrdila naše hypotéza o tom, že většina respondentů nespolupracuje a není členem žádné z neziskových organizací. Situace se opět liší ve velkých a malých městech, kde mají lidé různé možnosti.

- **Pokud ano tak které?**

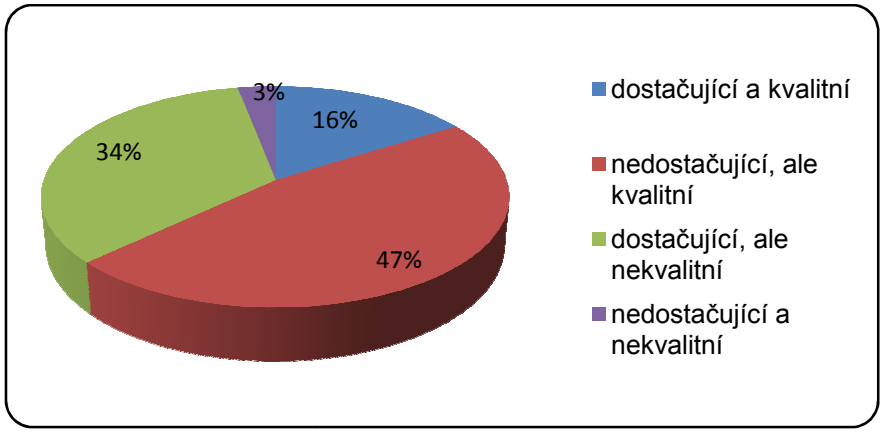
Otázka č. 14: Podotázka č. 2

Respondenti byli členy pouze Spolku Trend vozíčkářů Olomouc.

15. Jak hodnotíte nabídku sociálních služeb pro osoby s tělesným postižením?

Tabulka č. 16: Otázka č. 15

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
dostačující a kvalitní	6	16
nedostačující, ale kvalitní	18	47
dostačující, ale nekvalitní	13	34
nedostačující a nekvalitní	1	3
celkem	38	100



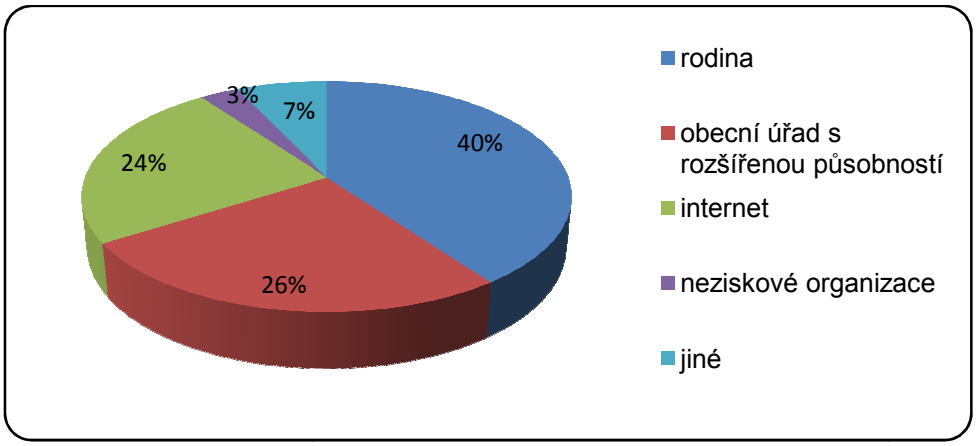
Graf č. 15: Otázka č. 15

Z grafu č. 15 vyplývá, že pro 47% respondentů jsou služby nedostačující, ale kvalitní a pro 36% respondentů jsou dostačující, ale nekvalitní. Můžeme se domnívat, že záleží na službě, kterou respondent využívá, ale též se odpověď může odvíjet od dosahu nabízené služby.

16. Odkud jste získal/a informace o možnostech sociálních služeb?

Tabulka č. 17: Otázka č. 16

možnosti	**celkem**	**celkem v %**
rodina	28	40
obecní úřad s rozšířenou působností	18	26
internet	17	24
neziskové organizace	2	3
jiné	5	7
celkem	70	100



Graf č. 16: Otázka č. 16

Jak ukazují výsledky výzkumu, rodina hraje v životě každého člověka největší roli. Když se můžete na někoho spolehnout, je to veliké štěstí. Mnoho lidí se také informuje o svých možnostech na obecním úřadě s rozšířenou působností či na internetu. U možnosti jiné jsme se často setkaly s odpovědí, že osoby s tělesným postižením se často informují u lékařů, které navštěvují.

5 Verifikace hypotéz

V této části budeme ověřovat dříve stanovené hypotézy a to na základě předchozí analýzy a výsledků našeho výzkumného šetření.

H1: **Více respondentů se získaným tělesným postižením získalo své postižení po úrazu.**

Tuto hypotézu označujeme jako platnou. Většina respondentů odpověděla, že jejich tělesné postižení vzniklo následkem úrazu.

H2: **Více respondentů získalo své postižení ve věku od 21 do 30 let.**

Platnost této hypotézy potvrzujeme. Nejčastějším věkem získání tělesného postižení se ukázaly současně odpovědi od 21 do 30 let a také od 31 do 40 let.

H3: **Více respondentů používá jako kompenzační pomůcku francouzské hole.**

Tuto hypotézu označujeme za neplatnou. Nejčastějšími používanými kompenzačními pomůckami osob se získaným tělesným postižením jsou vozíky na prvním místě, francouzské hole jsou však také velmi často využívané.

H4: **Více respondentů mělo problémy při hledání pracovního místa.**

Tuto hypotézu označujeme za neplatnou. Náš výzkum mohly zkreslit osoby v důchodovém věku, které uváděly, že s hledáním pracovního místa problémy neměly.

H5: **Více respondentů není členem a nespolupracuje s žádnou neziskovou organizací.**

Platnost této hypotézy potvrzujeme. V dnešní době stále ještě není samozřejmostí, být členem takovýchto organizací.

6 Závěr praktické části

V této části bychom se chtěly věnovat výsledkům a nejdůležitějším poznatkům našeho výzkumného šetření.

Naše výzkumné šetření bylo zaměřeno na zjištění kvality života a sociálních služeb osob se získaným tělesným postižením. Hlavním cílem našeho výzkumu bylo zjistit, jakých věkových kategorií se získané postižení týká nejvíce a v jakém věku nejčastěji postižení získají. Parciálním cílem bylo zjistit, jakých služeb či příspěvků nejčastěji využívají a v jaké životní situaci se nacházejí (zda jsou samostatní či užívají kompenzační pomůcky atd.).

Z našich výsledků vyplývá, že ani jedno pohlaví není výrazně znevýhodněno a výskyt získaného tělesného postižení je mezi muži a ženami poměrně v rovnováze. Častými respondenty byly osoby se získaným tělesným postižením po úrazu ve věku od 61 let a nejčastějším věkem získání postižení bylo rozmezí od 21 do 40 let ve velké většině se středoškolským vzděláním. Respondenti nejvíce využívají jako kompenzační pomůcku vozík a francouzské hole. Téměř každá osoba s tělesným postižením využívá rehabilitačních procedur, naopak velmi malý zájem je o službu osobního asistenta. Podle předpokladů jen malá část respondentů spolupracuje nebo je členem některé z neziskových organizací. Co se týká bezbariérovosti, není situace v České republice stále na mnoha místech pro osoby s tělesným postižením příznivá, proto také při pohybu těchto lidí dochází ke komplikacím.

Díky tomuto šetření jsme zjistily, že získané tělesné postižení často brání v zařazení na volný trh práce. Chráněné pracovní místo nebo chráněnou dílnu respondenti využívají jen zřídka. Existuje však velká většina osob se získaným tělesným postižením, kteří pracovat chtějí, ale nemohou z důvodu malého počtu pracovních míst.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se snažily o zmapování problematiky osob se získaným tělesným postižením. Věnovaly jsme se samotnému tělesnému postižení a jeho klasifikaci a zjistily, že existuje mnoho dělení a definic tělesného postižení. Dále jsme popsaly psychologii osob s tělesným postižením a jejich vyrovnávání se se změněným stavem. Probraly jsme možnosti léčebné a sociální rehabilitace a popsaly problematiku ergoterapie a pracovního uplatnění osob s tělesným postižením.

V praktické části jsme se zaměřily prostřednictvím dotazníku na otázky týkající se kvality života lidí se získaným tělesným postižením, zjišťovaly jsme míru jejich samostatnosti, jaké kompenzační pomůcky využívají či zda pobírají některé příspěvky nebo užívají sociální služby.

Jediným problémem našeho výzkumu byla malá ochota ze strany těchto osob zúčastnit se našeho šetření. Proto bylo poměrně obtížné najít lidi ochotné ke spolupráci vzhledem k tomu, že osoby se získaným tělesným postižením běžně na ulici nepotkáváme.

Z výsledků sběru dat jsme zjistily, že většina osob s tělesným postižením se pohybuje ve věku mezi 40 až 55 lety. Častější je získané tělesné postižení po úraze než po nemoci. Větší část těchto osob potřebuje v běžném životě občasnou pomoc. Pokud používají kompenzační pomůcky, jsou to nejčastěji hole nebo vozík.

Nikdo z nás neví, zda se jednoho dne nezařadíme právě mezi osoby se získaným tělesným postižením. Kolikrát k tomu mnoho nechybí, stačí, když potkáme neukázněného řidiče automobilu či si špatně my vedeme při řízení nebo si neopatrně počínáme při různých sportech. Proto bychom měli brát v úvahu, že lidský život je vzácný a nemělo by se s ním hazardovat.

POUŽITÁ LITERATURA

BENDOVÁ, P., JEŘÁBKOVÁ, K., RŮŽIČKOVÁ, V. *Kompenzační pomůcky pro osoby se specifickými potřebami*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1436-8.

BUŘVALOVÁ D., REITMAYEROVÁ E. *Tělesně postižený.* Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*: *Základy kvantitativního výzkumu.* Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*: *somatopedická a psychologická hlediska*. Praha : Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených.* Praha : Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

JONÁŠKOVÁ, V. Protetické pomůcky osob s poruchou mobility. In Ludíková L, Renotiérová, M. a kolektiv. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

LUKASOVÁ, E. *Logoterapie ve výchově.* Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-180-0.

LUDÍKOVÁ L., RENOTIÉROVÁ M. a kolektiv. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

NOVOSAD, L. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky*. *Somatopedie.* Liberec, 2002. ISBN 80-7083-563-X.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami.* Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením.* Brno : Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

OPATŘILOVÁ, D., Zámečníková, D. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených.* Brno : Masarykova Univerzita, 2005. ISBN 80-210-3718-0.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie*. *Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno : Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

PODEŠVA, L. *Manuál zaměřený na integraci osob se zdravotním postižením do společnosti.* Olomouci : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1629-8.

PROCHÁZKOVÁ, L. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce.* Brno : MSD, spol. s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ, M. Speciální pedagogika osob s postižením hybnosti. In Ludíková L, Renotiérová, M. a kolektiv. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

RENOTIÉROVÁ, M., BENDOVÁ, P. *Somatopedie pro výchovné pracovníky*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1097-4.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie.* Praha : Grada, 1997.

ISBN 80-7169-512-2.

ŠICKOVÁ, J. Arteterapia. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. rozšř. a přeprac. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno : Masarykova Univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty.* Brno : Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.

VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci.* 1. vyd. Liberec : Technická univerzita, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8.

VRBOVÁ, J. Canisterapie. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 80-244-1075-3.

Legislativní normy

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách

Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., o sociálním zabezpečení

Zákon č. 434/ 2004 Sb., o zaměstnanosti

Internetové zdroje

Agentura podporovaného zaměstnávání. [online]. 2010, [cit. 14. 6. 2010]. Dostupné na www : <http://www.fokus-mb.cz/vnitrni/dokum/1_1_103/14_prirucka.pdf>

Job klub. Internetový portál MPSV. [online]. 2010, [cit. 14. 6. 2010]. Dostupné na www : < http://portal.mpsv.cz/sz/local/cv_info/ips/job_club>

NOVÁK, J., KALNICKÁ, V. *Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky.* [online]. 2008, [cit. 12. 6. 2010]. Dostupné na www : <http://panda.hyperlink.cz/cestapdf/pdf08c6/novak.pdf >

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Dotazník

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník

DOTAZNÍK

Podmínky podpory a práce s dospělými se získaným tělesným postižením.

Vážená paní, vážený pane.
Jsem studentkou speciální pedagogiky na Univerzitě Palackého v Olomouci. Chci Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží ke zpracování praktické části mé bakalářské práce. Cílem mé práce je zjistit, jaká je úroveň komplexních služeb poskytovaných osobám se získaným tělesným postižením.
Dotazník je anonymní a Vaše odpovědi budou sloužit jen pro výzkumné účely. Proto Vás prosím o jeho pravdivé vyplnění. Zvolenou odpověď označte nebo doplňte Váš názor.

Za vyplnění dotazníku velmi děkuji.
Hana Ambrozová

S případnými dotazy se na mne můžete obrátit na telefonním čísle +420 733 717 715 nebo emailové adrese AmbrozovaHanka@seznam.cz.

Pokud si budete přát zaslat výsledky mého výzkumu, uveďte zde nějaký kontakt na Vás.

1. Pohlaví

a) Muž
b) Žena

2. Věk

a) 18-25 let
b) 25-40 let
c) 40-55 let
d) 55-60 let
e) 60 a více let

3. Vzdělání

a) vyučen
b) středoškolské s maturitou
c) vyšší odborné
d) vysokoškolské

4. Jakého původu je Vaše tělesné postižení?

a) Po úrazu
b) Po nemoci

5. V kolika letech došlo ke vzniku Vašeho tělesného postižení?

a) 0-10 let
b) 11-20 let
c) 21-30 let
d) 31-40 let
e) 41-50 let
f) 51-60 let
g) 61 a více let

6. V běžném životě jsem:

a) Odkázán/á na pomoc jiné osoby
b) Potřebuji občasnou pomoc
c) Jsem samostatný/á

7. Používáte nějaké kompenzační pomůcky?

a) Ano
b) Ne

- Pokud ano, zakroužkujte které.
  a) Berle
  b) Francouzské hole
  c) Vozík
  d) Chodítko
  e) Kozičky
  f) Jiné (vypište prosím jaké)_____

8. Jste zaměstnán/a:

a) Chráněná dílna
b) Chráněné místo
c) Volný trh práce
d) nezaměstnán

9. Měl/a jste nebo máte potíže s hledáním pracovního místa?

a) Ano
b) Ne

10. Bydlíte:

a) Vlastní byt
b) Vlastní dům
c) Chráněné bydlení
d) Podporované bydlení
e) Domov pro osoby se zdravotním postižením

11. Zakroužkujte, kterou z těchto služeb používáte:

a) Služba osobního asistenta
b) Pečovatelská služba
c) Vzdělávací kurzy
d) Rehabilitační procedury
e) Služba péče o osobu blízkou

12. Využíváte některé z těchto příspěvků?

a) Příspěvek na veřejnou dopravu
b) Příspěvek na auto
c) Příspěvek na úpravu bytu
d) Invalidní důchod
e) nevyužívám

13. Je Vaše blízké okolí bezbariérové?

a) Doprava Ano Ne
b) Vstupy na úřady Ano Ne
c) Zdravotnická zařízení Ano Ne
d) Kulturní místa Ano Ne

14. Spolupracujete nebo jste členem některé z neziskových organizací?

a) Ano
b) Ne

- Pokud ano, které?_____

15. Jak hodnotíte nabídku sociálních služeb pro osoby s tělesným postižením?

(můžete vycházet z otázky č. 11)

a) Dostačující a kvalitní
b) Nedostačující, ale kvalitní
c) Dostačující, ale nekvalitní
d) Nedostačující a nekvalitní

16. Odkud jste získal/a informace o možnostech sociálních služeb?

a) Rodina
b) Obecní úřad s rozšířenou působností
c) Internet
d) Neziskové organizace

Jiné (vypište jaké)_____

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Ambrozová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Podmínky podpory a práce s dospělými se získaným tělesným postižením.
Název v angličtině:	The conditions of support and work with adults with gained bodily disablement.
Anotace práce:	V naší práci jsme se věnovaly podmínkám podpory a práce s dospělými se získaným tělesným postižením, čili jak tyto osoby v životě podporovat a jak s nimi pracovat. V teoretické části jsme se zabývaly samotným tělesným postižením, jeho dělením, dopadem na psychiku osob s tělesným postižením, úlohou rodiny, možnostmi rehabilitace, problematikou zaměstnávání tělesně postižených a systémem služeb, které mohou osoby s tělesným postižením využívat. V praktické části jsme se formou dotazníku zaměřily na zkoumání životních potřeb a spokojenosti osob s tělesným postižením.
Klíčová slova:	tělesné postižení získané, kompenzační pomůcky, ergoterapie, komprehenzivní rehabilitace
Anotace v angličtině:	In our work we have addressed the conditions of support and work with adults with acquired disabilities, as they say in life support and how to work with them. In the theoretical part, we deal with the actual physical disability, his division, the impact on the psyche of people with disabilities, the role of family, possibilities of rehabilitation, the employment of disabled people and system services to persons with disabilities to use. In the

	practical part, we have a questionnaire focused on the exploration of life and satisfaction of needs of persons with disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	gained bodily disablement, equalization aids, occupational therapy, comprehensive rehabilitation
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1- dotazník
Rozsah práce:	57 stran
Jazyk práce:	Český