

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

**Vybrané složky ucelené rehabilitace u osob s tělesným
postižením - analýza v ARPIDĚ, centru pro rehabilitaci osob
se zdravotním postižením, o.s.**

Vedoucí práce: Mgr. Jana Šimečková

Autor práce: Blanka Škopková

Studijní obor: Sociální a charitní práce

Ročník: 3. ročník

2014

Prohlášení

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

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

České Budějovice 25. 03. 2014

.....

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Šimečkové za metodické vedení práce a užitečné rady. Dále poděkování patří sociální pracovníci Mgr. Daně Kopecké za cenné zkušenosti. V neposlední řadě děkuji klientům centra ARPIDA a jejich rodičům za vstřícnou spolupráci.

Obsah

ÚVOD	6
1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	7
1.1 Klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví.....	7
1.1.1 Mezinárodní klasifikace poruch	7
1.1.2 Zdravotní postižení a znevýhodnění jako sociální událost.....	8
2 POJEM UCELENÁ REHABILITACE	9
2.1 Současný stav ucelené rehabilitace	11
3 LÉČEBNÁ REHABILITACE	12
3.1 Fyzioterapie.....	12
3.2 Ergoterapie	12
3.3 Rehabilitační inženýrství.....	13
3.4 Fyziatrie.....	13
3.4.1 Fyzikální terapie	13
3.4.2 Balneologie, balneoterapie	14
3.5 Myoskeletální medicína	14
4 PEDAGOGICKÁ REHABILITACE	15
4.1 Cíle a prostředky pedagogické rehabilitace	16
4.2 Formy vzdělávání.....	17
4.3 Pedagogická integrace.....	18
4.4 Podpůrná opatření pro znevýhodněné žáky ve vzdělávacím systému ..	20
5 SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	21
5.1 Cíle sociální rehabilitace	22
5.2 Sociální služby	23

6	PRACOVNÍ REHABILITACE	24
6.1	Historie zaměstnávání postižených osob	25
6.2	Zaměstnávání osob se zdravotním postižením.....	26
7	VOLNOČASOVÁ REHABILITACE	28
7.1	Aktivity vykonávané zdravotně postiženými.....	28
8	PSYCHOLOGICKÁ REHABILITACE.....	30
9	VÝZKUMNÁ ČÁST	32
9.1	Cíle práce a výzkumná otázka.....	32
9.1.1	Cíle práce.....	32
9.1.2	Výzkumná otázka	32
9.2	METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	32
9.2.1	Metody a techniky výzkumu	32
9.2.2	Charakteristika souboru.....	33
10	OVĚŘĚNÍ HYPOTÉZY	42
11	DISKUZE	43
	SEZNAN ZKRATEK	49
	ABSTRAKT.....	50
	ABSTRACT.....	51

ÚVOD

Téma bakalářské práce se nazývá „Vybrané složky ucelené rehabilitace u osob s tělesným postižením - analýza v ARPIDĚ, centru pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s.“. Toto téma jsem si zvolila z toho důvodu, jelikož jsem od narození postižena dětskou mozkovou obrnou, a tím mi je uvedená problematika velice blízká. Od dětství jsem navštěvovala centrum ARPIDA, které poskytuje svým klientům péči v duchu systému ucelené rehabilitace. Jedná se o zcela bezbariérový objekt. Nejprve jsem zde absolvovala mateřskou školu a následně první stupeň školy základní, později jsem do centra ARPIDA docházela jako praktikantka v průběhu vysokoškolského studia. Z těchto důvodů se mi uvedené centrum jeví jako vhodné pro získání podkladů k praktické části mé bakalářské práce.

Teoretická část bakalářské práce je členěna do osmi kapitol. V první kapitole shrnu informace o klasifikaci funkční schopnosti disability a zdraví, mezinárodní klasifikaci poruch a o zdravotním postižení a znevýhodnění jako sociální události. Ve druhé kapitole především vysvětlím pojem ucelená rehabilitace, uvádím též její současný stav. Ve třetí kapitole zmíním rehabilitaci léčebnou. Objasním zde pojmy fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitační inženýrství, fyziatrie, fyzikální terapie, balneologie, balneoterapie a myoskeletální medicína. Ve čtvrté kapitole se zaměřím na pedagogickou rehabilitaci, ve které popíši cíle a prostředky pedagogické rehabilitace, formy vzdělání a dále se v této kapitole věnuji pojmu pedagogická integrace. V páté kapitole zpracuji sociální rehabilitaci a její cíle, zmíním taktéž sociální služby. V následující kapitole se zaměřím na pracovní rehabilitaci. Uvedu zde její historii a legislativu, která se zabývá touto problematikou. V sedmé kapitole pojednávám o rehabilitaci volnočasové a aktivitách vykonávaných zdravotně postiženými. V poslední kapitole teoretické části shrnu rehabilitaci psychologickou.

V praktické části bakalářské práce zmapuji využití jednotlivých složek ucelené rehabilitace u konkrétních, zletilých klientů centra ARPIDA. Cílem bakalářské práce je zpracovat využití jednotlivých složek ucelené rehabilitace.

V bakalářské práci vycházím zejména z odborné literatury těchto autorů: Jankovský, Votava, Michalík, Matoušek.

1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

1.1 Klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví

U mnoha nemocí či úrazů nečiní stanovení diagnózy obtíže, ale omezení a následky, které stanovenou diagnózu doprovázejí. Mnoho diagnóz či úrazů může mít rozličné následky a naopak stejné následky mohou být způsobené rozličnými diagnózami. Z důvodu překonání tohoto problému bylo nutné vytvořit klasifikaci, která by navazovala na osy etiologie – patologie – manifestace, tak je tomu u Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD).¹

Pro stanovení této klasifikace bylo nutné vytvoření řetězce: disease (nemoc) – impairment (porucha) – disability (neschopnost) – handicap (nevýhoda).

Nemoc se projevuje jak morfologicky, tak funkčně poruchou. Porucha ve smyslu zdravotní je ztráta nebo abnormalita anatomických struktur či psychických a fyziologických funkcí. Může být trvalá nebo dočasná. Člověk důsledkem poruchy nemůže vykonávat některou z běžných činností nebo více činností, které omezují výkon a dosavadní aktivitu – disability. Společenský dopad tohoto omezení je závislý na zevním prostředí a okolní společnosti, nakolik je schopna a ochotna zevní prostředí a sama sebe přizpůsobit postiženému jedinci. Dopad na jeho znevýhodnění označujeme jako handicap.²

1.1.1 Mezinárodní klasifikace poruch

První klasifikace vznikla v roce 1980, ale z důvodu kritiky terminologie a medicínského pohledu nevyhovovala občanům se zdravotním postižením. V roce 1997 vznikla přepracovaná verze, ve které byl nahrazen termínem aktivita a handicap termínem participace. Poté přichází WHO s verzí *International Classification of Function, Disability and Health – Prefinal Draft Full Version December 2000* a finální verze byla zpracována

¹ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 10.

² Tamtéž.

v dubnu 2001, která se nazývá *ICF, disability and Health*. MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) se stala základní myšlenkou a vedoucí pomůckou při zavádění rehabilitace.³

1.1.2 Zdravotní postižení a znevýhodnění jako sociální událost

Zdravotní postižení a znevýhodnění je důsledkem ztráty některé či některých funkcí organismu, přitom občané nemusí mít nárok na invalidní nebo částečně invalidní důchod. Tyto ztráty omezují člověka v pracovním životě a znevýhodňují ve společenském. Zdravotní postižení je sociální událostí, v případě, že stíží pracovní, či ekonomické uplatnění jedince nebo v případě, kdy si vyžádá mimořádné služby a výdaje pro další pracovní, rodinný či občanský život. Zvláštní kategorií jsou lidé s těžkým zdravotním postižením, kteří jsou podstatně podporováni společností. V dnešní době se stále častěji používá pojem zdravotně znevýhodnění občané. Budeme - li hodnotit dotyčnou ztrátu jedince, pak je namístě mluvit o občanovi jako o zdravotně postiženém, kterého je potřeba zabezpečit. Přijmeme – li motivační přístup v sociální politice, pak budeme měřit rozsah invalidity zbylými schopnosti jedince k životu a k práci, poté budeme hovořit o zdravotním znevýhodnění, které je zapotřebí kompenzovat.⁴

³ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 11.

⁴ Srov. TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 223-224.

2 POJEM UCELENÁ REHABILITACE

Votava chápe pojem ucelená rehabilitace jako překlad z anglického termínu „*comprehensiverehabilitation*“. Slovo *comprehensive* se někdy zčešťuje jako komprehensivní, se skutečně překládá jako úplný, ucelený. Není správné jej měnit za český výraz komplexní. Z angličtiny ho překládáme spíše jako složitý, komplikovaný. O ucelené rehabilitaci hovoříme v případě, jestli-že následky nemoci či postižení nelze řešit pouze zdravotnickými prostředky a stav je dlouhodobý či trvalý, tedy nemoc či postižení nelze léčbou zcela odstranit.⁵

Termín komprehenzivní rehabilitace dále uplatňuje J. Jesenský, který ji dělí dle zaměření při plnění úkolů, jednotlivých institucí a prostředků na čtyři významné složky - rehabilitační, léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. V tomto duchu myslíme rehabilitaci dlouhodobou, kterou je třeba rozlišit od rehabilitace krátkodobé, či přechodné. Jejímž cílem je návrat ke stavu zdraví a upevnění kondice jedince. Může také navazovat na léčení méně závažné nemoci.⁶

Tento novolatinský pojem byl uveden v 19. století. Původně označoval léčebné postupy směřující k navrácení do stavu funkčních schopností (*habilis* schopný). Doporučeno bylo česky odpovídající slovo návratná péče, jenž odpovídá rehabilitaci, ale v praxi se bohužel neosvědčilo. Neoptimálnějším výsledkem rehabilitace je odbourání veškerých následků úrazu či nemoci, projevujících se na pohybovém ústrojí, rozumových schopnostech a psychice.⁷

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 chápána jako „*včasně plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.*“⁸

„*Také v SP je ve vztahu k OTP patrný postupný přechod od vnímání zdravotního, resp. tělesného postižení jako hlavní („problematizující“) charakteristiky jeho nositelů*

⁵ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14.

⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 40.

⁷ Srov. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*, s. 9.

⁸ VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14-15.

k práci s důsledky a dopady postižení na kvalitu života i existenční okolnosti. Práce „pomáhajících“ se tedy neorientuje na diagnózu či postižení, ale na překážky, které z klientova zdravotního omezení, poruchy vyplývají pro jeho možnosti zvládat aktivity, jež k lidskému životu patří. Tomu napomáhá také koncept koordinované rehabilitace a vytváření inkluzivního společenského prostředí, které zahrnuje princip rovných práv i příležitostí a předpokládá fungující soubor systémových opatření umožňujících život OTP v hlavním proudu společenského dění. Z pohledu SP patří mezi základní oblasti facilitace OTP poradenství, sociální rehabilitace, sociálně aktivizační podpora a zajištění dávek i služeb sociální péče.”⁹

Jde o současné pojetí pojmu rehabilitace, která už není chápána tak striktně, tedy jako zdravotnická aktivita, ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor, který obsahuje péči nejenom zdravotnickou, ale též pracovní, sociálně právní a pedagogicko psychologickou.¹⁰

Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření vedoucí k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví, nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Poskytování rehabilitace se musí řídit jednotnými základními principy, kterými jsou:

- včasnost;
- komplexnost;
- návaznost a koordinace;
- dostupnost;
- individuální přístup;
- multidisciplinární posouzení, a součinnost.¹¹

⁹ NOVOSAD, L. Lidé s tělesným postižením. In MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*, s. 392.

¹⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 40.

¹¹ Srov. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Koordinovanost ucelené rehabilitace. *General Practitioner / Prakticky Lekar*. 2011, roč. 91, č. 11, s. 653-656.

2.1 Současný stav ucelené rehabilitace

Vláda ČR přijala usnesení dne 31. 5. 2006 k Zajištění splnění úkolů Národního plánu podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009 vztahující se k rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Tento zákon obsahuje jak právní rámec rehabilitace osob se zdravotním postižením, tak i novely souvisejících právních předpisů a snahu vytvořit poradenskou základnu pro podporu poskytování komplexní rehabilitace osobám se zdravotním postižením na úrovni místní a regionální.¹²

¹² Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 10.

3 LÉČEBNÁ REHABILITACE

Léčebná rehabilitace je významná složka ucelené rehabilitace, která se zaměřuje na odstranění postižení a funkčních poruch a také na eliminaci následků zdravotního postižení.¹³ Do léčebné rehabilitace řadíme především fyzioterapii, ergoterapii, rehabilitační inženýrství, fyziatrii a myoskeletální medicínu.¹⁴

3.1 Fyzioterapie

Physiotherapia pochází z řeckého slova *fysis*, což znamená síla přírodní a slova *therapeiá*, což je léčení jako poskytnutí služby. Fyzioterapie využívá různých forem energií (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění patologických stavů. Zabývá se především pohybovým systémem, zejména jeho analýzou pomocí diagnostických postupů, možnostmi, jak jeho léčit a ovlivnit poruchy dalších orgánových systémů.¹⁵ Pozoruhodné metody jsou Vojtova reflexní lokomoce, metodika manželů Bobathových a komplexní metoda prof. Tardieu.¹⁶

3.2 Ergoterapie

Ergoterapie je terapeutický obor, který je nedílnou součástí kompletního multidisciplinárního léčebného přístupu u mnoha diagnóz.¹⁷ Ergoterapie využívá specifické diagnostické a terapeutické metody, eventuelně činnosti při léčbě jedinců v každé věkové hranici, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, mentálně nebo

¹³ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 41.

¹⁴ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

¹⁵ Tamtéž.

¹⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s.18.

¹⁷ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

smyslově postižení. Primárním cílem ergoterapie je dosažení a zachování maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince při zájmových a pracovních činnostech.¹⁸

3.3 Rehabilitační inženýrství

Je technický interdisciplinární obor, který se zaměřuje na vybavení zdravotně postiženého člověka technickými pomůckami. Jeho cílem je usnadnit zařazení do společnosti s maximálním možným uspokojením životních potřeb a směřováním k hodnotnějšímu a spokojenějšímu životnímu stylu. Rehabilitační inženýrství se zaměřuje na jednotlivé možnosti aplikace technických prostředků pro všechny typy zdravotního postižení a vzájemnými souvislosti.¹⁹

3.4 Fyziatrie

Fyziatrie či fyzikální medicína je lékařský obor, jenž studuje fyzikální podněty a využívá je ve zdravotnické praxi k prevenci, diagnostice a terapii. K léčebnému účinku využíváme energii pohybovou, mechanickou, tepelnou, chemickou, elektrickou, světelnou, akustickou a jejich kombinaci.²⁰

3.4.1 Fyzikální terapie

Fyzikální terapie (FT) empiricky využívá působení různých druhů zevní energie k léčení. Nejzákladnějším rysem všech druhů FT je ovlivnění aferentního nervového systému. Podněty, které využívá FT zvyšují nebo modifikují aferentní tok informací do centrálního nervového systému. Vlivem aferentního systému ve fázi vzniku funkční poruchy lze dosáhnout zaktivizování autoreparačních mechanismů organismu.²¹

¹⁸ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 297.

¹⁹ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

²⁰ Tamtéž.

²¹ Srov. ZEMAN, M. *Základy fyzikální terapie*, s. 7.

3.4.2 Balneologie, balneoterapie

Balneologie využívá přírodních zdrojů fyzikálních podnětů obvykle vázaných na určité místo.

Balneoterapie používá tyto přírodní zdroje fyzikálních podnětů k lázeňské léčbě. Jedná se o přírodní léčivé a minerální vody, peloidy, zředěné plyny, klimatické a meteorologické prvky.²²

3.5 Myoskeletální medicína

Myoskeletální medicína je hraniční medicínský obor, jenž využívá specifické metody k léčbě funkčních poruch pohybového ústrojí. Dříve byl tento obor označován jako manuální medicína, manipulační a reflexní terapie či neuroortopedie.²³ Manuální medicína zajišťuje diferenciální diagnostiku všech onemocnění, u kterých jsou přítomny projevy funkční poruchy a postižení na hybném systému.²⁴

²² Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

²³ Srov. TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J., *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*, s. 104.

²⁴ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 4.

4 PEDAGOGICKÁ REHABILITACE

Jedná se o nový pojem, který není vymezen v žádném právním předpisu. Obsahem se však shoduje s pedagogickým působením a vzděláváním osob se zdravotním postižením ve stanovisku speciální pedagogiky, která má v Čechách dlouhodobou tradici. Odborníci, kteří jsou za tuto složku ucelené rehabilitace zodpovědní, jsou zejména pedagogičtí pracovníci - speciální pedagogové.²⁵

Pedagogická rehabilitace je jednou ze čtyř důležitých složek ucelené rehabilitace. V této oblasti dodnes přetrvává terminologická nejednotnost, která je dána především úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku.²⁶

Přestože se pedagogické prostředky rehabilitace překrývají s prostředky rehabilitace sociální, pracovní i léčebné, je zcela jasné, že ucelenou rehabilitaci je třeba chápat také jako pedagogický jev. Při socializaci jedince představuje edukace důležitou roli a není možné ji vnímat pouze jako aktivitu, která má vztah jen k dětství či dospívání. Přestože je výchova a vzdělávání celoživotní procesem, je potřebné toto vnímat, jako otevřený systém. Pedagogická rehabilitace je nicméně nejdůležitější v období dětství a dospívání.²⁷

Pedagogická rehabilitace je určena lidem, kterým jejich zdravotní postižení nedovolí dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.²⁸

J. Jesenský odlišuje působení pedagogické rehabilitace u lidí se získaným postižením a u osob s vrozeným zdravotním postižením. U lidí se získaným postižením je snaha zaměřena na návrat k původní linii rozvoje jedince. O pedagogickou rehabilitaci se jedná až do té doby, kdy se jedinci s postižením podaří opět získat identitu. Odlišná situace nastává u jedince se zdravotním postižením od narození. Tito lidé mohou zaostávat v dílčích nebo celkových schopnostech za běžnou společností.²⁹ Mnohdy nemají

²⁵ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 123.

²⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 48.

²⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 25.

²⁸ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 123.

²⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 48.

potřebnou úroveň základních zkušeností a dovedností, obvykle v závislosti na podmětové deprivaci (dané např. hospitalizací).³⁰

V obou uvedených případech pedagogická rehabilitace záměrně působí pedagogicko-psychologickými prostředky ve smyslu reedukce, tj. snaha o obnovení normálního stavu.³¹ Po roce 1989 nastal rozvoj v pedagogické rehabilitaci. Zvětšil se počet vzdělávacích programů a jejich forem. Došlo k vývoji poradenských služeb ve školství. Vzniklo mnoho nových nestátních zařízení s programem pedagogické rehabilitace. Rozšířil se také okruh jedinců vstupujících do procesu pedagogické rehabilitace. Především jedincům s těžkým mentálním postižením a postižením kombinovaným byl po tomto roce přístup ke zdělání velice rozšířen. Náplň vzdělávacích programů aktuálního vzdělávacího systému zohledňuje potřeby jedinců se zdravotním postižením dle jejich věku, druhu a hloubky. Jsou vzdělávací programy pro žáky předškolního věku, školního věku a také středoškolské vzdělávací programy pro jedince s postižením. Výběr vhodného vzdělávacího programu se stanoví na základě speciálního pedagogického posouzení individuálního případu a jeho individuální naplňování se děje ve vzdělávacím procesu a úzké spolupráci s ostatními složkami ucelené rehabilitace.³²

4.1 Cíle a prostředky pedagogické rehabilitace

Dosažení co nejvyššího stupně vzdělání je jedním z předpokladů rozvoje jedince. Dále také překonávání důsledků postižení za účelem pracovního a společenského uplatnění. Prostředky k získání těchto cílů jsou zejména tyto:

- Vhodné stanovení předpokladů žáka pro dosažení plánovaného vzdělání.
- Vytvoření dostatečně silné motivace pro vzdělání, což je dáno zejména zvládnutím metody studia.
- Odbourání demotivujících faktorů v procesu učení, dále upravení prostředí a tempa učení vlastnostem a schopnostem studenta.

³⁰ VAGNEROVÁ, M., HADJ – MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*, s. 192.

³¹ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 48.

³² Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 124.

- Používání speciálních pedagogických metod, pomůcek a také přístupů v procesu učení.
- Vyučování speciálních předmětů, jejichž náplň je vzhledem k typu postižení pro žáka významná (např. logopedická péče včetně výuky komunikace speciálními formami komunikace).³³

4.2 Formy vzdělávání

Aktuální systém vzdělávání jedinců se zdravotním postižením je otevřený a poskytuje alternativní výběr organizační formy vzdělání se zajištěním nutné speciálně pedagogické péče.

Organizační formy vzdělání jsou:

- Pedagogická rehabilitace, která je poskytována v rámci speciální školy.
- Pedagogická rehabilitace, která je poskytována v rámci speciální třídy zřízených při školách obvyklého vzdělávacího proudu.
- Pedagogická rehabilitace, která je poskytována v rámci individuálního vzdělávacího programu studentů individuálně integrovaných.³⁴

Povinnou školní docházku může žák s postižením v současné době plnit několika způsoby.³⁵

Zvládnutí školních nároků je ovlivněno řadou faktorů, které souvisí jak s učením, tak se zráním.³⁶

Dalším důležitým faktorem ovlivňujícím vzdělávání je nepochybně druh a stupeň postižení žáka. Jde-li o lehčí postižení, obvykle nejsou problémy s docházkou tohoto žáka

³³ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 126.

³⁴ Srov. tamtéž, s. 129 – 130.

³⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 78.

³⁶ Srov. VAGNEROVÁ, M., HADJ – MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*, s. 187.

do běžné třídy spádové základní školy. Eventuálně se upraví podmínky takovým způsobem, aby mohl docházet do běžné třídy základní školy.³⁷

V případě zařazení žáků se zdravotním postižením do běžné základní školy je možné využít též skupinové formy integrace. Zmíněný postup prezentuje „mezistupeň“ mezi běžnou základní školou a speciální školou. Umožňuje tedy soustřeďovat v této třídě materiální a personální podmínky k tomu, aby bylo možné zajistit speciální vzdělávání na odborné úrovni.³⁸

U těžších postižení, v případech, kdy žák vyžaduje speciální intenzivní péči týmu odborníků i vybavení kompenzačními, rehabilitačními a učebními pomůckami v takovém množství, že je náročné zajistit je v rámci běžné základní školy, bývají i dále užívány speciální zařízení a speciální školy, které mají k dispozici odborný personál, technické zařízení a pomůcky.³⁹

4.3 Pedagogická integrace

Pedagogická (školská) integrace se ukazuje v rámci edukace jako velice významná. Pojem integrace je znám již u M. Sováka. Ten integraci chápe jako nejvyšší 4. stupeň socializace.⁴⁰

Po roce 1889 se změnil obsah tohoto pojmu. Tato změna nastala také díky zkušenostem ze zahraničí. J. Jesenský ve svém konceptu pedagogické integrace rozlišil devět stupňů podle zapojení dítěte ve třídě. A to podle rozsahu úpravy prostředí, ve kterém se žák vzdělává, od stupně plné integrace až po vysoce segregovanou výchovně vzdělávací činnost. Žák se speciálními vzdělávacími potřebami potřebuje často individuální péči speciálního pedagoga, z toho důvodu lze říci, že ani plná integrace osob se zdravotním postižením nesměruje k odstranění speciální pedagogiky, naopak poskytuje této disciplíně nový rozměr.⁴¹

³⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 78.

³⁸ Srov. tamtéž, s. 78 – 79.

³⁹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 72.

⁴⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 81.

⁴¹ Srov. tamtéž, s. 82.

Otázku pedagogické integrace je nutno řešit z hlediska zajištění lepšího vývoje a prospěchu jak dítěte s postižením, tak ostatních dětí nepostížených. Ne každé postižené dítě je možno integrovat mezi zdravou populaci. Velmi důležitým faktorem při pedagogické integraci je prospěch jedince.⁴²

Od školního roku 1994/95 vycházeli metodické pokyny MŠMT ČR k integraci žáků se zdravotním postižením, byly zde zohledňovány hlediska psychologická, speciálně pedagogická, ekonomická a zdravotnická. Tyto pokyny byly nápomocné k úspěšné integraci těchto osob. Byly zde také vymezeny podmínky k vytvoření individuálního vzdělávacího plánu pro osoby se zdravotním postižením, které jsou integrovány v běžné základní škole.

Na školní integraci má vliv mnoho faktorů, nejdůležitějším z nich je rodina. Je podstatné, zda se jedná o rodinu úplnou či neúplnou a jaké jsou v rodině vztahy. Velmi významná je také finanční situace rodiny, která často souvisí s finanční situací státu. Dalším důležitým faktorem je škola, do které žák s postižením dochází. Zde je podstatná bezbariérovost objektu, ale nejdůležitější je postoj pedagogického sboru a spolužáků k integrovanému jedinci. Obtíže mohou nastat při začleňování asistenta pedagoga do pedagogického sboru.⁴³

Jde - li o pedagogickou integraci, pak také záleží na diagnostické činnosti a metodické pomoci odborných zařízení. To se týká především speciálně pedagogických center a pedagogicko – psychologických poraden.⁴⁴

Žák s tělesným postižením je omezen především v pohybu, někdy se může jednat i o dítě nehybné. Může nastat postižení horních i dolních končetin. Z tohoto důvodu je nutné respektovat jejich problémy při sebeobsluze, ale i společenské a komunikační potíže. Jedinec, který je integrován do běžné třídy, by měl být dobře sociálně adaptabilní.⁴⁵

Integrace takového žáka do běžné školy mezi zdravé děti může být prospěšná a přinést tak dítěti nové zkušenosti, které jsou pro něj jinak těžko dostupné. Ale za určitých podmínek takovým přínosem být nemusí. Může působit neutrálně nebo negativně. Velice záleží na konkrétním dítěti, které je integrováno, ale také na ostatních okolnostech.

⁴² Srov. DVOŘÁKOVÁ, M. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky*, s. 108.

⁴³ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 83.

⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 84.

⁴⁵ Název projektu: *Nový začátek - integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Registrační č. projektu: CZ. 1. 07/1. 2. 07/04. 0007, s. 23.

Při integraci postiženého žáka je velmi důležité, aby jeho začlenění do běžné třídy nebylo zátěží, ale stimulací lepšího vývoje.⁴⁶

4.4 Podpůrná opatření pro znevýhodněné žáky ve vzdělávacím systému

Žáci se zdravotním postižením či znevýhodněním a žáci se sociálním znevýhodněním mají uznané speciální vzdělávací potřeby, které definuje paragraf 16 školského zákona. Tyto speciální vzdělávací potřeby zajišťují sociálně pedagogické centra, pedagogicko – psychologické poradny a školské poradenské zařízení.⁴⁷

Tito žáci dle paragrafu 16 mají právo na adekvátní podporu při vzdělávání. Obsah, forma a metoda výuky by měla odpovídat potřebám žáků a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení. U studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se při hodnocení přihlíží k povaze postižení či znevýhodnění. Ředitel školy, ve které dochází ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, může zavést funkci asistenta pedagoga. Speciální pedagog podporuje žáka při vzdělávání a při přípravě na výuku. Dále pomáhá žákům při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání. Nedílnou činností asistenta pedagoga je pomoc pedagogickým pracovníkům při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci žáků a s jejich komunitou.⁴⁸

Pedagogické pracovníci předpokládají, že při včasné diagnostice a intervenci může být většina žáků úspěšně vzdělávaná v běžných třídách. Základními pilíři ve vzdělávání je stanovit individuální vzdělávací plán (IVP) žákům se speciálními potřebami a žákům mimořádně nadaným. Zodpovědný za zpracování IVP je ředitel školy a tento plán je vypracován ve spolupráci školským poradenským zařízením, které musí plány dvakrát ročně vyhodnocovat.⁴⁹

⁴⁶Srov. VAGNEROVÁ, M., HADJ – MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*, s. 205.

⁴⁷ Srov. ŠTRACHOVÁ, K. *Současná školská legislativa a inkluzivní vzdělávání*. In JÁNSKÁ, I., HABART, T. *Pojďte do školy! Nerovné šance na vzdělání znevýhodněných dětí*, s. 73.

⁴⁸ Srov. ŠTRACHOVÁ, K. *Současná školská legislativa a inkluzivní vzdělávání*. In JÁNSKÁ, I., HABART, T. *Pojďte do školy! Nerovné šance na vzdělání znevýhodněných dětí*, s. 82 – 83.

⁴⁹ Srov. ŠTRACHOVÁ, K. *Současná školská legislativa a inkluzivní vzdělávání*. In JÁNSKÁ, I., HABART, T. *Pojďte do školy! Nerovné šance na vzdělání znevýhodněných dětí*, s. 81.

5 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

U zdravého jedince dochází v lidské společnosti k procesu socializace, humanizace a personalizace. Nepochybně se to týká i jedince s postižením. Velice záleží na jeho společenském postavení, na jeho roli ve společnosti a na tom, jakým způsobem je ve společnosti přijímán. Má - li být tento vztah v rovnováze, je tedy cílem rehabilitace, aby osoba se zdravotním postižením ho byla schopna přijmout a v nejvyšší možné míře se integrovat do běžné společnosti. Tím dochází k zachování nejlepší kvality života, což směřuje k životní spokojenosti jedince.⁵⁰

Pojem sociální rehabilitace se týká všech OZP, bez ohledu na jejich věk, od raného dětství do pozdního stáří. Je velmi důležitou složkou ucelené rehabilitace. Prostředky a cíle sociální rehabilitace se částečně prolínají s prostředky a cíli ostatních složek ucelené rehabilitace. Definice uvedená v zákoně o sociálních službách.⁵¹

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných, činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“⁵²

Sociální rehabilitace se vyvíjela během posledních 15 let zejména působením občanských sdružení OZP, které služby sociální rehabilitace samostatně zformovaly. A ve vztahu ke státu i obcím dále utváření podmínek pro ucelenou rehabilitaci požadovaly.⁵³

Sociální prostředky rehabilitace aplikují metody reedukce (vývoj postižené funkce i zbytkových schopností), kompenzace (zastoupení poškozené funkce jinou nepoškozenou

⁵⁰Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 45 - 46.

⁵¹Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 70.

⁵² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁵³Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 70.

funkcí) a akceptace (smíření se s životem s postižením). Tyto metody se uplatňují ve zdravotnických zařízeních, ve speciálních školách, v zařízeních a ústavech sociální péče a nestátních neziskových organizacích.⁵⁴

Sociální pracovník je důležitým členem rehabilitačního týmu. K jeho povinnostem patří podílet se na řešení klientových problémů, provádět poradenskou činnost, spolupracovat s řadou institucí mimo své pracoviště a dále provádění sociální šetření, na základě kterých, po konzultaci s dalšími spolupracovníky, navrhuje další postup řešení daného problému.⁵⁵

Úkolem rehabilitace v souvislosti se sociální politikou je vytvářet podmínky pro setrvání nebo navrácení jedince do plnohodnotného života, dále pro zachování či obnovení jeho lidských funkcí i občanských a profesionálních rolí. V uvedeném případě sociální instituce jen podporují úsilí občana. V případě, kdy veškerá snaha jedince z objektivních důvodů selže, nastupuje péče, která nahrazuje úsilí jedince, snahou jiných služeb nebo osob např. ústavní nebo pečovatelská péče. Rehabilitace i stimulace k udržení či návratu jednotlivce do přirozeného sociálního prostředí je nyní pokládána za nejvýznamnější trend v evropské sociální politice.⁵⁶

5.1 Cíle sociální rehabilitace

Cílem sociální rehabilitace tělesně postižených je zejména zajištění pracovního uplatnění. Měla by se účastnit úprav pracoviště, bydlení, na realizaci dopravy atd. Dle J. Jankovského sociální rehabilitace dále usiluje o prevenci defektivitu respektive o to, aby se jí zabránilo.⁵⁷ Sociální následky zdravotního postižení jsou kompenzovány formou finančních příspěvků i sociálních služeb.⁵⁸

V případě úplné pracovní neschopnosti by měla zajišťovat plný invalidní důchod a v případě snížené pracovní neschopnosti částečný důchod. Pro těžce zdravotně postižené

⁵⁴ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 23.

⁵⁵ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 50-51.

⁵⁶ Srov. TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*, s. 131.

⁵⁷ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*, s. 221.

⁵⁸ Srov. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÍ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*, s. 94.

by měla na základě jejich individuální potřebnosti zabezpečovat umístění v příslušném sociálním zařízení, asistenční či pečovatelskou službu.⁵⁹

5.2 Sociální služby

Sociální rehabilitace se z části prolíná se systémem sociálních služeb. Jejichž zřizovatelem je Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Tyto služby jsou zaměřeny zejména na ochranu tzv. zranitelných skupin obyvatel, ke kterým kromě osob se zdravotním postižením řádíme také např. seniory, etnické minority či drogově závislé.⁶⁰

Sociální služby pro uvedené cílové skupiny jsou: poskytování technických pomůcek, služby osobní asistence, doprava do škol a zařízení, pečovatelská služba, chráněné bydlení, respitní (odlehčovací) péče, ústavy a domovy sociální péče pro postižené, penziony a domovy pro seniory a občany se zdravotním postižením, poradenství, raná péče a centra denních služeb.⁶¹

⁵⁹ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. at al. *Speciální pedagogika*, s. 221.

⁶⁰ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 73.

⁶¹ Srov. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÍ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*, s. 95-96.

6 PRACOVNÍ REHABILITACE

Pracovní rehabilitace velmi úzce souvisí se sociální rehabilitací, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce a hradí náklady s ní spojené.⁶²

V užším pojetí se zabývá přípravou na výkon profese (zde je důležité, aby jedinec získal potřebné dovednosti a vědomosti pro výkon povolání). V širším smyslu poskytuje péči lidem se zdravotním postižením, která jim dá možnost uplatnit se na pracovním trhu. Jedná se o obnovení pracovního potenciálu jedinců, kteří mají následkem zdravotního postižení sníženou nebo značně omezenou pracovní schopnost. Dále se pracovní rehabilitace zaměřuje na průzkum trhu pracovních příležitostí, poradenství v dané oblasti, vytváření a ochranu pracovních míst.⁶³

Pracovní rehabilitace zdravotně postižených osob obsahuje i rekvalifikační proces, který je zaměřen na nově vyhovující způsob zaměstnání. Cílem pracovní rehabilitace je nejvyšší možná míra zvládnutí činností potřebných pro výkon zaměstnání náhradním způsobem.⁶⁴

Nutnost pracovní integrace je dána tím, že práce patří mezi základní potřeby jedince, a v případě, že tato potřeba není naplňována, může nastat frustrace, či stresový stav.⁶⁵

Úkolem pracovní rehabilitace je těmto stavům předcházet, jednou z možností je např. vhodná rekvalifikace. Utváření pracovních míst pro jedince se zdravotním znevýhodněním, ale není snadné. Ve vyspělých státech jsou uplatňovány dva přístupy.

1. Zvýhodňování zaměstnavatelů, kteří zaměstnají zdravotně postižené. Jde především o různé daňové úlevy.
2. Stanovení kvót, které určuje zaměstnavatelům povinnost vytvořit určitý počet pracovních míst, pro osoby se zdravotním postižením. V případě nenaplnění těchto kvót jsou zaměstnavatelé sankcionováni. S již uvedeným systémem souvisí také vytvoření chráněných pracovišť eventuálně chráněných dílen, jejichž výrobní program je přizpůsobený pracovním možnostem osob se zdravotním postižením.

⁶² Srov. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění k 10. 12. 2013.

⁶³ Srov. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÍ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*, s. 93-94.

⁶⁴ Srov. RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. at al. *Speciální pedagogika*, s. 224.

⁶⁵ Srov. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÍ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi*, s. 94.

Pracovní uplatnění zde mají možnost získat i osoby s těžším zdravotním postižením. V dnešní době je stále více populárnější a efektivnější podporované zaměstnání, které vede k pracovnímu zapojení lidí s postižením na běžných pracovištích.⁶⁶

6.1 Historie zaměstnávání postižených osob

Problém zaměstnávání osob se zdravotním postižením byl znám již v historii. Nový prvek přinesla již první světová válka, kdy se z front vracelo mnoho zraněných mužů. Většina států tento problém řešila součinností sociálních služeb, zdravotnictví, politiky zaměstnanosti a vzdělání. V USA se začal od té doby užívat pro tuto koordinovanou činnost pojem rehabilitace. V České Republice velice dobře řídil zmíněnou činnost prof. Rudolf Jedlička.⁶⁷

Před rokem 1989 byla nejvýznamnější institucí při zapojování do pracovního procesu Posudková komise sociálního zabezpečení. V případě, že tato komise přiznala změněnou pracovní schopnost, navrhla práci v chráněných dílnách družstev invalidů či ve výrobním podniku Svazu invalidů Meta. Tito lidé měli ve většině případů pouze lehké zdravotní potíže. Až po roce 1990 se začali lidé se zdravotním postižením uplatňovat na širším pracovním trhu. K tomu by měli přispívat Úřady práce. V důsledku ekonomické reformy se objevila nezaměstnanost, která se postihla i zdravotně postižené jedince, jelikož mnoho pracovních míst pro OZP bylo zrušeno.⁶⁸

⁶⁶ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 28.

⁶⁷ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 105.

⁶⁸ Srov. tamtéž, s. 106.

6.2 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

„Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %.“⁶⁹

Zmiňovaný zákon zároveň uvádí možnost tzv. alternativního plnění, tj. odebírání výrobků od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 55% zaměstnanců se ZPS, zadávání výrobních programů zmíněným zaměstnavatelům, dále odvody do státního rozpočtu ve výši 0,5 násobku průměrné mzdy.⁷⁰

Práva a povinnosti týkající se zaměstnávání osob se zdravotním postižením upravuje zákon o zaměstnanosti. V uvedeném zákoně je této problematice věnována celá třetí část. V § 67 je stanoveno, že fyzickým osobám se zdravotním postižením je poskytována zvýšená ochrana na pracovním trhu. Krajská pobočka Úřadu práce eviduje tyto osoby, kterým zabezpečuje služby dle zákona o zaměstnanosti.⁷¹

Povinnosti pro zaměstnavatele vůči osobám se zdravotním postižením jsou:

1. Poskytnout krajské pobočce Úřadu práce informace o volných pracovních místech, která jsou vhodná pro osoby se zdravotním postižením.
2. Dle svých možností rozšiřovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením.
3. Individuálního uzpůsobení podmínek a pracovních míst jedincům se zdravotním postižením.
4. Vyhrazovat pracovní místa pro tyto osoby.
5. Spolupracovat s krajskou pobočkou Úřadu práce v případě zabezpečování pracovní rehabilitace.
6. Evidovat pracovní místa, která jsou vyhrazená pro osoby se zdravotním postižením.⁷²

⁶⁹ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění k 10. 12. 2013.

⁷⁰ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 51.

⁷¹ Srov. MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, s. 74.

⁷² Srov. MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, s. 74.

Podstatný je také příspěvek na podporu zaměstnávání OZP na chráněném pracovním místě.

„Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnání těchto osob. Příslušným úřadem práce pro poskytování příspěvku je úřad práce, v jehož obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jehož obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou.“⁷³

⁷³ Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění k 10. 12. 2013.

7 VOLNOČASOVÁ REHABILITACE

Jedním z cílů ucelené rehabilitace je poskytnout osobám se zdravotním postižením hodnotné naplnění volného času dle svých zájmů, které jim umožňuje rozvíjet.⁷⁴ Jde především o to, aby lidé s postižením byli integrováni do běžného prostředí.⁷⁵ V rámci volnočasové rehabilitace lidé zdokonalují nejen své schopnosti (např. v oblasti jemné motoriky), ale především rozvíjejí svou osobnost.⁷⁶

Lidé se zdravotním postižením se při volnočasových aktivitách musí vypořádat s bariérami. Dříve neměli mnoho možností poznat činnosti, které jsou pro zdravé lidi obvyklé.

Lidé se zdravotním postižením potřebují více úsilí a času k tomu, aby si osvojili základní dovednosti potřebné k běžnému životu. Z uvedeného důvodu jim na volnočasové aktivity nezbyvá mnoho času.⁷⁷

Většina zdravotně postižených nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav pracovat. Z uvedeného důvodu mají tyto lidé dostatek volného času. Není to ale pravidlem. Jiní lidé se zdravotním postižením mají aktivitami vyplněný celý den.

Dále smysluplným vyplněním volného času lidé se zdravotním postižením předejdou tomu, aby se u nich rozvinuly negativní sklony např. pasivita, alkoholismus.⁷⁸

7.1 Aktivity vykonávané zdravotně postiženými

Sport - jedná se o naplnění volného času způsobem, při kterém dochází ke zlepšení, nebo alespoň udržení tělesné kondice. OZP se tak dostanou do přírody, mají možnost pobytu ve vodě nebo se setkávají s lidmi, kteří mají stejné zájmy. Ve sportu je možno dosahovat měřitelných výsledků, sportovec je tak motivován ke zlepšení výkonu.⁷⁹

⁷⁴ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 97.

⁷⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, s. 107.

⁷⁶ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 97 - 98.

⁷⁷ Tamtéž.

⁷⁸ Tamtéž VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 97 - 98

⁷⁹ Srov. Tamtéž, s. 89.

Jde zejména o sporty: basketbal, tenis, šerm, atletika, spírání, střelba, lukostřelba, stolní tenis, plavání, sjezd na monoski, sledge hokej aj.⁸⁰

Dále cestování, tvůrčí činnost, návštěva kulturních akcí, hodiny cizích jazyků a práce s počítači.⁸¹

⁸⁰ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 96.

⁸¹ Srov. Tamtéž, s. 98.

8 PSYCHOLOGICKÁ REHABILITACE

Změněný zdravotní stav pacienta se projevuje nejen v jeho změnách anatomických a fyziologických, ale zároveň dochází k změnám psychickým.⁸²

Z psychologického hlediska se osobnost vytváří pod vlivem řady zevních a vnitřních faktorů, z nichž jeden může být zdravotní postižení. Podstatné je, v jakém věku postižení nastane.

1. S postižením se narodíme nebo může nastat od časného dětství.
2. Postižení vznikne v průběhu života.⁸³

Z hlediska ontogenetické psychologie je vyrovnávání se s handicapem bezproblémové v počátečním období života (období novorozence a kojence). Tato období jsou velmi důležitá pro vytváření mezilidských vztahů, tedy emočního vztahu vůči rodičům. Kvalita tohoto vztahu určuje míru budoucího pozitivního vztahu jedince vůči okolí a přijetí světa.⁸⁴

Při těžkém postižení dochází k emocionální krizi, což je vyvrcholení myšlenkového dění. Je uveden model zvládání těžkých životních psychických krizových situací, který je rozdělen na pět fází. První fáze je úvodní výkřik, druhá fáze je snaha o popření kritické události, následující fáze vtíravých myšlenek a neodbytných těžkých emocionálních stavů, pak nastává fáze vyrovnávání se s těžkou osobní situací a fáze smíření.⁸⁵

Důležité jsou pomáhající profese, které tyto lidé podporují. Jedná se o profese, jež jsou orientovány na potřeby člověka, které jsou zaměřeny na řešení jeho potřeb a na poskytování podpory a pomoci. Hlavním rysem je zaměření na individuální potřeby jedince. Mezi pomáhající profese začleňujeme lékaře, sociální pracovníky, dále jsou zde zařazeni psychologové, terapeuti, vychovatelé a sociální pedagogové. Každá z těchto pozic má svá specifika a požadavky na speciální vzdělávání. Většinou je toto vzdělávání vysokoškolské, výjimečně středoškolské vzdělání. Kladeny jsou i další speciální požadavky na strukturu osobnosti pracovníka: hodnotový systém, motivace, předpoklady

⁸² Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*, s. 15.

⁸³ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 148.

⁸⁴ Srov. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, s. 72 – 73.

⁸⁵ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*, s. 15.

pro výkon profese – stabilita, empatie, trpělivost, ochota ke službě druhým, tolerance a další.⁸⁶ Z toho vyplývá, že takovéto povolání vyžaduje více než jenom znalosti, zkušenosti a dovednosti. Předpokladem je ryzost charakteru, mravní čistota a vědomí odpovědnosti vůči vyššímu mravnímu řádu. Tyto náročné požadavky mohou pro některé pracovníky představovat nepřiměřenou zátěž, jež může vést, ve spojení s psychickou, emocionální a popřípadě i fyzickou náročností výkonu takového povolání, až k naprostému vyčerpání, resp. k tzv. vyhoření, vyhaslosti či vyprahlosti.⁸⁷

⁸⁶ Srov. MICHALIK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*, s 14 – 15.

⁸⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 157 – 158.

9 VÝZKUMNÁ ČÁST

9.1 Cíle práce a výzkumná otázka

9.1.1 Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce je zpracovat využití jednotlivých složek ucelené rehabilitace u klientů centra ARPIDA ve věku od osmnácti do třiceti sedmi let.

9.1.2 Výzkumná otázka

Klienti v centru ARPIDA využívají všechny složky ucelené rehabilitace k minimalizaci a k překonání dopadů zdravotního postižení na jedince.

9.2 METODIKA A CHARAKTERISTIKA SOUBORU

9.2.1 Metody a techniky výzkumu

Byl vytvořen kvantitativní výzkum formou analýzy spisů klientů v centru ARPIDA. Sběr výzkumných dat byl zpracován analýzou spisů a následně doplněn metodou rozhovoru. Ve spisech byla zmapována diagnóza, věk, rok zařazení do centra ARPIDA a trvalé bydliště vybraných klientů tohoto centra. Dále v rámci léčebné rehabilitace byly shrnuty kompenzační pomůcky, ergoterapie a fyzioterapie. V rámci pedagogické rehabilitace byli uvedeni klienti, kteří v současné době plní povinnou školní docházku, u zbývajících klientů je zaznamenáno nejvyšší dosažené vzdělání v centru ARPIDA. V rámci sociální rehabilitace byly zmapovány poskytované služby a příspěvky, které jsou těmito zdravotně postiženými pobírány. V neposlední řadě byla zjištěna volnočasová rehabilitace.

9.2.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořilo dvacet čtyři klientů. Z celkového počtu respondentů bylo čtrnáct mužů a deset žen, jednalo se o zletilé klienty. Výzkum byl vypracován v centru ARPIDA v Českých Budějovicích. Příprava praktické části bakalářské práce trvala po dobu čtrnácti dnů. Výzkumná část analýzy dat probíhala po dobu jednoho měsíce. Vyhodnocení analýzy dat klientů trvalo dva týdny.

Tabulka č. 1

Diagnózy

diagnóza	P. klientů
DMO kvadruparetická formá, epilepse, lehká mentální retardace	1
DMO diparetická forma, strabismus, retinopatie nedonošených, projevy ADHD a AD, lehká mentální retardace	1
DMO diparetická forma, dysartrie, strabismus, středně těžké mentální retardace	1
DMO spastická kvadruparetická forma, kompenzovaná epilepsie, dysartrie	1
Hypotonický syndrom, hemiparetická forma, stav po encefalokelu, lehká mentální retardace	1
DMO hemiparetická forma, epilepsie, těžká mentální retardace	1
Hemiparetická forma, stav po těžké kontuzi mozku, středně těžká mentální retardace sekundární epilepsie	1
Psychomotorická retardace, syndrom Johanson - Blizzard, degenerativní stigmatizace, těžká mentální retardace, strabismus, poruchy řeči	1
DMO kvadruparetická forma, těžká mentální retardace, epilepsie, luxace kyčle, výrazná kyfóza, skolióza, dysartrie	1
Hyperkinetický syndrom, těžká vývojová dysfázie, kompenzovaná epilepsie, autistické rysy, těžká mentální retardace	1
DMO kvadruparetická forma, epilepsie, dysartrie a středně těžká mentální retardace	1
DMO kvadruparetická forma, lehká mentální retardace, dysartrie	1
Syndrom LMD, středně těžká mentální retardace, kompenzovaná epilepsie	1
DMO diparetická forma, lehká mentální retardace, porucha visu	1
DMO hemiparetická forma, lehká mentální retardace, struma, strabismus, slabozrakost	1
DMO diparetická forma a středně těžká mentální retardace	1
Lehký hypotonický syndrom, vývojová dysfázie, projevy ADHD, dolní hranice pásma lehké mentální retardace	1
DMO diparetická forma, lehká mentální retardace	1
Syndrom Seathre- Chotzen, hypotonický syndrom, dysartrie, dyslálie, rhinolálie, lehká mentální retardace (klientka se nachází v dolní hranici tohoto pásma)	1
DMO diparetická forma, hraniční pásmo lehké, středně těžké mentální retardace	1
DMO - diparetická forma, epilepsie, středně těžká mentální retardace	1
ADHD, středně těžká mentální retardace, stav po operaci kavernosního hematomu	1
Leukodistrofie – M. Pelizacus – Marzbacher, centrální spastická diparéza, cerebelární syndrom, luxace levého a subluxace pravého kyčelního kloubu, mentální retardace, strabismus, dysartrie	1
DMO kvadruparetická forma, středně těžká mentální retardace, dysartrie	1

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 1 jsou uvedeny diagnózy klientů. Každý respondent má diagnózu individuální. Nejvíce osob je postiženo dětskou mozkovou obrnou a každý klient k ní má přidružená jiná postižení. Nejčastěji je k této diagnóze přidružená mentální retardace a epilepsie. Zbývající diagnózy viz tabulka č.1.

Tabulka č. 2

Věk

Věk klientů	Počet klientů
18	3
19	2
20	2
21	1
22	2
23	8
24	1
25	1
26	1
30	2
37	1

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 2 je uveden věk klientů. Nejpočetnější skupina klientů je ve věku dvacet tři let. Třem klientům je osmnáct let. Po dvou klientech jsou zastoupeny věkové kategorie devatenáct, dvacet, dvacet dva a třicet let. Dále do centra dochází klienti ve věku dvacet jedna, dvacet čtyři, dvacet pět, dvacet šest a třicet sedm let. Tato věková kategorie je zastoupena vždy jedním klientem. Průměrný věk klientů je dvacet tři let.

Tabulka č. 3

Rok zařazení do centra ARPIDA

Rok zařazení do centra ARPIDA	Počet klientů	Délka docházky
1994	6	20
1995	3	19
1996	2	18
1997	3	17
1998	1	16
1999	2	15
2000	4	14
2001	1	13
2006	1	8
2010	1	4

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 3 je uveden rok zařazení klienta do centra ARPIDA. Nejvíce klientů bylo zařazeno do tohoto centra v roce 1994, čtyři uživatelé navštěvují organizaci od roku 2000, dále tři klienti docházejí do tohoto centra od roku 1995 a 1997, dva uživatelé od roku 1996 a 1999 a v letech 1998, 2001, 2006 a 2010 byl do zmíněného centra zařazen vždy jeden klient.

Tabulka č. 4

Trvalé bydliště

Trvalé bydliště	Počet klientů
U rodičů	24

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 4. je uvedené trvalé bydliště klientů. Všichni klienti centra ARPIDA mají trvalé bydliště u rodičů.

Tabulka č. 5

Ergoterapie

Ergoterapie	Počet klientů
Rozvoj kognitivních funkcí	8
Rozvoj hrubé motoriky	4
Rozvoj jemné motoriky	5
Nácvik úchopových funkcí	3
Nácvik ADL	2
Rozvoj grafomotoriky	1
Ergoterapii nevyužívá	13

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 5 je uvedena ergoterapie. U osmi klientů je tato léčebná metoda zaměřená na rozvoj kognitivních funkcí, u čtyř na rozvoj hrubé motoriky a u pěti na rozvoj jemné motoriky. Dále tři uživatelé v rámci ergoterapie nacvičují úchopové funkce. U dvou klientů je náplní ergoterapie nácvik ADL (activities of daily living, běžné denní aktivity člověka). Pouze klientka dochází na ergoterapii za účelem rozvoje grafomotoriky. Třináct klientů ergoterapii nevyužívá.

Tabulka č. 6

Fyzioterapie

Fyzioterapie	Počet klientů
Reflexní lokomoce dle prof. Vojty	9
Měkké techniky	11
Bobathkoncept	1
Motomed	8
Kondiční terapie	4
Vertikalizace	3
Skupinové LTV	2
Redcord terapie	1
Fyzioterapii nevyužívá	8

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 6 je uvedena fyzioterapie. U jedenácti klientů jsou v rámci této léčebné terapie využívány měkké techniky. Devět uživatelů cvičí Reflexní lokomoce dle prof. Vojty. U osmi klientů je náplní fyzioterapie Motomed. Dále čtyřem klientům byla

doporučena kondiční terapie. Centrum ARPIDA poskytuje též skupinovou LTV, které využívají dva klienti. U tří uživatelů je fyzioterapie zaměřená na vertikalizaci. Jedna žena cvičí dle Bobathova konceptu. Také se zde u jednoho klienta užívá Redkord terapie. Osm klientů ergoterapii nevyužívá.

Tabulka č. 7
Kompenzační pomůcky

Kompenzační pomůcka	Počet klientů
Mechanický vozík	9
Elektrický vozík	2
Francouzské hole	1
Chodítka	1
Kompenzační pomůcky nevyužívá	14

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 7 jsou uvedené kompenzační pomůcky, které užívají klienti centra ARPIDA. Devět klientů užívá mechanický vozík, dva používají vozík elektrický. Dále jeden muž chodí o francouzských holích a jedna uživatelka se pohybuje pomocí chodítka. Čtrnáct klientů kompenzační pomůcky nevyužívá.

Tabulka č. 8
Povinná školní docházka

V současné době navštěvují	Počet klientů
ZŠ speciální při centru ARPIDA	4
Praktickou školu dvouletou při centru ARPIDA	1
ZŠ praktickou při centru ARPIDA	1

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 6

V tabulce č. 8 jsou uvedeni klienti, kteří v současné době v centru ARPIDA plní povinou školní docházku. Čtyři klienti navštěvují ZŠ speciální při centru ARPIDA, jeden klient je vzděláván v ZŠ praktické při centru ARPIDA a jedna klientka navštěvuje Praktickou školu dvouletou při centru ARPIDA.

Tabulka č. 9

Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet klientů
Praktická škola dvouletá při centru ARPIDA	11
ZŠ speciální při centru ARPIDA	3
Rehabilitačního vzdělávacího programu ZŠ speciální	2
Odborné učiliště	1
Vyučen knihařem v JÚŠ	1

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 18

V tabulce č. 9 jsou uvedeni klienti, kteří již dokončili povinnou školní docházku. Praktická školu dvouletou při centru ARPIDA absolvovalo jedenáct klientů, ZŠ speciální při centru ARPIDA dokončili tři klienti, rehabilitační vzdělávací program ZŠ speciální navštěvovali dva klienti. Odborné učiliště absolvoval pouze jeden klient. Poslední uživatel je vyučen knihařem v JÚŠ.

Tabulka č. 10

Služby poskytované v rámci sociální rehabilitace

Služby poskytované v rámci sociální rehabilitace	Počet klientů
Osobní asistence	6
Poradenství poskytované sociální pracovníci	24
Denní stacionář pro dospělé	11
Modelové chráněné bydlení	7

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 10 jsou uvedeny sociální služby poskytované v rámci sociální rehabilitace. Osobní asistenci využívá šest klientů. Denní stacionář pro dospělé navštěvuje jedenáct uživatelů. Službu modelové chráněné bydlení využívá sedm osob. Také je zde zřízeno poradenství sociální pracovníce, kterého využívá všech dvacet čtyři uživatelů.

Tabulka č. 11

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči	Počet klientů
Středně těžká závislost	4
Těžká závislost	7
Úplná závislost	13

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 11 je uveden příspěvek na péči. Příspěvek ve výši druhého stupně - středně těžká závislost byl přiznán čtyřem klientům, příspěvek ve výši třetího stupně - těžká závislost byl přiznán sedmi klientům a příspěvek ve výši čtvrtého stupně - úplná závislost pobírá třináct klientů.

Tabulka č. 12

Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu	Počet klientů
Pobírá	22
Nepobírá	2

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 12 je uveden příspěvek na mobilitu. Dvaadvaceti klientům byl tento příspěvek přiznán, dvěma nikoliv.

Tabulka č. 13

Důchod III. stupně

Důchod III. stupně	Počet klientů
Pobírá	23
V jednání	1

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 13 je uveden důchod III stupně, který pobírá dvacet tři klientů, zbývajících klientů důchod v současné době nepobírá.

Tabulka č. 14

Volnočasová rehabilitace

Volnočasová rehabilitace	Počet klientů
Integrovaná boccia	3
Muzikoterapie	3
Pokerový kroužek	2
Volnočasovou rehabilitaci nevyužívá	16

Zdroj: vlastní výzkum. N = počet respondentů 24

V tabulce č. 14 je uvedena volnočasová rehabilitace, v rámci které tři klienti navštěvují Integrovanou bocciu, tři uživatelé docházejí na muzikoterapii a dva se pravidelně účastní pokerového kroužku. Šestnáct klientů volnočasovou rehabilitaci nevyužívá.

10 OVĚŘENÍ HYPOTÉZY

Výzkumná hypotéza zní: Klienti v centru ARPIDA využívají všechny složky ucelené rehabilitace k minimalizaci a překonání dopadů zdravotního postižení na jedince.

Tuto hypotézu se mi ve výzkumu podařilo potvrdit.

Centrum ARPIDA poskytuje osobám se zdravotním postižením péči v duchu uceleného systému rehabilitace. Je zde zahrnuta rehabilitace léčebná, jejíž součástí je fyzioterapie a ergoterapie. Díky těmto terapiím dochází ke zlepšení nebo alespoň k udržení současného tělesného stavu klientů. Dále je zde zajišťována rehabilitace pedagogická, která jedincům umožňuje navštěvovat školu odpovídající jejich mentálním dispozicím. V průběhu vzdělávání mají žáci možnost osvojit si nové znalosti a dovednosti. V rámci centra ARPIDA je též uživatelům poskytována rehabilitace sociální. Díky poradenství sociální pracovnice tyto lidé získají pro ně nezbytné informace. Také je zde zahrnuta osobní asistence. Zmíněná služba je určena klientům, kteří navštěvují školu při centru ARPIDA. Osobní asistence umožňuje osobám se zdravotním postižením zapojit se plnohodnotným způsobem do vzdělání. Také je pro uživatele zajištěna služba chráněného modelového bydlení, při které dochází do modelových, bezbariérových bytů, kde si osvojují každodenní činnosti. Centrum nabízí rovněž službu denního stacionáře pro dospělé, zde mají uživatelé prostor pro vlastní rozhodování, získávání co největší možné samostatnosti a naplňování individuálních přání. Dále je v centru ARPIDA zajišťována pracovní rehabilitace. Klienti docházejí do sociálně terapeutických dílen, cílem kterých je vytvářet a upevňovat u těchto osob základní pracovní návyky. V neposlední řadě je zmíněné cílové skupině poskytována rehabilitace volnočasová, cílem které je smysluplné využití volného času, osvojení nových dovedností a integrace občanů se zdravotním postižením.

Na závěr bych zde ráda zmínila, že centrum ARPIDA zajišťuje, v případě potřeby i svoz klientů do zařízení.

11 DISKUZE

Cílem mé bakalářské práce je zpracovat využití jednotlivých složek ucelené rehabilitace u některých zletilých klientů centra ARPIDA. V této diskusi porovnávám informace zjištěné v teoretické části práce s poznatky získanými ve výzkumu této bakalářské práce, který byl realizován v centru ARPIDA.

Cílovou skupinou tohoto centra jsou klienti se zdravotním postižením, kterému se věnuji již v první kapitole. Diagnózy osob jsou uvedeny v tabulce č.1. Z teoretické části práce vyplývá, že člověk důsledkem zdravotního postižení nemůže vykonávat některou z běžných činností nebo více činností, kterému omezují výkon a dosavadní aktivitu.⁸⁸

Zmíněné centrum poskytuje svým uživatelům péči v duchu ucelené rehabilitace. Tento pojem je uveden ve druhé kapitole práce. Z uvedených informací v této kapitole je zřejmé, že o ucelené rehabilitaci hovoříme v případě, jestliže následky nemoci či postižení nelze řešit pouze zdravotnickými prostředky, a stav je dlouhodobí či trvalý, tedy nemoc či postižení nelze léčbou zcela odstranit.⁸⁹ Uvedený fakt se jasně prokázal i v praktické části této práce, jelikož je v centru ARPIDA kromě složek léčebné rehabilitace poskytována klientům i rehabilitace pedagogická, sociální, pracovní, volnočasová a psychologická.

Ve třetí kapitole teoretické části jsem se zaměřila na léčebnou rehabilitaci u osob se zdravotním postižením. Zejména na ergoterapii, fyzioterapii, rehabilitační inženýrství a fyziatrii, které uvádí Kolář. Všechny tyto složky se též užívají v rámci této rehabilitace i v centru ARPIDA. Z analýzy dat klientů je zřejmé, že nejčastěji je náplní jejich léčebné rehabilitace ergoterapie - rozvoj kognitivních funkcí, nejčastěji užívanou metodou v rámci fyzioterapie jsou měkké techniky. ARPIDA, též ve spolupráci s několika specializovanými pracovišti, zajišťuje svým klientům potřebné vybavení technickými pomůckami.

V následující kapitole uvádím pedagogickou rehabilitaci. Tato složka ucelené rehabilitace je určena lidem, jejichž zdravotní postižení jim nedovolí dosáhnout

⁸⁸ Srov. KOLÁŘ, P. *Rehabilitace v klinické praxi*, s. 10.

⁸⁹ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 14.

odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.⁹⁰ V již zmíněném centru jsou zřízeny všechny typy škol a školských zařízení a klientům je tak umožněno navštěvovat školu, která odpovídá jejich mentálním dispozicím. Na základě odborných vyšetření je též možné tyto žáky zdělovat dle individuálního vzdělávacího plánu. V uvedeném centru je zaměstnán odborný personál, který umožňuje zapojení žáků s tělesným i kombinovaným postižením do plnohodnotného vzdělávacího procesu. Jsou to zejména speciální pedagogové, asistenti pedagoga a osobní asistenti.

V páté kapitole jsem se zaměřila na sociální rehabilitaci, což je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením.⁹¹ Toto je patrné i z výzkumu, ve kterém jsou též uvedeny služby, jejichž cílem je dosažení co nejvyšší možné samostatnosti klientů. Jedná se především o Denní stacionář pro dospělé.

V další kapitole popisují pracovní rehabilitaci, která je v rámci centra realizována pomocí sociálních služeb. Jedná se o sociálně terapeutické dílny, ve kterých je pracovní náplní klientů úprava a udržování vnitřních i vnějších prostor areálu centra ARPIDA, zahradnické práce, příprava jednoduchých pokrmů a účast na kulturních, sportovních a vzdělávacích akcích. Dále uživatelé sociálně terapeutických dílen navštěvují externí cvičná pracoviště např. firmu KFC IGY a samoobsluhu „Lužnice“ na sídlišti Vltava.

V sedmé kapitole jsem se zaměřila na volnočasovou rehabilitaci, jejímž cílem je poskytnout osobám se zdravotním postižením hodnotné naplnění volného času dle svých zájmů, které jim umožňuje rozvíjet.⁹² V centru ARPIDA se klienti mají možnost účastnit několika zájmových kroužků - integrované Bocci, muzikoterapie a pokerového kroužku.

V poslední kapitole pojednávám o psychologické rehabilitaci, která je v rámci centra zajišťována psychologem.

⁹⁰ Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 123

⁹¹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

⁹² Srov. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, s. 97.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na vybrané složky ucelené rehabilitace u osob s tělesným postižením. Cílem mé práce bylo zpracovat využití jednotlivých složek ucelené rehabilitace. Jsou jimi - rehabilitace léčebná, pedagogická, sociální, pracovní, volnočasová a psychologická. Ke splnění tohoto cíle bylo nutné lépe poznat zmíněnou problematiku, k čemuž jsem využila studium odborné literatury a docházení do centra ARPIDA, které poskytuje klientům s tělesným a kombinovaným postižením péči v duchu uceleného systému rehabilitace. Zde jsem realizovala svůj výzkum, formou analýzy dat klientů. Tu jsem doplnila o rozhovory, ze kterých byla patrná spokojenost klientů, jak s péčí, tak i s odborným personálem v tomto centru. V průběhu docházky jsem měla možnost prohloubit si své dosud získané teoretické znalosti i praktické zkušenosti související s touto problematikou. Dále jsem blíže seznámila s centrem ARPIDA, což hodnotím jako velmi kladně, a to nejen z hlediska mé budoucí profese.

Systém ucelené rehabilitace mě velice zaujal, a to z již uvedeného důvodu, že v rámci jedné organizace je klientům poskytována komplexní péče, což shledávám velmi přínosné, jak pro osoby se zdravotním postižením, tak pro osoby, které o ně pečují. Je zde na první pohled patrná velmi dobrá spolupráce mezi jednotlivými složkami ucelené rehabilitace, která je z mého pohledu velmi potřebná.

Tato práce pro mě byla velmi obohacující, jelikož jsem získala mnoho nových informací, které později snad zúročím. Práce může být použita jako studijní materiál pro studenty sociálních nebo zdravotních oborů.

Na závěr bych zde ráda zmínila významnou roli rodiny, která má značný vliv na osobnost jedince se zdravotním postižením a může tak velmi ovlivnit míru spolupráce klienta s odborným personálem. Dále je velmi důležité, aby jak klient, tak jeho blízcí byli dostatečně motivováni pro tuto spolupráci, a to není vždy snadné, přihlédneme-li k tomu, o jak dlouhodobý proces se jedná.

REFERENČNÍ SEZNAM

1. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Koordinovanost ucelené rehabilitace. *General Practitioner / Prakticky Lekar*. 2011, roč. 91, č. 11, s. 653-656.
2. Integrace? Jde to? Název projektu: *Nový začátek - integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Registrační č. projektu: CZ. 1. 07/1. 2. 07/04. 0007. TRIANON ČECHY, o. s.
3. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
4. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
5. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: JČU ZSF, 2005. ISBN 80-7040-826-X.
6. KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-032-85.
8. Novosad, L. Lidé s tělesným postižením. In MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7, s.391-392.

9. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-002-X, s. 89-108.
10. MICHALÍK, J. et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd., Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
11. NEUBAUEROVÁ, L., JAVORSKÁ, M., NEUBAUER, K. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, Univerzita Hradec Králové, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.
12. RENOTIÉROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L. at al. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
13. ŠTRACHOVÁ, K. Současná školská legislativa a inkluzivní vzdělávání. In JÁNSKÁ, I., HABART, T. *Pojďte do školy! Nerovné šance na vzdělání znevýhodněných dětí*. Praha: BCS, 2011. ISBN: 978-80-87456-19-4, s.69-92.
14. TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
15. TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka: třetí, přepracované a doplněné vydání*. Praha: GradaPublishing, 2005. ISBN 80-247-1296-2.
16. VAGNEROVÁ, M., HADJ – MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
17. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN: 80-246-0708-5.

18. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. k 12. 12. 2013
19. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění. k 10.12. 2013.
20. ZEMAN, M. *Základy fyzikální terapie*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2013. ISBN 978-80-7394-403-2.

SEZNAN ZKRATEK

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Activities of Daily Living
DMO	dětská mozková obrna
ICD	Mezinárodní klasifikace nemocí
LMD	lehká mozková disfunkce
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
OTP	osoba tělesně postižená
OZP	osoba se zdravotním postižením
SP	sociální práce
WHO	World Health Organization
ZPS	změněná pracovní schopnost

ABSTRAKT

ŠKOPKOVÁ, B. *Vybrané složky ucelené rehabilitace u osob s tělesným postižením*. České Budějovice 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce, Vedoucí práce J. Šimečková.

Klíčová slova: tělesné postižení, ucelená rehabilitace, centrum ARPIDA.

V bakalářské práci je nejprve zpracováno zdravotní postižení a v souvislosti s tímto zmíněna klasifikace funkční schopnosti disability a zdraví. Dále je zde shrnuta mezinárodní klasifikaci poruch, zdravotní postižení a znevýhodnění jako sociální událost. Následuje část, která je věnována ucelené rehabilitaci. V další kapitole je popsána rehabilitace léčebná a s ní souvisejících pojmy. Zmiňuji také rehabilitaci pedagogickou, kde jsou vysvětleny její cíle, prostředky, formy vzdělávání a současně je osvětlen pojem pedagogická integrace. Zaměřila jsem se též na rehabilitaci sociální - uvedla jsem její cíle a poskytované sociální služby, rehabilitaci pracovní, kde je zmíněna historie zaměstnávání osob se zdravotním postižením i současnost této problematiky. V závěru teoretické části je zpracována rehabilitace psychologická a volnočasová, v souvislosti se kterou jsou nastíněny aktivity vykonávané zdravotně postiženými. Praktickou část tvoří výzkum, který byl realizován v centru ARPIDA formou analýzy dat klientů, ve kterém jsem se zaměřila na jednotlivé složky ucelené rehabilitace.

ABSTRACT

ŠKOPKOVÁ, B. Selected components of comprehensive rehabilitation for persons with disabilities - analysis of ARPIDA, centre for rehabilitation of persons with disability, České Budějovice. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology, Department of Ethics, Psychology and Charity Work, thesis supervisor J. ŠIMEČKOVÁ.

Keywords: disability, comprehensive rehabilitation, ARPIDA Center

At first there is explained term of disability in this bachelor thesis and in connection with this is mentioned classification of functional ability, disability and health. Next, I summarized international classification of disorders, disability and made clarification of handicap as social event. Subsequent part deals with comprehensive rehabilitation. There is described curative rehabilitation and related terms in the next chapter. I present pedagogic rehabilitation with its aims, means and forms of education and at the same time also term of pedagogic integration is explained. I focused on social rehabilitation – there are mentioned its goals and provided social service, vocational rehabilitation with delineated history of employment of persons with handicap as well as current state of this problematic. In last chapter of theoretical part are processed psychological and free-time rehabilitation and in its connection activities performed by handicap persons are touched. The practical part is made up of research which was carried out in ARPIDA Center by form of clients' data analysis. I primarily focused on individual parts of comprehensive rehabilitation.