

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Pavla Horáková

**Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce mentálně
postižené**

Praha 2013

**Vedoucí diplomové práce:
PaedDr. Stanislava Dyršmíková**

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2010 - 2013

DIPLOMA THESIS

Pavla Horáková

**Rehabilitation and mobility aids for the severely mentally
handicapped**

Prague 2013

Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Stanislava Dyršmídová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Všechných dne 8.3. 2013

Jméno autorky.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Stanislavě Dyršmídové za laskavé a trpělivé vedení diplomové práce.

Anotace

Tato diplomová práce se zabývá rehabilitačními a kompenzační pomůckami, které se dají využívat při práci s těžce mentálně postiženými jedinci. Práce je rozdělena na dvě základní části, teoretickou a praktickou.

Teoretická část je tvořena třemi kapitolami, které popisují základní vymezení využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek u těžce mentálně postižených jedinců a odborná východiska terminologie osob s těžkým mentálním postižením.

V praktické části je využito dotazníkového šetření a kazuistiky.

V kazuistice se věnuje využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek v praxi.

Do příloh je zařazen dotazník, obrázky rehabilitačních a kompenzačních pomůcek.

Klíčové pojmy

Anamnéza, dotazník, kazuistiky, kompenzační pomůcky, mentální retardace, příspěvky, rehabilitační pomůcky, vyhlášky.

Annotation

This thesis deals with the rehabilitation and assistive devices that can be used when working with severely mentally handicapped individuals. The work is divided into two parts, theoretical and practical.

The theoretical part consists of three chapters that describe the basic definition of the utilization of compensation and rehabilitation aids for the severely mentally handicapped individuals and professional terminology bases persons with severe mental disabilities. In the practical part is based on a questionnaire survey and case studies.

The case study focuses on the use of assistive devices and rehabilitation in practice.

Is included in the Annexes to the questionnaire, pictures rehabilitation and assistive devices.

Key words:

Anamnesis, survey, case studies, mobility aids, mental retardation, contributions, interviews, rehabilitation aids, Decree.

OBSAH

ÚVOD	8
1 REHABILITAČNÍ POMŮCKY	10
2 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY U MENTÁLNÍCH RETARDACÍ	14
2. 1 Kompenzační pomůcky pro lokomoci	15
2. 2 Pomůcky k sebesycení	17
2. 3 Pomůcky k hygieně.....	18
2. 4 Kompenzační pomůcky určené pro sociální činnost	18
2. 5 Kompenzační pomůcky určené pro vzdělání a práci	20
2. 6 Ortopedická protetika.....	20
2. 7 Firmy nabízející rehabilitační a kompenzační pomůcky	22
3 PŘÍSPĚVKY POSKYTOVANÉ PODLE VYHLÁŠKY Č. 182/1991 SB., POZMĚNĚNÉ VYHLÁŠKOU 506/2006 SB.	24
4 MENTÁLNÍ RETARDACE	27
4.1 Definice pojmu mentální retardace.....	30
4. 2 Klasifikace a mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů.....	31
4. 3 Těžká mentální retardace a její kombinace s jinými vadami.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	38
5 Cíl průzkumu	38
5. 1 Pracovní hypotézy.....	38
5. 2 Použité metody výzkumu.....	39
5. 3 Charakteristika výzkumného prostředí a souboru	40
5. 3. 1 Jednotlivá charakteristika výzkumného prostředí a souboru.....	41
5. 4 Vlastní průzkum.....	42
5. 5 Diskuse k pracovním hypotézám.....	68
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	73
SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK	77
SEZNAM PŘÍLOH.....	77

ÚVOD

Těžká mentální retardace se vyskytuje u nás asi u 0,2 % populace. Z celkového počtu jedinců postižených určitým stupněm mentální retardace (lehká, středně těžká, těžká, hluboká mentální retardace) zastupuje těžká mentální retardace 7%. Postihuje jedince nejen na psychické úrovni, ale také v oblasti motoriky, komunikačních schopností a v neposlední řadě ve schopnosti sociální integrace a dalšího vzdělávání. Přítomny bývají také přidružená onemocnění a jiné vývojové poruchy.

Závažnost tohoto onemocnění se projevuje ve velké míře omezením celkové soběstačnosti, pohyblivosti a běžných denních činností. Ve většině případů jsou takto postižení jedinci celoživotně odkázáni na pomoc druhé osoby či ústavní péči, proto rehabilitační a kompenzační pomůcky tvoří nedílnou součást komplexní terapie. Usnadňují manipulaci, přispívají ke zlepšení celkového stavu. Své uplatnění nacházejí i v prevenci vzniku kožních defektů např. proleženin, v oblasti hygienické péče a sebesycení. Velký význam mají také v sociální sféře a vzdělávání. Dostupné pomůcky a firmy, které je nabízejí, jsou popsány v teoretické části.

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat vliv rehabilitačních a kompenzačních pomůcek na celkový psychický a fyzický stav, jejich dostupnost a využívání v praxi, při výuce a vzdělávání jedinců s tímto onemocněním v konkrétním zařízení. Dále zjistit zda informovanost rodičů/ pečujících osob je dostatečná. Pro dosažení cílů jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Pro přehlednost jsem dotazník vyhodnotila pomocí grafů. Na doplnění šetření jsem využila kazuistiky. Teoretická část se zabývá teoretickými východisky, čerpáno je z odborné literatury a z internetových zdrojů zaměřených na tuto problematiku. Zabývá se zejména rehabilitačními a kompenzačními pomůckami a jejich rozdělením.

Diplomová práce je členěna do pěti kapitol. První kapitola podává přehled o rehabilitačních pomůckách, jejich dělení a možnostech využití u těžké mentální retardace. Druhá kapitola uvádí dělení kompenzačních pomůcek s podrobnější charakteristikou. Třetí kapitola se zabývá sociální problematikou, uvádí jednotlivé sociální dávky a příspěvky, na které mají rodiče nebo pečující osoba nárok. Odkazuje na potřebné zákony. Ve čtvrté kapitole uvádíme informace o mentální retardaci, o její klasifikaci, zvláštostech. Pátá kapitola obsahuje vlastní výzkum. Použito

je dotazníkového šetření. Součástí výzkumné práce jsou dvě kazuistiky a individuální návrhy rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro daného jedince.

1 REHABILITAČNÍ POMŮCKY

Rehabilitace (ze středověké latiny, rehabilitatio = obnovení) je snaha navrátit poškozeného člověka do předcházejícího tělesného stavu či sociální a právní pozice.

„Léčebná rehabilitace je základní medicínský obor s úzkým propojením na řadu dalších odborností, který se zabývá oblastmi, které představují v moderní společnosti největší socioekonomický problém. Podle statistik má 95 procent lidí problémy, které lze léčit rehabilitačními postupy. Jejich neléčení mnohdy vede k závažným trvalým zdravotním komplikacím. Léčebná rehabilitace je komplex medicínských preventivních, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k obnovení maximální funkční zdatnosti jedince postiženého na zdraví cestou odstranění či substituce, případně snížením či zpomalením progresu. Využití metod léčebné rehabilitace zkvalitní pohybový aparát, ovlivní bolest, sníží svalovou únavnost a zlepší i paměťové schopnosti.“ (http://cs.wikipedia.org/wiki/Léčebná_rehabilitace)

Rehabilitační péče je jednou z nejdůležitějších součástí socializace a integrace zdravotně postižených jedinců. „*Představuje procesy znovuuschopňování při nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých schopností člověka* „ (Jesenský, 2000, s. 137).

Antidekubitní pomůcky

Antidekubitní pomůcky slouží především k prevenci vzniku proleženin (dekubitů), ale i k jejich léčbě. Vnikají poměrně často, protože dochází k dlouhodobějšímu tlaku na jedno místo na kůži. Podstatné je, že pokud se pomůcky používají ihned od počátku imobilizace, odlehčí zatížení postižených oblastí, sníží tlak na kůži a tím zabraňuje vzniku otlaků, které se snadno promění v hluboký kožní defekt. Indikovány jsou zejména klientům dlouhodobě ležícím, imobilním, s poruchou prokrvení. Nedílnou součástí antidekubitních pomůcek je polohování neboli změna polohy těla vedoucí k uvolnění spastických končetin, k protažení zkráceného svalstva, k psychické duševní pohodě a relaxaci.

Lokální antidekubitní podložky

- pod patu
- pod loket
- sedací kruhy
- podložky do lůžka, polohovací podložky
- podložky do vozíku

Antidekubitní podložky slouží k polohování, nebo podpěře. Nabízejí se v různých tvarech, např. oválů, klínů, kvádrů, půlměsíců. Vyrábí se s širokým spektrem plnění a materiálu jako je líná pěna, kuličky EPS, gelové, molitanové či vzduchové plnění. Bezmála většina antidekubitních pomůcek je hrazena zdravotními pojišťovnami krom pomůcek s kuličkami.

Další antidekubitní pomůcky: podložka z líné pěny, podložní klín, antidekubitní rektální sedák, polštář podkova, antidekubitní podložka pod loket, klín abdukční, antidekubitní opěrka zad stabilizační, antidekubitní válcová podložka.

Polohovací postel

U jedinců s těžkým mentálním postižením, kteří jsou upoutáni na lůžko, nebo v lůžku tráví většinu svého času, je vhodné, aby měli polohovací postel. Nabízí se zde i ulehčení pro pečující osobu, která s postiženým jedincem manipuluje. V některých případech jde vertikalizovat mentálně postižený jedinec na lůžku, pokud jde o model postele umožňující vzpřimování do svislé polohy. Některé modely nabízejí i polohování v mírném náklonu. Nedílnou součástí je kvalitní antidekubitní matrace.

Antidekubitní matrace

Aktivní antidekubitní matrace pracují za pomoci kompresoru, který vhání tlak do komor matrace, dle individuálně zvolené možnosti na přístroji. Střídavé přepouštění vzduchu z jedné komory do druhé, a tím i střídavé zatěžování a odlehčování jednotlivých partií (zajistí dostatečné prokrvování pokožky jako prevenci proleženin).

Pasivní antidekubitní matrace vyrobené z paměťových pěn, gelů atd.

Zdravotní polštáře

Pomáhají správně podporovat držení krční páteře, ale také podporují cirkulaci krevního oběhu díky maximálnímu rozložení tlaku.

Cvičební, skákací míče a zvířátka

Rehabilitační míče (gymball, overball) pro rehabilitační cvičení a zdravé sezení. Pomáhají posilovat zádové svaly, trénovat stabilitu a jsou vhodné pro všechny věkové skupiny. Rehabilitační míče aktivizují motorické funkce těla, protahují celé tělo a zkrácené svaly. Míče mají význam i při relaxaci. Využitelné jsou nejen v individuální, ale i ke skupinové rehabilitaci. Nabízejí se v různých velikostech od 45 cm do 120 cm. Skákací míče ve formě zvířátek mohou ovlivňovat dětskou psychiku. Pro děti to bývá hravé a přirozenější.

Masážní pomůcky

Masážní pomůcky, jednoduché použití. Ruční masážní pomůcky se dají použít na všechny části těla, podporují relaxaci, uvolní svaly. Slouží k prokrvení pokožky reflexní masáží dlaní, plosky nohou a celého těla. K dostání jsou v různých velikostech, tvarech a stupněm ostroty bodlinek. Využití mají i v nácviku jemné motoriky neboli úchopu.

- pěnový míček
- ježek- oválný, kulatý
- nožní masér
- Thera Beans- fazolky TheraBeans jsou účinným prostředkem pro posilování a rehabilitaci svalstva předloktí, rukou, lýtek a nohou. V průběhu se kromě toho cvičením docílí masážního efektu a prokrvení. Dochází ke zpětné senzomotorické účinnosti, která je důležitým pomocným prostředkem v psychomotorice. Použít se mohou i při nácviku jemné motoriky. Lze je využít bez obav u mentálně postižených, jsou hygienicky nezávadné, bez škodlivých látek

- stimulační žínky
- kartáče na kartáčování- stimulace povrchového cití
- su jok (drátěný „prstýnek“)

Aqua pomůcky

Cvičení ve vodě patří mezi nejšetrnější způsoby. Posilují se svaly celého těla bez zbytečného zatěžování kloubů. Voda působí i relaxačním účinkem a tělo je uvolněné. Vztlak vody taky ovlivňuje proprioceptivní signalizaci a tím i kvalitu a koordinaci pohybů. Teplota vody by se měla pohybovat mezi 34° - 36°C. Cvičení ve vodě se stává zábavnějším při využití vodní nudle, křesílka z vodní nudle, aqua rukavice (zvýšíte odpor vody při plavání), ploutve či jiné plavací pomůcky. Mezi oblíbené aqua pomůcky patří i vodní činky a TheraBand vodní pomůcky.

Elektrické rehabilitační lehátka

Nedílnou součástí každého rehabilitačního pracovníka. Dnešní trh nabízí nespočet lehátek, ale pro práci s mentálně postiženými jedinci je důležité, aby bylo polohovatelné výškově nastavitelné. Vhodné je i vybírat podle využití. Kromě klasických se nabízejí také speciální lehátka. Vojtovo lehátko na cvičení Vojtovy metody a Bobathovo lehátko na cvičení prvků z Bobath konceptu. Specifikou těchto speciálních lehátek je rozšířená rehabilitační plocha. Tyto terapeutické metody se velmi často využívají v rehabilitačním programu u jedinců s těžkým mentálním postižením.

Labilní plochy

U mentálně postižených jedinců se téměř vždy vyskytují zkrácené a oslabené svalové skupiny. Využíváme nestabilní plochy pro zdokonalení motorických schopností, rovnováhy a postury. Zlepšení celkového držení těla, zpevnění svalového aparátu dolních končetin, zádového svalstva a hlubokého stabilizačního systému, který se z velké části podílí na stabilitě těla. Labilní plochy se používají dle psychického, fyzického a aktuálního stavu konkrétního jedince.

2 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY U MENTÁLNÍCH RETARDACÍ

Kompenzace znamená nahrazení určité funkce. Ve vztahu k aktivitám osob existují pomůcky, které buď úplně, nebo částečně nahrazují funkce nebo pozitivně působí na kvalitu života (např. u osob s mentálním postižením). Existuje celá řada dělení kompenzačních pomůcek.

Kompenzační pomůcka je určena k vyrovnání funkčních omezení, zvýšení a posílení nezávislosti, pohyblivosti, podporuje denní aktivity, pomáhá při komunikaci. U těžce mentálně postižených jsou kompenzační pomůcky nedílnou součástí. Zvyšují kvalitu života člověka s handicapem. Pomůcky se vyrábějí individuálně přímo na míru, nebo sériově, podle způsobu výroby.

Výběr pomůcek, nácvik s technickými pomůckami, to je velmi významná oblast práce, která vyžaduje neustále sledování trhu, výstav, katalogů a kontakt s protetickým pracovištěm. Nepostradatelnou součástí je zde vysoká kreativita a praktické zkušenosti.

Dělení podle Schejbalové (Kraus 2005):

a) určených k lokomoci

- 1) berle (kanadské, francouzské, podpažní)
- 2) hole (jednobodové, vícebodové)
- 3) chodítka
- 4) zdravotní kočárky
- 5) mechanické vozíky
 - mechanické vozíky (posuvné, s pohonem vlastní silou)
 - s pohonem zevní silou (elektrické)
- 6) Rollbert (pomůcka pro pohyb vleže)
- 7) pomůcka umožňující lezení (vypolstrovaný vozík na kolečkách podpírající hrudník a břicho dítěte)

b) určených pro sebeobsahu

- speciální zapínání na oblečení, speciální úchopová část lžice apod.

c) určených pro vzdělání a práci

d) určených pro sociální činnosti

- zde patří různé prostředky umožňující nebo usnadňující čtení, psaní, vše, co napomáhá sociálnímu kontaktu, vykonávání domácích prací, sportu, např. polohovací lehátka, pojízdné sedačky s pracovní plochou, polohovací zařízení (vertikalizační stojany).

Zajímavé je, že v Německu rozlišují kompenzační pomůcky dle umístění:

- a) *na pomůcky od těla vzdálená (světelný signál, nájezdová rampa)*
- b) *těla se dotýkající (ortéza, protéza, sluchadlo, brýle)*
- c) *do těla vložené (kardiostimulátor, kloubní náhrada)* Klusoňová (2011, str. 55)

2. 1 Kompenzační pomůcky pro lokomoci

V popředí mentálního postižení se velmi často objevují poruchy hybnosti, pohyblivosti. Tyto poruchy ovlivňují jedince zejména v oblasti mobility a soběstačnosti. Velmi často jsou viditelné deformity různých částí těla (horních končetin, dolních končetin, trupu). Přítomny mohou být i kontraktury určitých svalových skupin a jiná přidružená onemocnění. Lokomoční pomůcky napomáhají nejen k mobilitě, ale své uplatnění nacházejí rovněž v sociální integraci.

Berle, hole

Slouží k odlehčení zátěže dolních končetin, případně ke zlepšení stability uživatele. U osob, které nedisponují dostatečnou silou v zápěstí, postačí hole. Tam, kde tato síla chybí, je třeba užít tzv. francouzských berlí, které podepírají paži i v předloktí. Pokud pacient nemá sílu v celé paži, je na místě použít berli podpažní. Kromě těchto pomůcek existují také čtyřbodové nástavce na berle a hole, které díky tomu, že jsou samostojné, skýtají větší stabilitu. Ke všem těmto pomůckám lze dokoupit náhradní gumové násadce, protiskluzové násadce na zimu nebo držák ke stolu či k vozíku. Při předpisu páru berlí na poukaz zde musí být uvedeno 2 ks (tedy nikoliv jeden pár).

Chodítka

Chodítka velice ulehčují život postiženým osobám nejen mentálně, ale i tělesně. Využití chodítka je možné v širokém pásmu - doma, na zahradě, ve městě, na nákupech. Při obtížné chůzi je chodítka nejlepším řešením. Chodítka jsou buď s kolečky, nebo bez nich. U modelů s koly rozlišujeme ještě variantu dvoukolovou, tříkolovou a čtyřkolovou.

Chodítka jsou převážně plně hrazena zdravotními pojišťovnami. Předepisují je odborní lékaři jako neurolog, rehabilitační lékař a ortopedický protetik. Chodítka vyžadují schválení revizního lékaře.

Zdravotní kočárky

Zdravotní kočárky jsou určeny zejména pro postižené děti. Široká nabídka doplňků a koncepce zdravotních kočárků umožňuje sestavit kočárek dle konkrétního postižení dítěte a díky své variabilitě umožňuje také do jisté míry růst kočárku spolu s dítětem.

U ostatních kočárků můžete vybírat jednak z robustnějších modelů, ale i kočárků lehkých a snadno přenosných. Výběr lze přizpůsobit prostředí, ve kterém se kočárek bude pohybovat. Bohužel jsou kočárky váhově omezeny.

Mechanické vozíky

Nahrazuje postiženému volný pohyb, ale umožní mu i mnohem větší míru samostatnosti, což je obzvláště důležité pro psychickou kondici. Vozík u těžkých mentálních retardací slouží, tak jako kočárky, většinou k převozu z místa na místo. Mechanické vozíky většinou nebývají tak váhově omezeny, jako zdravotní kočárky.

Invalidní vozíky bývají plně hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Kompenzační pomůcky určené pro sebeobsluhu

Do této kategorie lze zařadit celou řadu výrobků, které ulehčují provádění běžných denních aktivit. Jedná se většinou o ergonomicky upravené pomůcky. Patří sem pomůcky k oblékání, osobní hygieně, kuchyňské potřeby a doplňky, podavače, držáky, dávkovače a drtiče léků, pomůcky na úklid, nákupy a mnoho dalších.

Pomůcky mnohdy využívají i lidé bez jakéhokoliv onemocnění či omezení pohybu. Primárně jsou však určeny k zachování nebo zvýšení soběstačnosti klientů v maximální možné míře. Zvyšují kvalitu našeho života.

2. 2 Pomůcky k sebesycení

Speciální protiskluzové fólie

Slouží k zamezení pohybu talíře, hrnku, knihy, hraček či jiných předmětů po podložce.

Talíř s vyvýšeným okrajem, nastavitelný okraj na talíř

Vyšší okraj než u klasického talíře zamezuje vypadávání stravy z talíře. Talíř se dá velmi pěkně kombinovat s protiskluzovou podložkou a ergonomickým příborem.

Ergonomický hrnek s víčkem, ergonomický hrnek s pítkem

Hrnek vyroben z lehkého materiálu, snadněji se zvedá. Vhodný pokud je snížena svalová síla.

Ergonomická nastavitelná sada příborů

Sada příborů se tvaruje a přizpůsobuje individuálním potřebám postiženého dle dominantní končetiny, nebo využití příboru. Příbory se nabízejí v různých tloušťkách rukojeti. Při nácviku sebesycení se ocení, že na trhu jsou k dostání i velmi tupé příbory. Nehrozí tak vážnější poranění.

Fixační pásek na suchý zip

Zajišťuje pevnou fixaci předmětu ke končetině, aniž by musel postižený vynaložit úsilí k uchopení či držení po celou dobu sebesycení. Pásek má širokospektré uplatnění při malování v sebesycení na příbor a dále v hygieně na zubní kartáček.

Půlič a drtič léků

Někdy při větším množství užívaných léků je potřeba medikaci drtit. Nejen pro velké množství, ale i kvůli lepšímu požití pro postiženého.

2. 3 Pomůcky k hygieně

Vanička pro mytí hlavy

Vanička ocenitelná hlavně v případě je-li postižený trvale upoután na lůžko a transport do koupelny je náročný, nebo chybí dostatečná kompenzační mechanika.

Podložka protiskluzová do vany, sprchy

Předchází riziku pádu, nebo uklouznutí ve sprše, vaně. Zajišťuje větší stabilitu ve stoje i vsedě při sprchování postiženého.

Sedačky na vanu, do sprchy

Usnadňují péči o osobní hygienu méně pohyblivým klientům. Určeny jsou pro jedince, kteří nezvládají z nějakého důvodu sed ve vaně nebo sprše. Řadí se sem závěsné sedačky do vany, přísavné sedačky do vany, klasické sedačky do sprchy, sklopné sedačky do sprchy, sprchové židle.

Vanové a sprchové sedačky jsou převážně plně hrazeny zdravotními pojišťovnami. Některé mají menší doplatky a nepodléhají reviznímu lékaři. Předepisují je odborní lékaři jako neurolog, rehabilitační lékař a ortoped.

2. 4 Kompenzační pomůcky určené pro sociální činnost

Pojízdné zvedáky

Zvedáky pomáhají obsluhující osobě manipulovat s klientem a slouží tak k jednoduchému transportu z lůžka na vozík nebo toaletní křeslo, sprchového koutu nebo přesun na toaletu apod. Důležité je vybrat vhodný typ závěsu odpovídajícímu

postižení. Výběr zvedáku je vhodné dopředu zvážit, zda projede dveřmi do koupelny a zda je dostatečně velký manipulační prostor kolem vany.

Závěsy ke zvedáku

Široká škála závěsů nabízí mnoho variant dle handicapu.

Podložka rolovací

Slouží k přesunu z lůžka na lůžko, sprchový vozík atd.

Podložka otočná

Ulehčuje otáčení pacienta při přesunech.

Sedací nosítka pro přenášení osob

Látková sedací nosítka, sedák s bočnicemi, do kterého se přenášená osoba pohodlně usadí. Sedák lze uchopit také z boku, kde je několik pevných poutek. Nést člověka mohou tedy i 4 osoby najednou, samozřejmě záleží na vzdálenosti, kterou je potřeba překonat. Nosítka se dají využít při přenášení vozíčkářů do bariérového autobusu za pomoci dvou lidí, anebo při přenášení postiženého jedince do a z moře na dovolené.

Schodolez, neboli scalamobil

Schodolez je pásový nebo kolový dopravní prostředek nápadně připomínající miniaturu kombinace pásáku a rudlu, na nějž je vozík pro invalidy naložen a připevněn, načež popojíždí po schodech či volné ploše nezávisle na dalších stavebních prvcích, zejména obsluhovaný další osobou, výjimečně samotným vozíčkářem.

2. 5 Kompenzační pomůcky určené pro vzdělání a práci

Pracovní plocha

Pracovní plocha výškově i úhlově nastavitelná s možností zešíkmení a výkrojem pro trup. Usnadňuje stabilitu a zabraňuje padání předmětů při nekoordinovaném pohybu. Vhodná jak domů, tak do škol apod. Nabízí se i se zdravotním křeslem.

Zdravotní křeslo

Křeslo se dá volitelně polohovat a upravovat dle individuálních potřeb.

Ergonomický úchyt na tužky, ergonomické psací potřeby

Objemnější pomůcky umožňují lepší úchop.

2.6. Ortopedická protetika

„Protetika je lékařskotechnický obor, který hledá a provádí náhradu ztracené funkce nebo části těla pomocí technických prostředků“ (Kraus, Šandera 1975, s. 34).

Ortopedickou protetiku dělíme na (srov. Kraus, Šandera 1975, Schejbalová in Kraus 2005):

- a) vlastní protetika - náhrada ztracené části končetiny
- b) ortotika - prostředky používané k náhradám ztracené či oslabené funkce
- c) epitetika - nauka o funkčních, kosmetických náhradách
- d) kalceotika - nauka o ortopedické obuvi
- e) adjuvatika - nauka o kompenzačních pomůckách
- f) proteometrie - přizpůsobení pomůcky pacientovi

Nás bude pro práci s těžce mentálně postiženými zajímat kalceotika a ortotika.

Kalceotika

Kalceotika řeší ortopedickou obuv a vložky. Nejčastěji jde o pacienty s cukrovkou, s deformitou nohy a o dětské pacienty. (<http://www.protetika-plzen.cz/kalceotika-obecne>)

Těžce mentálně postižení jedinci mívají všeobecně ochablé svalstvo, to způsobuje deformitu klenby nožní. Nejvhodnější metou je nejen cvičení plosky nohou a svalů nohy, ale i protetická obuv společně s ortopedickou vložkou.

- ortopedická obuv- vyrábí se individuálně, jejím hlavním cílem je odlehčení (defektu), znehybnění a korekce (deformity)
- ortopedické vložky- slouží ke korekci a léčbě klenby nožní

Ortotika

Ortotika se zabývá výrobou náhrad pro ztracenou nebo omezenou funkci určitého orgánu, nenahrazují však orgán samotný. Fixují a chrání poškozenou část těla, vedou její pohyb, případně usměrňují vývoj v období růstu. (<http://www.protetika-plzen.cz/ortotika-obecne>)

- fixační- fixují, zamezují pohybu
- korekční- korigují a zamezují kontraktury, deformity

Vyhotovují se přímo na míru. Využit se dají na trup, horní končetinu, dolní končetinu. U horní končetiny se protézy uplatňují při polohování, korigování zápěstí, ramene, lokte, prstů ruky. Dále u dolní končetiny k abdukci kyčlí, fixaci kolene, korekci rotací dolních končetin. V oblasti trupu se dá využít fixační protézy, ale i korekční.

2. 7 Firmy nabízející rehabilitační a kompenzační pomůcky

V dnešní době najít firmu, která nabízí kompenzační a rehabilitační pomůcky je snadné. Některé firmy nabízejí nespočet pomůcek, ale je důležité si vybrat tu správnou. Základním prvkem by mělo být profesionální poradenství. Názorné předvedení výrobku, popřípadě výjimečné zapůjčení domů. Dát tak možnost vyzkoušení pomůcky v domácím prostředí. Toto je důležité hlavně u mechanických vozíků. Firma by měla také zajišťovat instruktáž po dodání pomůcky a následný servis.

DMA - kompenzační pomůcky

Nabízí pomůcky pro tělesně postižené a seniory. Berle, chodítka, sedačky do vany, židle do sprchy, WC nástavce, lůžka, antidekubitní matrace, mechanické invalidní vozíky, elektrické vozíky, skútry a zvedáky.

www.dmapraha.cz

Ortoservis, s.r.o.

Nabízí široký sortiment kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené a seniory. Dodávají mechanické a elektrické invalidní vozíky, polohovací lůžka, zvedáky, nástavce na WC, madla, sedačky do vany, chodítka, berle atp.

www.ortoservis.cz

ASH, s.r.o.

Výhradní dovozce schodolezů TopChair - nevyžadují doprovod. Dále nabízí klientům kompletní sortiment schodolezů Liftkar a Jolly.

www.schodolez.cz

MEYRA ČR s.r.o.

Prodej, poradenství a servis. Mechanické a elektrické invalidní vozíky, elektrické skútry, polohovací lůžka, pojízdné a vanové zvedáky, hole, berle, chodítka, nástavce na WC, toaletní křesla, antidekubitní program, bandáže, ortézy a sebeobslužné pomůcky.

www.meyra.cz

Otto Bock ČR, s.r.o.

Vyrábí a distribuuje mechanické a elektrické invalidní vozíky, pomůcky pro hendikepované děti (speciální kočárky, polohovací zařízení, vertikalizátory, atd.), díly pro stavbu protéz a ortéz, léčebné a sportovní ortézy a další. Problémy s mobilitou řeší odborní konzultanti přímo v bydlišti klienta, stejně tak i případný servis pomůcek. Zastupují sportovní značku Rehband v ČR.

www.ottobock.cz

CELESTE PRAGUE, spol. s r.o.

Velké míče, např. Gymnastik Ball Maxafe a Standard, oválné Eggball, sedací podložky Activa Disc a Fit Sit dováží přímo od italského výrobce Ledragomma. V sortimentu najdete i křesílka pro děti, zvířátka na skákání, masážní hmoty, posilovací pásy Polar Band, sedací podložky Dynair Senso Ballkissen, míčky Overball, molitanové míčky, balanční polokoule Air Step, antistresové míčky a srdíčka, šátky na psychomotorická cvičení, vodní nudle atd.

www.celeste.cz

AUXIL, spol. s r.o.

Vyrábí rehabilitační zařízení a pomůcky. Dodávají rehabilitační bazény, polohovací stoly, stojany, bazénové a vanové zvedáky.

www.auxil.vyrobce.cz

WEVE REHA, s.r.o.

Nabídka rehabilitačních a cvičebních pomůcek.

www.weve-reha.cz

REHA, spol. s r.o.

Vyrábí a prodávají pomůcky pro tělesně postižené i doplňky pro bezbariérové stavby. Nabídka bezbariérového vybavení koupelen a WC.

www.reha-brno.cz

DOMOTECH - SERVIS, s.r.o.

Prodej kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené. Nabídka multifunkčních křesel, vozíků, zvedacích zařízení a hygienických nádob.

www.domotech.cz

CONT Profimedical – volný pohyb

Výroba, montáž, servis – schodišťové plošiny, výtahy a nájezdové rampy pro tělesně postižené, vozíčkáře, imobilní a handicapované.

www.contmed.eu

SIVAK medical technology, s.r.o.

Zdravotnické prostředky pro zdravotně handicapované. V sortimentu mají chodítka, mechanické a elektrické vozíky, toaletní židle a vozíky, elektrické skútry, schodolezy, elektrická lůžka, matrace, antidekubitní polštáře, koncentrátory kyslíku, sedačku do vany, nástavce na toaletu. Dále dodávají pomůcky pro ústavní a domácí péči. Vany pro osobní hygienu a rehabilitaci, koupací a sprchovací lehátka, sprchovací matrace, vodní lůžka a matrace, rehabilitační křesla, zvedáky různých typů.

www.sivak.cz

Ortopedické pomůcky s.r.o.

Firma nabízející ortopedické pomůcky v nestátním zdravotnickém zařízení. Provozovny najdeme téměř po celé České republice. Lze u nich uplatnit poukazy na ortopedické pomůcky. Provozovny jsou smluvními partnery všech zdravotních pojišťoven.

www.protetika.cz

3 PŘÍSPĚVKY POSKYTOVANÉ PODLE VYHLÁŠKY Č. 182/1991 SB., POZMĚNĚNÉ VYHLÁŠKOU 506/2006 SB.

Jednotlivé typy příspěvku:

- jednorázové peněžité dávky
- opakující se peněžité dávky
- mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Jednorázové peněžité dávky na opatření zvláštních pomůcek:

„§33 (1) Občanům těžce zdravotně postiženým lze poskytovat peněžité příspěvky na opatření pomůcek, které potřebují k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Příspěvek se neposkytuje v případě, že potřebnou pomůcku propůjčuje nebo plně hradí příslušná zdravotní pojišťovna; pokud příslušná zdravotní pojišťovna hradí potřebnou pomůcku částečně, přihlédne se při stanovení výše příspěvku k této skutečnosti.

§33 (2) Tělesně postiženým občanům lze poskytovat příspěvky na pomůcky, které umožňují sebeobsluhu, samostatný pohyb nebo zachování zdravotního stavu, popřípadě na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění.

§33 (3) Zrakově postiženým občanům lze poskytovat příspěvky na pomůcky, které jim umožňují získávat informace nebo styk s okolím prostřednictvím hmatových nebo sluchových vjemů nebo prostřednictvím zbytků zraku, popřípadě na pomůcky na přípravu a realizaci pracovního uplatnění.“

(http://projekty.osu.cz/metakor/dok/vyhlaska-182_1991.pdf)

Příspěvky lze poskytovat například na tyto pomůcky:

- přenosné WC 100% z ceny
- židle na elektrický pohon 50% z ceny
- přenosná rampa pro vozíčkáře 100% z ceny
- zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu 100% z ceny
- zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu 100% z ceny

- šikmá schodišťová plošina 100% z ceny
- nájezdové lyžiny pro vozíčkáře 100% z ceny
- polohovací zařízení do postele 100% z ceny
- obracecí postel 50% z ceny
- vodní zvedák do vany 50% z ceny
- motorový vozík pro invalidy 50% z ceny
- koupací lůžko 50% z ceny

(příloha č. 4 k vyhlášce č. 182/1991 Sb.)

Dále je seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena obsažen ve vyhlášce.

Limity

„Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč; 400 000 Kč v případě příspěvku na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny. Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč; 850 000 Kč, pokud v této době byl poskytnut příspěvek na zvláštní pomůcku na pořízení schodišťové plošiny.“
(<http://www.mpsv.cz/cs/8>)

Opakující se příspěvky na zvýšené životní náklady:

„§42 (4) Občanům používajícím trvale ortopedické, kompenzační nebo jiné pomůcky mohou pověřené obecní úřady poskytovat příspěvek na zvýšené výdaje související s používáním těchto pomůcek, a to až do výše 200 Kč měsíčně.“
(http://projekty.osu.cz/metakor/dok/vyhlasaka-182_1991.pdf)

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. Příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla.

Pokud je pomůckou motorové vozidlo, má nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci.

Hodnota příspěvku na motorové vozidlo se určí s přihlédnutím k četnosti

a důvodu dopravy, příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a celkovým sociálním a majetkovým poměrům. Maximální výše příspěvku na motorové vozidlo činí 200 000 Kč. Bývá také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a má způsobilost k řízení motorového vozidla nebo je schopna být vozidlem převážena.

Podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že: osoba je starší 3 let (motorové vozidlo, úprava bytu), 15 let (vodící pes), 1 roku (všechny ostatní pomůcky).

Nadace

„ V případě, že i po využití možností příspěvků od státu a od zdravotní pojišťovny stále chybí peníze na pomůcku, lze se ještě obrátit se žádostí na některou z nadací. Žádost by měla obsahovat základní údaje žadatele, stručný popis životní situace, zdravotního stavu, na co příspěvek žádá a co případný příspěvek od nadace pomůže v jeho životě vyřešit či zlepšit „. (Valová, 2007, s. 80)

Sponzoři

Další možností jak získat finance na kompenzační pomůcku je pokusit se najít sponzora mezi podnikateli a firmami. „Dar může být poskytnut na zdravotnické prostředky nejvýše do částky nehrzené zdravotními pojišťovnami nebo na rehabilitační a kompenzační pomůcky uvedené ve zvláštním právním předpise nejvýše do částky nehrzené příspěvkem ze státního rozpočtu a na majetek usnadňující těmto osobám vzdělání a zařazení do zaměstnání, pokud hodnota daru činí alespoň 2000Kč. Postupuje se podle zákona 586/1992, o dani z příjmů, § 20, odst. 8. „ (Valová, 2007)

Předepisování zdravotnických pomůcek na poukaz

Kompenzační pomůcky a zdravotní pomůcky lze získat několika způsoby

- zakoupení pomůcky
- darem (finančním na zakoupení pomůcky, samotné pomůcky)
- plnou úhradou pomůcky zdravotní pojišťovnou

- částečnou úhradou pomůcky zdravotní pojišťovnou

Předepisování zdravotnických prostředků na poukaz se řídí pravidly, která jsou stanovena platnou Metodikou k Číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny. Tímto číselníkem se řídí všichni předepisující lékaři. Číselník je rovněž závazný pro všechny zdravotní pojišťovny. U každého typu zdravotnického prostředku číselník uvádí konkrétní odbornost lékaře, který smí pomůcku předepsat. U některých typů pomůcek je možné předepsat pomůcku více odborníky (neurolog, rehabilitační lékař apod.) V případě potřeby souhlasu revizního lékaře je nutné vyplnit navíc „Žádanku o zvýšení úhrady“. K získání elektrického vozíku je potřeba vyplnit ještě „Formulář k přidělení elektrického vozíku“, kde se uvádějí výsledky neurologického, rehabilitačního, ortopedického, psychologického a očního vyšetření a podrobná specifikace vozíku. Předepsanou pomůcku klient/pacient obdrží ve zdravotnických potřebách nebo v lékárně.

Pojišťovna hradí vždy zdravotnický prostředek v základním provedení nejméně ekonomicky náročném v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení. Zdravotní pomůcky, podléhající schválení revizním lékařem, jsou také zapůjčované zdravotnické pomůcky (v číselníku jsou označeny symboly Z, P, R viz níže). Tyto pomůcky jsou předávány klientům formou tzv. výpůjčky. Pojištěnec (nebo zákonný zástupce) podepíše při převzetí takového zdravotnické pomůcky závaznou smlouvu o výpůjčce, která upravuje vzájemné vztahy mezi zdravotní pojišťovnou a pojištěncem.

Pokud se stane, že jedinec již nemůže z nějakého důvodu využívat, je povinen vrátit ji prostřednictvím dodavatele zpět zdravotní pojišťovně. Ta pomůcku připraví k opakovanému zapůjčení tzv. repasi. Zapůjčený zdravotnický prostředek zůstává nadále majetkem zdravotní pojišťovny a jako s takovým s ním musí pojištěnec zacházet! Zdravotnická pomůcka je pojištěnci/klientovi zapůjčena prostřednictvím smluvního dodavatele pojišťovny, který průběžně provádí servis a opravy zapůjčené pomůcky.

Mezi opakovaně zapůjčované pomůcky patří zejména mechanické a elektrické vozíky, mechanická a elektrická polohovací lůžka, vanové a bytové zvedáky, polohovací zařízení nebo některé typy podvozků pro sedací ortézu.

(<http://www.alfabet.cz/index.php/pomucky-a-hracky/rehabilitacni-a-kompenzacni-pomucky>)

4 MENTÁLNÍ RETARDACE

Seznámení se základními termíny a definicemi je nutné, lépe pronikneme do problematiky mentálního postižení a můžeme tak disponovat s poznatky, které nám umožní propojit využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek s daným postižením.

4.1 Definice pojmu mentální retardace

V současné době je pojem mentální retardace vymezován značným množstvím definic. Valenta a Müller (2003, s. 14) definují mentální retardaci jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

Obdobně chápe mentální retardaci také Lechta (1995b, s. 11) jako „*stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, charakterizovaný narušením poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.*“

Čadilová, V., Jůn H., Thorová, K., a kol. (2007, s. 26) definují mentální retardaci jako „*vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností, jinými slovy nedošlo k přiměřenému a úplnému rozvoji mentálních schopností člověka.*“

Švarcová (2000, s. 24) chápe osoby s mentální retardací jako „*...jedince, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.*“

Jako další znak vnímá přetrvávání porušení poznávací činnosti. Mentální retardace bývá často přidružena s jiným smyslovým poškozením (porucha zraku, sluchu) nebo pervazivní vývojovou poruchou (Dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom).

Mentální retardace je souhrnné pojmenování vrozeného postižení rozumových schopností, jež se projevuje neschopností porozumět svému okolí a nemožností kvalitně se v něm adaptovat. I když je postižený jedinec dostatečným způsobem výchovně stimulován, nedosáhne odpovídajícího stupně intelektového vývoje. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj kognitivních funkcí, řeči a omezená schopnost učení., *Z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky.*

Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením, či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti. Mentální retardace je vrozená, dítě se již od počátku svého života nevyvíjí standardním způsobem. Mentální retardace je trvalá, přestože je v závislosti na etiologii a kvalitě stimulace možné určité zlepšení.“ (Vágnerová, 2004, str. 289)

Definice mentálního postižení UNESCO 1992: *„Mentální retardace není nemoc, je to spíše stav, charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle provázen poruchami adaptace, to jest nižší schopností orientovat se v životním prostředí. Nedostatek v adaptaci na prostředí souvisí také se zpomaleným, zaostávajícím vývojem, s omezenými možnostmi vzdělávání a s nedostatečnou sociální přizpůsobivostí.“*

4. 2 Klasifikace a mentální retardace a charakteristika jednotlivých stupňů

Podle 10. Mezinárodní klasifikace z roku 1992 patří mentální retardace mezi duševní poruchy a řadí se mezi medicínské diagnózy oboru psychiatrie. O mentální retardaci mluví hlavně dětská a dorostová psychiatrie, protože k diagnostice dochází v dětském věku a v tomto období je také relativní možnost ovlivnění.

Klasifikace mentální retardace (MR) podle Mezinárodní klasifikace nemocí v 10. revizi (MKN-10) Světové zdravotnické organizace (WHO)

- *Lehká mentální retardace (F70) – IQ 69-50*
- *Středně těžká mentální retardace (F71) – IQ 49-35*
- *Těžká mentální retardace (F72) – IQ 34-20*
- *Hluboká mentální retardace (F73) – IQ nižší než 20*
- *Jiná mentální retardace (F78)*
- *Nespecifikovaná mentální retardace (F79)*

Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence:

- poznávací schopnosti (seznamování s elementárními číselnými a matematickými pojmy, řešení praktických problémů, konkrétní operace s materiálem, motivovaná manipulace s předměty, zkoumání jejich vlastností, hledání různých možností a variant)
- řečové schopnosti (začíná opakovat jednoduchá slova, která slyší, tvoří jednoduché věty, od 2 let se ptá "co je to", rozlišuje svou slovní zásobu, od 4,5 let dítě již chápe děj a umí ho vyprávět)
- motorické schopnosti, vzpřímené držení těla a chůze, odlišná hybnost dolních a horních končetin, motorika spojená s řečí, lateralita, precizní uchopování předmětů, celkově vyvinutá jemná a hrubá motorika podle ontogeneze člověka u této složky je důležité využívání rehabilitačních pomůcek - lze využít masážních pomůcek, nestabilních ploch, balančních pomůcek, které mohou být pro postiženého jedince zábavné, sociální schopnosti (komunikativnost, rychlá adaptace na změnu, organizační schopnosti, neverbální komunikace, umění jednat s lidmi, morální kodex)

Mentální retardace se může současně propojovat s jinými somatickými nebo duševními poruchami. (<http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>)

„Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik.

Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí. Následující podrobné členění na čtvrtém místě je určeno pro užití s položkami F70 – F79 k vyznačení rozsahu současných poruch chování.

. 0 žádná nebo minimální porucha chování

- . 1 významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu
- . 8 jiné poruchy chování
- . 9 bez zmínky o poruchách chování

K vyznačení přidružených stavů, jako je autismus, jiné vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování anebo závažné tělesné postižení, lze užít dodatkový kód.“ MKN (2008, s. 236)

Žádný standardizovaný test nám neřekne, které pomůcky v určitém stupni postižení využívat. Každý jedinec je individuální. Jak bylo již zmíněno, mentální retardace není jediné postižení, které jedince doprovází.

Typ postižení

- eretický (nepokojný, dráždivý, instabilní)
- torpidní (apatický, netečný, strnulý)
- nevyhraněný (Bazalová in Pipeková, 2006, str. 271).

Lehká mentální retardace F 70

IQ 50 – 69 odpovídá u dospělého jedince mentálnímu věku 9-12 let. Mezi 3. a 6. rokem se objevují větší potíže, slovní zásoba je malá, je opožděný vývoj řeči a dítě je nedostatečně zvědavé a vynalézavé. Stav vede k obtížím při školní výuce, proto jsou děti zařazeny do praktických škol podle odpovídajícího vzdělávacího programu či integrovány do běžné základní školy.

Nejvýraznější problémy spočívají v omezenosti logického, abstraktního a mechanického myšlení, je lehce opožděna jemná a hrubá motorika, slabší paměť. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou rozumového nadání užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně. (Švarcová, 2006) Patří sem lehká slabomyslnost (oligofrenie) a lehká mentální abnormalita.

Středně těžká mentální retardace F 71

IQ 35 – 49 odpovídá u dospělého jedince mentálnímu věku 6-9 let. Výsledkem je zřetelné vývojové opožďení v dětství. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické. Využití rehabilitačních pomůcek vede ke zlepšení motorických schopností

Švarcová (2006, s. 35) upozorňuje na podstatné rozdíly mezi jednotlivci v jednotlivých schopnostech: „*někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace.*“ Dospělí potřebují různý stupeň podpory k práci a k činnostem ve společnosti. Patří sem střední mentální abnormalita a střední slabomyslnost (oligofrenie).

Těžká mentální retardace F 72

IQ 21 – 34 u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 3-6 let.

Těžká mentální retardace se dá poznat již u malých dětí. Většina jedinců trpí poruchou jemné a hrubé motoriky a jinými přidruženými vadami. Časté tělesné vady a deformity. Vzdělávání je velmi omezené, probíhá v základní škole speciální. Nezbytné pro toto postižení je dostatečné využívání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Dá se tak předcházet nebo eliminovat tělesné deformity. Rehabilitační pomůcky zajistí lepší fyzickou kondici.

(Vágnerová, 2004) uvádí, že omezení je zřejmé i v oblasti řeči, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, jsou zjednodušené. Někdy nemluví vůbec. Jejich učení je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Často jde o kombinované postižení, mnozí z nich mají postiženou i motoriku, trpí epilepsií apod. Jsou závislí na péči jiných lidí.

(Valenta, Müller, 2003) uvádějí výskyt poruch chování, stereotypních pohybů, objevuje se autoagrese a afektivní chování. V celkovém počtu mentálně retardovaných je tato vada zastoupena 7%. Patří sem těžká mentální subnormalita a těžká slabomyslnost (oligofrenie).

Hluboká mentální retardace F 73

IQ dosahuje nejvýše 20 u dospělého jedince, odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Těžké narušení hrubé motoriky, často jsou imobilní a inkontinentní. Stav způsobuje nesamostatnost a plnou závislost osob ve všedních denních činnostech, komunikaci i mobilitě. U mobilních pacientů jsou velmi časté nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch například atypický autismus. Obvykle bývají umístováni do ústavu sociální péče.

Patří sem těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost (oligofrenie).

Jiná mentální retardace F 78

Nelze zde provést diagnostiku pomocí běžných metod. Jedná se o nevidomé, neslyšící, o osoby s těžkými poruchami chování, autistů nebo těžce tělesně postižených.

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Tato kategorie se používá v případech, kdy u jedince bylo určeno mentální postižení, ale není značné množství specifických informací, které by poukazovaly na zařazení pacienta do některého stupně mentální retardace. Tato diagnóza zahrnuje mentální retardaci nespecifikovanou, oligofrenii nespecifikovanou, mentální subnormalitu nespecifikovanou, (Švarcová, I., 2006).

4. 3 Těžká mentální retardace a její kombinace s jinými vadami

Mentální retardace bývá často přidružena s jiným smyslovým poškozením (porucha zraku, sluchu), pervazivní vývojovou poruchou (Dětský autismus, Rettův syndrom, Aspergerův syndrom), nebo s chromozomální aberací spojenou s mentální retardací (Downův syndrom, Angelmanův syndrom, Prader- Williho syndrom, Schinzelův syndrom, Syndrom kočičího křiku, atd.) nebo poškozením mozku (dětská mozková obrna).

Praktická část obsahuje dvě kazuistiky osob s mentálním postižením, kdy každá z nich má jednu přidruženou nemoc. Jedná se o dětskou mozkovou obrnu a Angelman syndrom. Tyto dvě nemoci jsou zde definovány, pro lepší orientaci.

Dětská mozková obrna

Zkráceně DMO, je důsledkem zejména poškozením mozku, hypoxie. Může vzniknout v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Postihuje hlavně pohybový aparát. Lesný charakterizuje jako „raně vzniklé poškození mozku projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti“ (Lesný 1972, s. 10).

Spastická forma

- diparetická- postihuje symetricky obě dolní končetiny
- hemiparetická- nejčastější, postihuje nejvíce horní končetinu
- kvadruparetická- postihuje všechny čtyři končetiny

Nespastická forma

- hypotonická- tato forma je pro nás významná, z důvodu kazuistiky, která obsahuje diagnózu dětská mozková obrna, forma hypotonická
„Tato forma DMO (dětská mozková obrna) je vývojová, mění se v důsledku zrání mozku. Z klinického hlediska je v tomto případě dominantní oslabení svalového tonu trupu a končetin. Chůze je velmi nejistá, vrávoravá, dělají se nestejně kroky s úchylkami do strany,..“ (Opatřilová, 2010, s.15)

Chabá obrna, výraznější na dolních končetinách, vyskytuje se v kojeneckém věku, asi kolem 3. roku se mění ve formu spastickou nebo diskinetickou. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím. Pokud přetrvává, je doprovázena těžkou mentální retardací.

- dyskinetická- vyznačuje se mimovolními pohyby

Léčba DMO

Při léčbě DMO je nutná zejména spolupráce rodiny, odborných lékařů, psychologa, fyzioterapeutů a speciálních pedagogů. S léčbou DMO je třeba začít v co nejmladším věku. Jedná se zejména o rozvoj jemné motoriky ruky, grafomotoriky a rozvoj řeči. Mezi nejznámější terapie používané při léčbě DMO patří Vojtova terapie, Bobathova terapie a Petöho terapie (Vítková, 2006).

Angelman syndrom

Dříve se tento syndrom označoval v anglickém znění jako „Happy puppet“ (šťastná loutka) v současné době se používá „Angel child“ (Andělské dítě) nebo Angelman syndrome. Česká lékařská terminologie také používá název „Syndrom šťastného dítěte“. Charakteristickým znakem vyskytující se u většiny dětí s Angelmanovým syndromem bývá neschopnost mluvit, pouze minimum slov, komunikují nonverbálně, opoždění psychomotorického vývoje, těžký zpomalený vývoj, problémy s pohybem, koordinací chůze a stabilitou, mávání a vyvažování horními končetinami, vibrující paže, velmi často se usmívá, obvykle má šťastnou náladu, v excitaci mává a tleská rukama.

U všech postižených nacházíme málo rozvinutou řeč - pouze minimum slov, spíše neverbální projev, těžká mentální retardace, motorické problémy - ataktické pohyby, strnulá chůze (připomínající pohyby loutky), bezdůvodné záchvaty smíchu. Celkem asi u 80% se vyskytuje porucha pozornosti, mikrocefalie, hypotonie, abnormální nálezy na EEG, strabismus, poruchy polykacího reflexu, oploštělé záhlaví, hyperaktivita, epileptické záchvaty. (<http://www.angelman.cz/index.php/zakladni>)

Díky jejich zájmu o blízké lidi a tím, že jsou schopny vyjadřovat své city, obohacují své vztahy s rodinou a přáteli. Jako ostatní lidé upřednostňují rekreační aktivity jako je TV, hra, plavání, výlety atd. Je však nutno posuzovat případ od případu, někteří jedinci vykazují odlišné chování. Když tyto jedinci cítí jistotu, mají dostatek stimulace, a správný přístup dostavují se neustále pokroky ve vývoji. (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1170>)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíl průzkumu

Cílem průzkumu je zaměřením se na využití a dostupnost kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, pro těžce mentálně postižené jedince ve školním a zdravotnickém zařízení.

- Zjistit, v jaké míře jsou využívány rehabilitační a kompenzační pomůcky u jedinců s těžkou mentální retardací v konkrétním zařízení.
- Lze prostřednictvím těchto pomůcek zlepšit a zkvalitnit vývoj osobnosti a život jedinců s těžkým mentálním postižením?
- Zjistit, zda jsou edukováni rodiče/pečující osoby o rehabilitačních a kompenzačních pomůčkách.

5.1 Pracovní hypotézy

- 1) Jsou jedinci s těžkou mentální retardací, kteří využívají kompenzační a rehabilitační pomůcky kladně ovlivněni na psychickém i fyzickém stavu?
- 2) Je dostupnost a využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek ve zkoumaném prostředí nedostatečné?
- 3) Má využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek kladný vliv při výuce a terapii?
- 4) Edukují odborní pracovníci rodiče/pečující osoby o rehabilitačních a kompenzačních pomůčkách?

5. 2 Použité metody výzkumu

Dotazníky

Je nejfrekventovanější metodou získávání údajů. Dotazníky slouží k hromadnému získávání údajů, tj. o velkém počtu odpovídajících – respondentů nebo i v nějaké menší skupině osob. Na jejich základě dochází k vyhodnocování určitých skutečností (názorů, postojů, preferencí) a orientaci dalších kroků. Dotazníky mohou sloužit například k průzkumům veřejného mínění. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Dotazník>)

Pro praktickou část byla zvolena metoda dotazníkového šetření. Dotazník zahrnuje celkem třináct otázek zaměřených na splnění cíle této práce. Byla vybrána dvě zařízení, ve kterých šetření probíhalo. Bylo osloveno 15 respondentů z každého zařízení, kteří pečují, vzdělávají a ošetřují mentálně postiženého jedince. Výsledky dotazníkového šetření se dále zpracovávají do grafů a tabulek pro lepší přehlednost.

Kazuistika

Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy. (Hartl, Hartlová, 2004, s. 253)

Kazuistika je zde použita jako ukázka možnosti využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek u konkrétních mentálně postižených jedinců. Jednotlivé kazuistiky podrobně popisují anamnézu, celkový zdravotní stav a chování na oddělení neboli „stanici“. Následně je sestaven individuální plán s možnostmi využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek u zmiňovaných probandů.

5.2 Harmonogram postupu

- 1) Přípravná fáze – v přípravné fázi byly předběžně osloveny zařízení, které zajišťují péči mentálně postiženým jedincům. Z oslovených pracujících v dané instituci

či stacionáři souhlasilo 15 pracovníků s tím, že vyplní dotazník na téma diplomové práce, „Rehabilitační a kompenzační pomůcky u těžce mentálně postižených“.

- 2) Realizační fáze – tvorba a rozdáni dotazníků. Vyplněných dotazníků se nakonec sešlo 30 přesně dle plánu. Postupně probíhalo zpracování kazuistiky, pozorování chování jedince a následně upravení informací pro potřeby diplomové práce.
- 3) Vyhodnocovací fáze – zpracování dotazníků do grafů a tabulek, dokončení práce na kazuistikách a jejich závěrečné zpracování.

5.3 Charakteristika výzkumného prostředí a souboru

Tabulka č. 1 – charakteristika souboru Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Pracovní zařazení	Počet pracovníků
Speciální pedagog	5
Asistent pedagoga	6
Ergoterapeut	1
Fyzioterapeut	1
Logoped	1
Pracovník v sociálních službách	1

Tabulka č. 2 – charakteristika souboru Dětská psychiatrická léčebna Opařany

Dětská psychiatrická léčebna Opařany

Pracovní zařazení	Počet pracovníků
Speciální pedagog	4
Asistent pedagoga	5
Ergoterapeut	1
Sanitář- ergoterapeut	2

Fyzioterapeut	2
Staniční sestra	1

5. 3. 1 Jednotlivá charakteristika výzkumného prostředí a souboru

Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkumná část diplomové práce je prováděna v zařízení se specializovanou péčí v oboru dětská a dorostová psychiatrie v Dětské psychiatrické léčebně Opařany, základní školy, školy praktické a školy speciální při dětské psychiatrické léčebně. Klienti jsou zde hospitalizováni od 3 do 18-ti let. Disponuje se 150 lůžky. V tomto zařízení jsou klienti umístěny na celoroční pobyt. Jedná se o největší dětskou psychiatrickou léčebnou v České republice. Zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České Republiky.

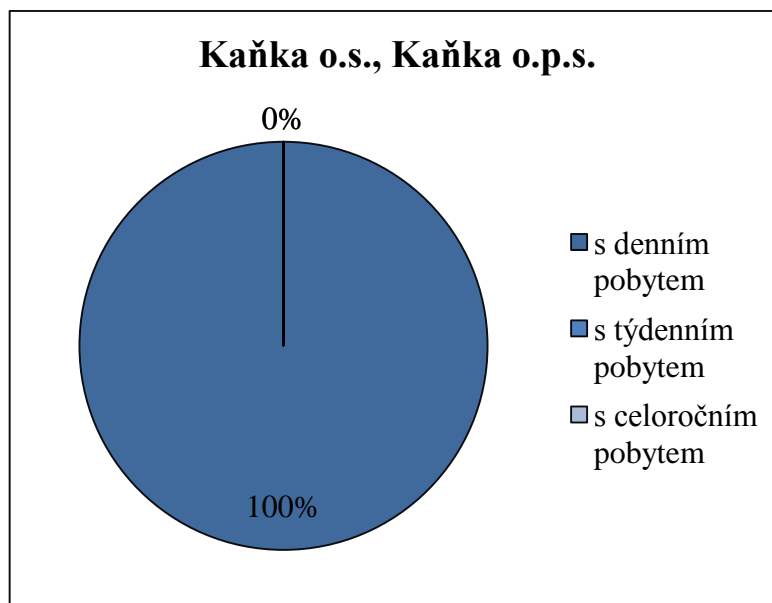
Dále v Občanském sdružení volnočasových aktivit a terapeutických aktivit, Kaňka o. s., Základní škole a Mateřské škole sociálních služeb, Kaňka o.p.s.. Jedná se o nestátní neziskovou organizaci s jedinečným modelem sociálních služeb, vzděláváním a volnočasovými aktivitami v rodinném prostředí. V současné době poskytuje péči 80-ti dětem, mládeži a dospělým osobám s postižením. Organizace funguje jako týdenní stacionář, základní škola, základní škola speciální a mateřská škola.

5. 4 Vlastní průzkum

Graf č. 1 – Typ zařízení Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Jakého typu je vaše zařízení?

s denním pobytem	s týdenním pobytem	s celoročním pobytem
15	0	0
100%	0%	0%

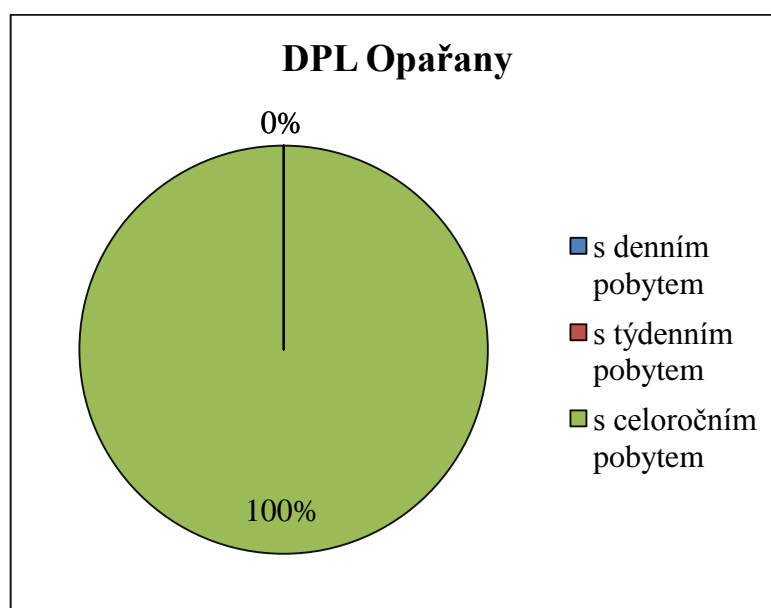


Všech 15 respondentů odpovědělo, že pracují ve stacionáři, kam dochází klienti na týdenní pobyt.

Graf č. 2 – Typ zařízení DPL Opařany

Jakého typu je vaše zařízení?

s denním pobytem	s týdenním pobytem	s celoročním pobytem
0	0	15
0%	0%	100%

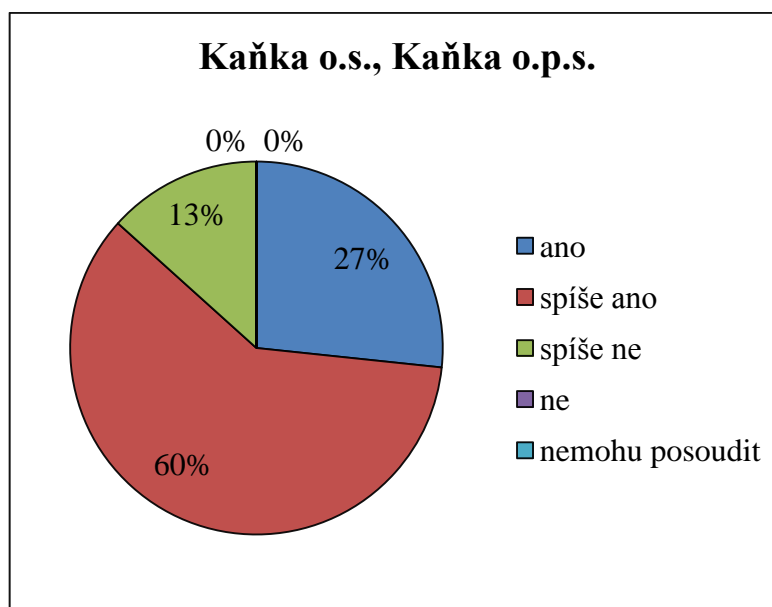


Všech 15 respondentů odpovědělo, že pracují v instituci s celoročním pobytem.

Graf č. 3 – Dostupnost kompenzačních pomůcek Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Domníváte se, že dostupnost kompenzačních pomůcek ve vašem zařízení je dostačující?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
4	9	2	0	0
27%	60%	13%	0%	0%



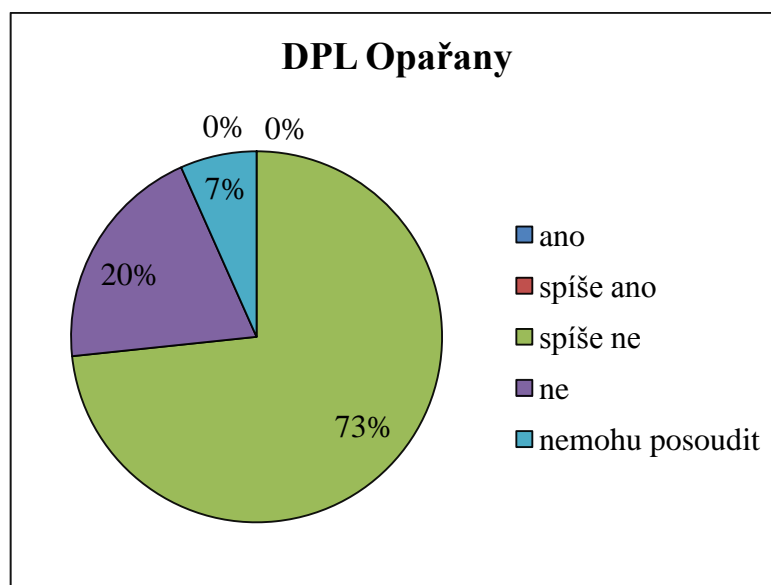
Celkem 27% respondentů zhodnotilo dostupnost kompenzačních pomůcek za dostačující, podobně odpovědělo 60% odpovídajících, kteří hodnotí stav za spíše dostačující. Vcelku to činí 87% kladných odpovědí. Posledních 13% se domnívá, že by dostupnost pomůcek mohla být lepší.

Toto pozitivní hodnocení souvisí nadále při hodnocení kompenzačních pomůcek, které využívají jako nezbytné.

Graf č. 4 – Dostupnost kompenzačních pomůcek DPL Opařany

Domníváte se, že dostupnost kompenzačních pomůcek ve vašem zařízení je dostačující?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
0	0	11	3	1
0%	0%	73%	20%	7%



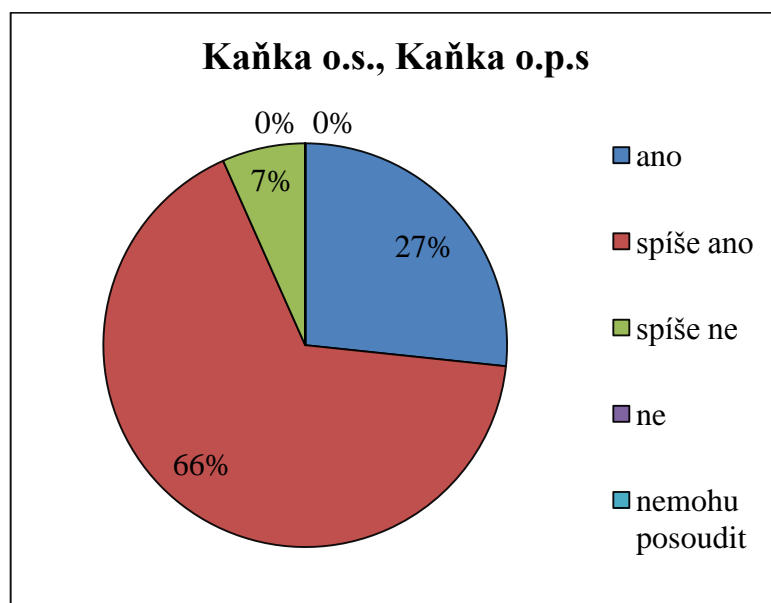
Přesně 73% respondentů se přiklonilo k názoru, že hodnotí dostupnost kompenzačních pomůcek za spíše nedostačující. Dále 20% odpovídajících vyhodnotilo dostupnost za naprosto nedostačující. Toto negativní hodnocení tvoří 93% v grafu. Současnou situaci nemůže posoudit jeden zodpovídající.

Ovlivnit toto hodnocení může fakt, že instituce není plně zaměřena na tělesně postižené osoby.

Graf č. 5 – Dostupnost rehabilitačních pomůcek Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Domníváte se, že dostupnost rehabilitačních pomůcek ve vašem zařízení je dostačující?

	spíše		nemohu	
	ano	spíše ne	ne	posoudit
ano	4	10	1	0
	27%	66%	7%	0%

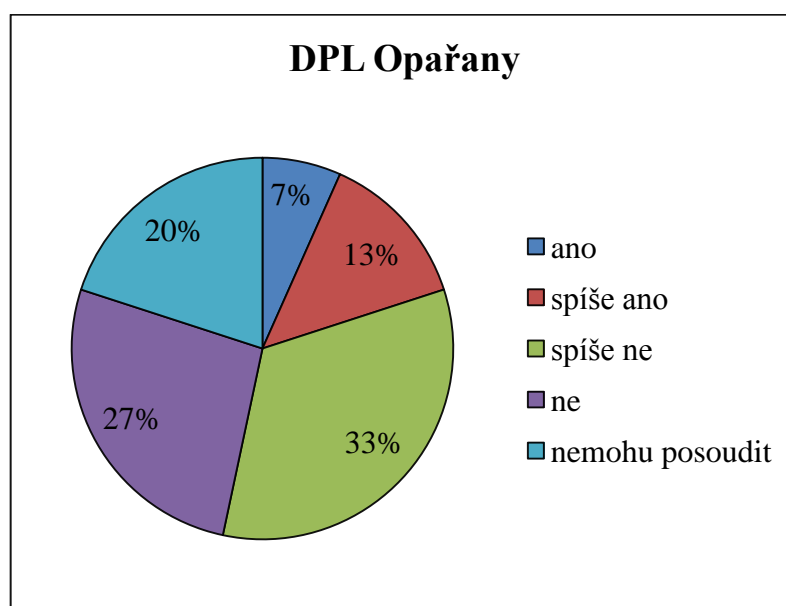


Zde podle uvedeného grafu se 66% respondentů přiklonilo k názoru, že dostupnost rehabilitačních pomůcek je spíše dostačující pro jejich práci s postiženými jedinci. Dále 27% odpovídajících hodnotí jejich dostupnost za naprosto dostačující. Přimo 1 respondent se domnívá, že je spíše nedostačující.

Graf č. 6 – Dostupnost rehabilitačních pomůcek DPL Opařany

Domníváte se, že dostupnost rehabilitačních pomůcek ve vašem zařízení je dostačující?

	spíše		nemohu	
	ano	spíše ne	ne	posoudit
	1	5	4	3
	7%	33%	27%	20%

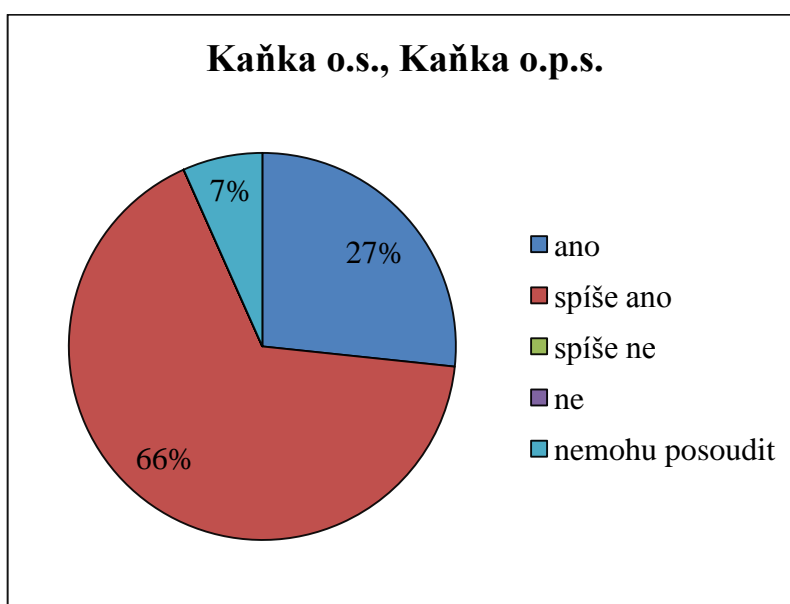


Dle grafu můžeme pozorovat, že 33% respondentů hodnotí dostupnost rehabilitačních pomůcek ve své práci s postiženými jedinci za spíše nedostačující. Dalších 27% respondentů zhodnotilo možnosti jako absolutně nedostačující. Toto negativní hodnocení vyplnilo celkem 60% dotazovaných. Další 20% respondentů uvedlo fakt, že dostupnost pomůcek nemohou posoudit. Přesně 13% respondentů je spíše spokojeno s množstvím poskytovaných rehabilitačních pomůcek ve svém zaměstnání. Zbýlých 20% odpovídajících zhodnotilo, že situaci nemohou posoudit.

Graf č. 7 – Využití pomůcek při výuce a terapii Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Domníváte se, že využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek má kladný vliv při výuce, terapii?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
4	10	0	0	1
27%	66%	0%	0%	7%

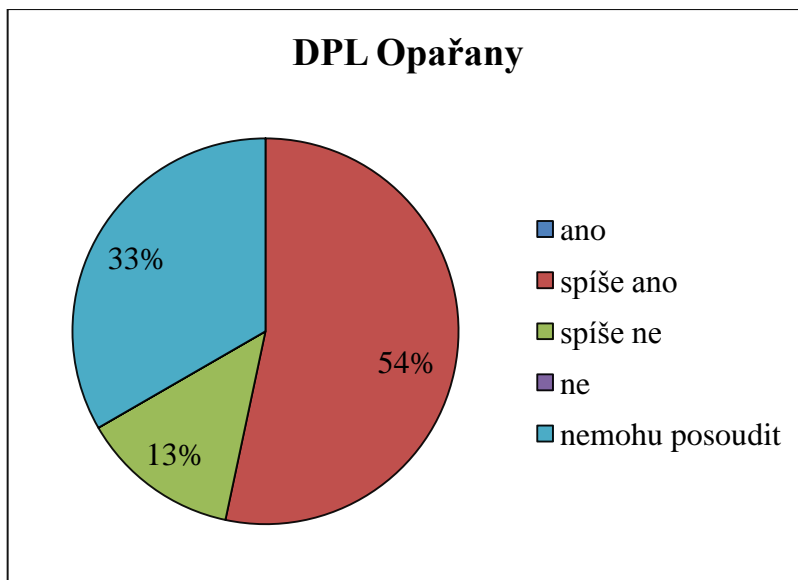


Dle výše uvedeného grafu se 66% přiklonilo k odpovědi, že spíše mají kladný vliv při výuce a terapii. Naprosto kladný vliv mají pomůcky na mentálně postižené podle 27ti% respondentů. Dále 1 odpovídající nemůže situaci posoudit.

Graf č. 8 – Zlepšení kvality vnímání DPL Opařany

Domníváte se, že využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek má kladný vliv při výuce, terapii?

	spíše ano	spíše ne	ne	nemohu posoudit
ano	8	2	0	5
	53%	13%	0%	33%

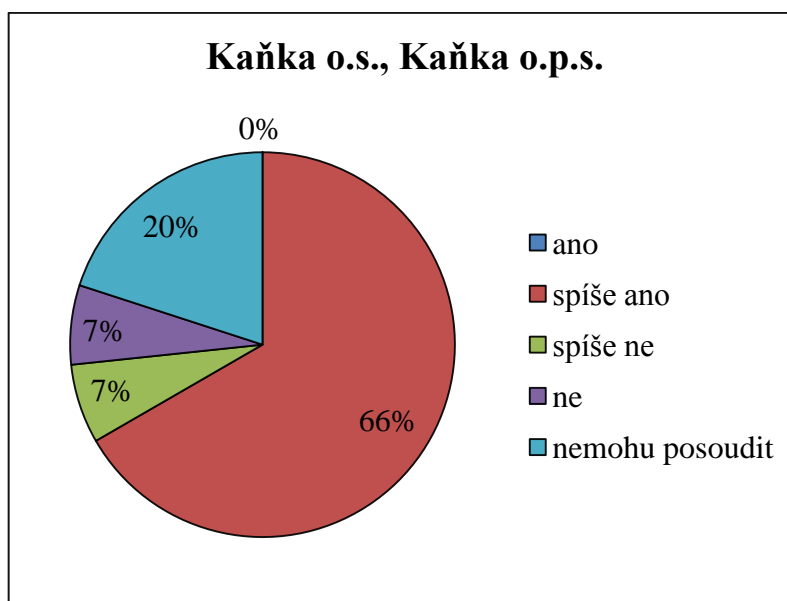


Zde 54% respondentů pozoruje, kladný vliv u postiženého jedince s využitím pomůcek během výuky a terapie. Dle 13% nemají spíše žádný vliv na postiženého jedince. Dále 5 respondentů se přiklonilo k názoru, že nemohou vliv posoudit, což je z celkového počtu 33% odpovídajících.

Graf č. 9 - Zlepšení fyzické kondice Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Je patrné zlepšení fyzické kondice?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
0	10	1	1	3
0%	66%	7%	7%	20%

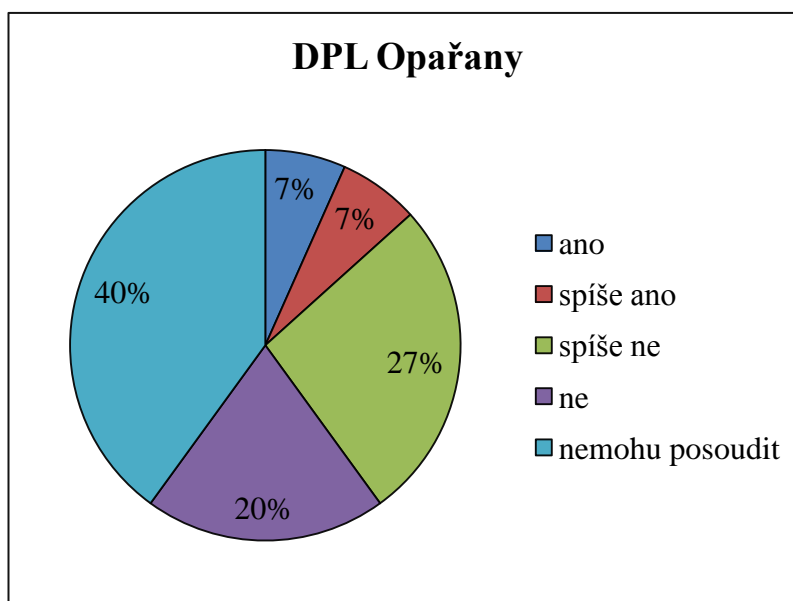


Dle grafu se 66% respondentů shodlo v názoru, že při využívání pomůcek pozorují u mentálně postižených jedinců zlepšení fyzické kondice. Dalších 14% respondentů tvrdí, že spíše nepozorují nebo vůbec nepozorují zlepšení fyzické kondice. Zbylých 20% dotazovaných nemůže zlepšení fyzického stavu posoudit.

Graf č. 10 - Zlepšení fyzické kondice DPL Opařany

Je patrné zlepšení fyzické kondice?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
1	1	4	3	6
7%	7%	27%	20%	40%

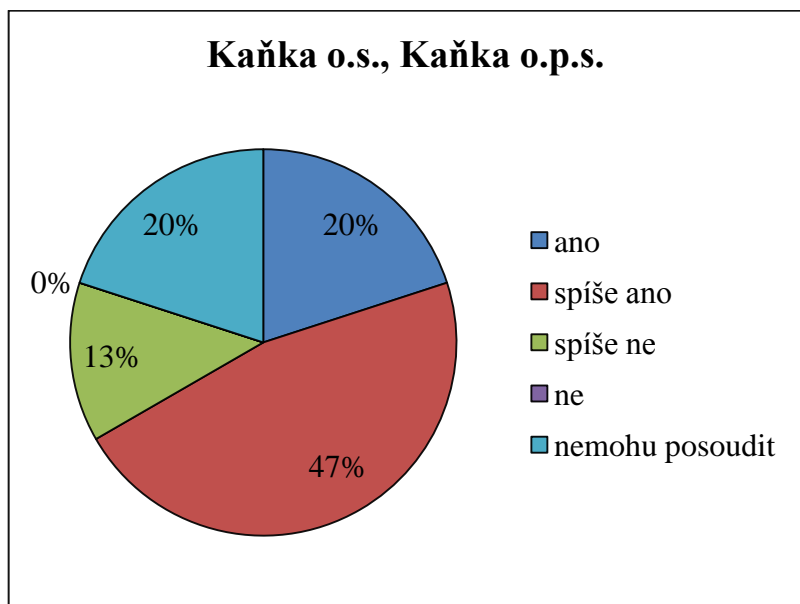


Celkem 40% respondentů zhodnotilo, že zlepšení nemohou posoudit. Přesně 47% dotazovaných se nedomnívá, že využití pomůcek by mělo jakýkoliv vliv na fyzickou kondici. Pouze 14% respondentů se shodlo na kladném nebo spíše kladném vlivu rehabilitačních a kompenzačních pomůcek na fyzickou kondici.

Graf č. 11 - Zlepšení psychické kondice Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Je patrné zlepšení psychické kondice?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
3	7	2	0	3
20%	47%	13%	0%	20%

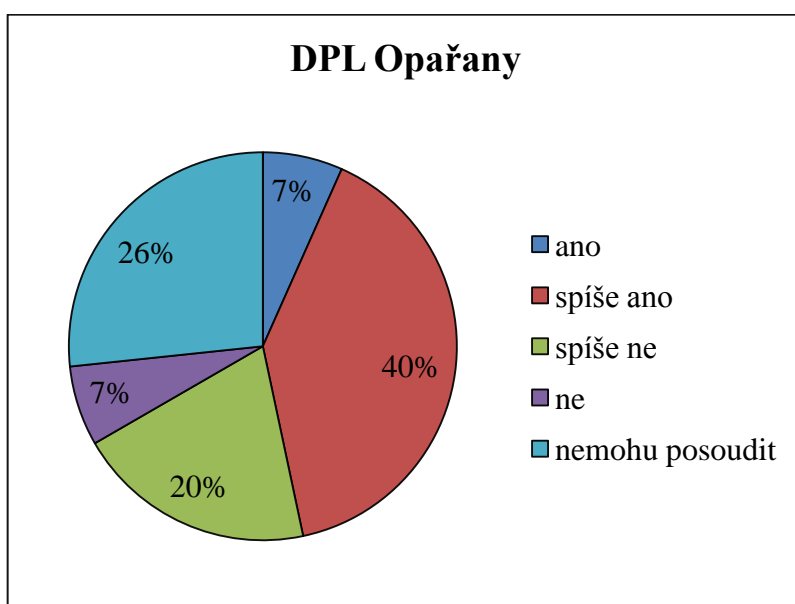


Využití pomůcek hodnotí celkem 47% respondentů, že mají spíše kladný vliv na psychický stav. Dále 20% dotazovaných se shodlo na odpovědi, že pokud využívají pomůcky, tak ovlivňují psychický stav postiženého jedince. Toto kladné hodnocení vyplnilo celkem 67% dotazovaných. Domněnky, že pomůcky nemají spíše vliv na psychickou kondici, se myslí 13% respondentů.

Graf č. 12 - Zlepšení psychické kondice DPL Opařany

Je patrné zlepšení psychické kondice?

	spíše		nemohu	
ano	ano	spíše ne	ne	posoudit
1	6	3	1	4
7%	40%	20%	7%	26%

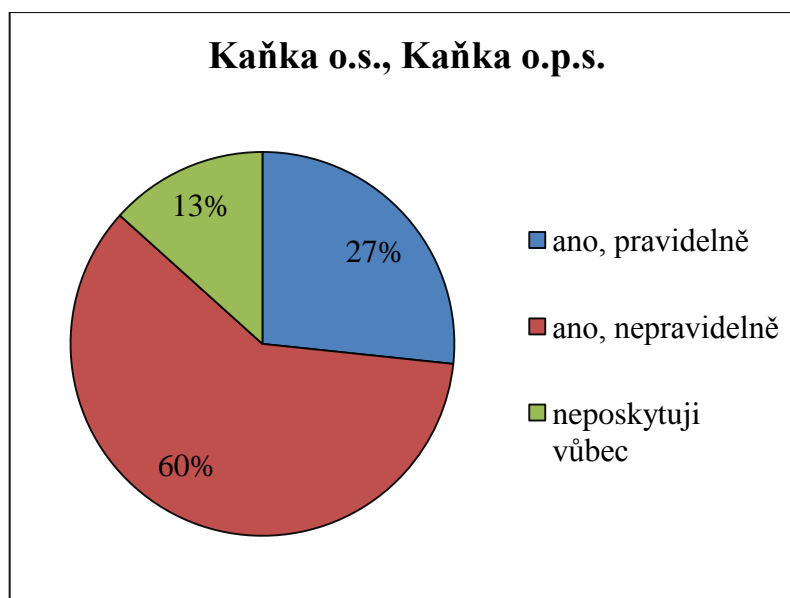


Použití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek vede spíše ke zlepšení psychické kondice, to si myslí 40% dotazovaných. Pouze 7% se domnívá, že je patrné zlepšení. Psychická kondice se podle 20ti% respondentů při použití pomůcek spíše nezlepšuje. Dále 7% tvrdí, že nepozorují žádné zlepšení u postižených jedinců. Ohodnotit vylepšení psychického stavu nemůže 26% dotazovaných.

**Graf č. 13 – Podávání informací o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách
Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.**

Poskytujete rodičům/osobám pečující o klienta odborné informace ohledně rehabilitačních a kompenzačních pomůcek?

ano, pravidelně	ano, nepravidelně	neposkytuji vůbec
4	9	2
27%	60%	13%

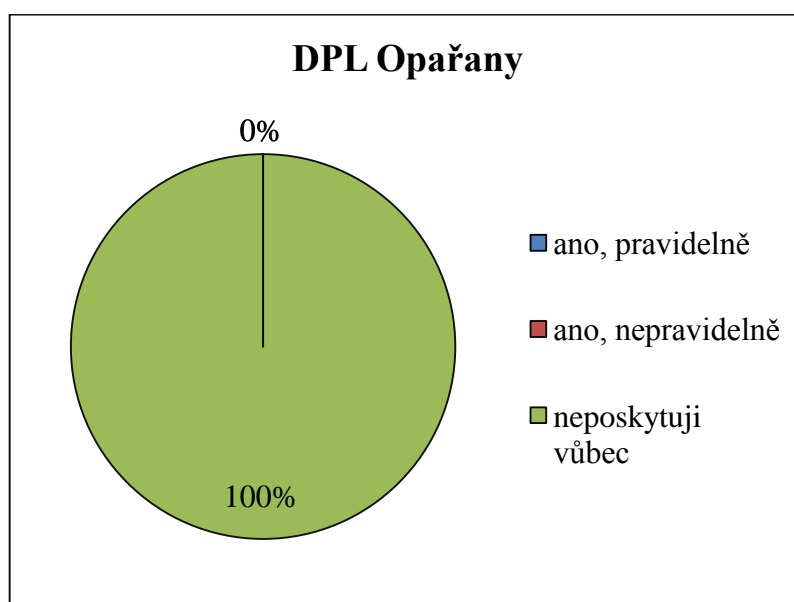


Dle 60ti% respondentů organizace poskytuje informace pravidelně. Z toho 27% odpovídajících podává odborné informace o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách nepravidelně s ohledem na současný stav klienta. Informace neposkytuje 13% dotazovaných.

Graf č. 14 – Podávání informací o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách DPL Opařany

Poskytujete rodičům/osobám pečující o klienta odborné informace ohledně rehabilitačních a kompenzačních pomůcek?

ano, pravidelně	ano, nepravidelně	neposkytují vůbec
0	0	15
0%	0%	100%

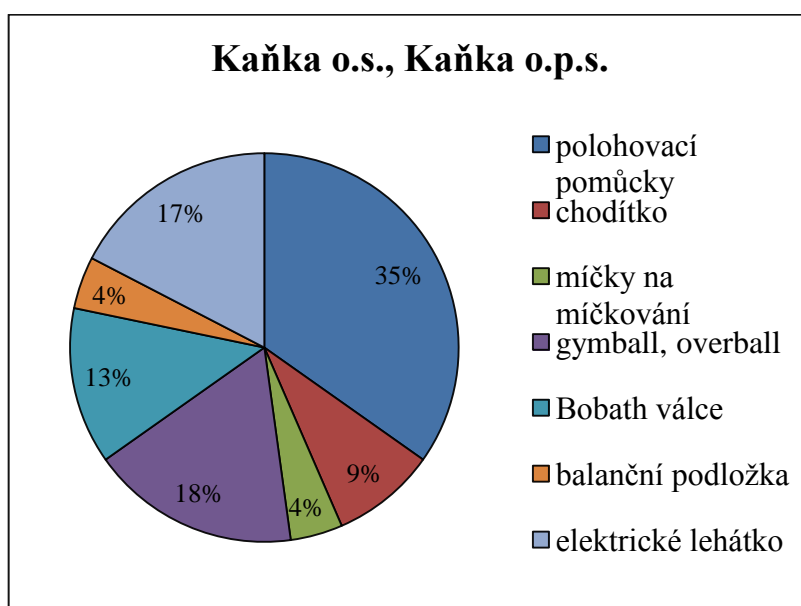


Všech 15 respondentů se shoduje, že neposkytují žádné informace, co se týče rehabilitačních a kompenzačních pomůcek rodičům/osobám pečujícím o dítě.

Graf č. 15 – Rehabilitační pomůcky Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Jaké rehabilitační pomůcky se Vám osvědčily jako nezbytné?

polohovací pomůcky	chodítko	míčky na míčkování	gymball, overball	Bobath válce	balanční podložka	elektrické lehátko
8	2	1	4	3	1	4
35%	9%	4%	18%	13%	4%	17%

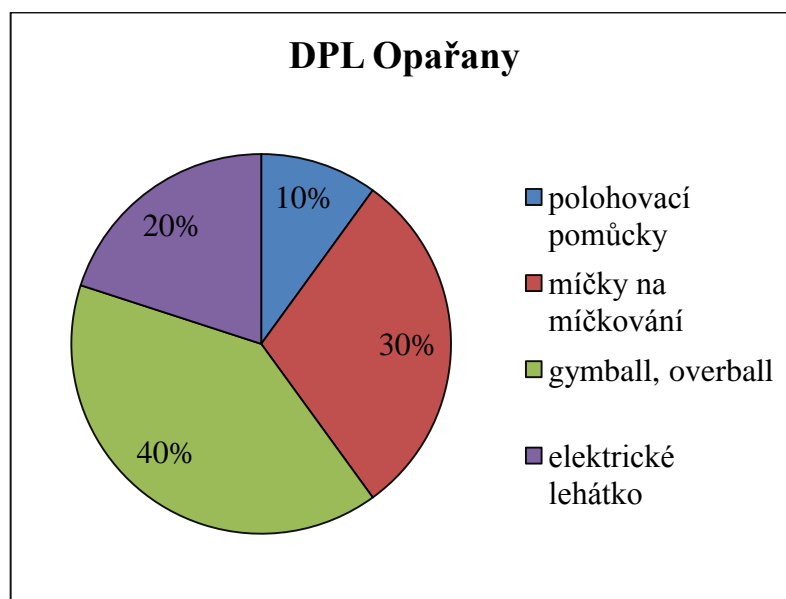


Polohovací pomůcky se v dotazníku objevily celkem u 8 dotazovaných z celkového počtu 15ti respondentů. Ze všech pomůcek byly uváděny nejčastěji. Z toho vyplývá, že jsou opravdu nedílnou součástí komplexní péče u těžce mentálně postiženého jedince. Jako nezbytné pomůcky se osvědčil i gymball spolu s overballem, na tomto se shodli 4 respondenti. Stejně tak dopadlo elektrické lehátko, které hodnotí 4 dotazovaní jako důležité. Významné jsou podle 3 respondentů Bobath válce. Další dva si myslí, že nezbytnými rehabilitačními pomůckami jsou chodítka. K balanční podložce se přiklání jeden respondent stejně tak jako k míčkům na míčkování.

Graf č. 16 – Rehabilitační pomůcky DPL Opařany

Jaké rehabilitační pomůcky se Vám osvědčily jako nezbytné?

polohovací pomůcky	míčky na míčkování	gymball, overbal	elektrické lehátko
1	3	4	2
10%	30%	40%	20%

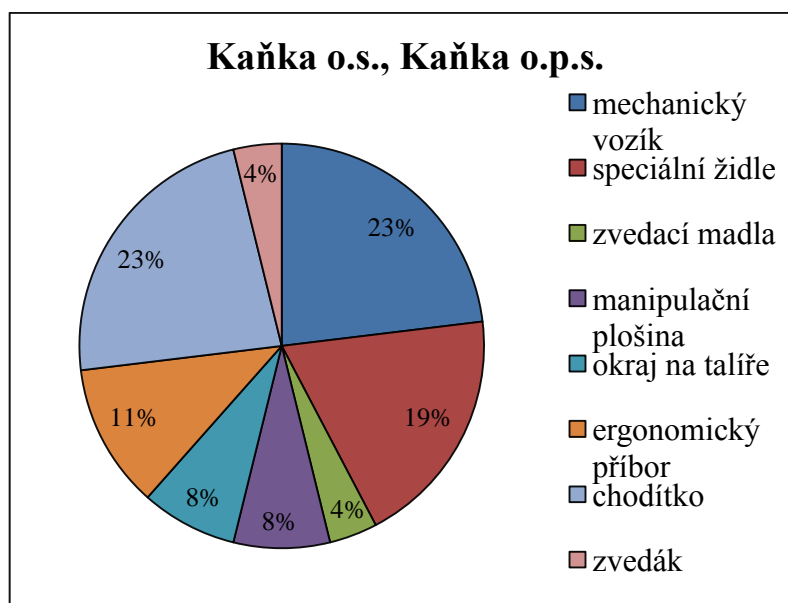


Už z grafu vyplívá dostupnost a využívání rehabilitačních pomůcek v dané instituci. Mezi hlavní rehabilitační pomůcky patřící k nezbytným patří dle 4 respondentů gymball spolu s overballem. Míček na míčkování je nezbytný pro 3 respondenty z celkového počtu 15ti dotazovaných. Pro práci s postiženými jedinci vnímají dotazovaní jako potřebnou pomůcku elektrické lehátko. Polohovací pomůcky řadí jako nepostradatelné 1 respondent.

Graf č. 17 – Kompenzační pomůcky Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Jaké kompenzační pomůcky se Vám osvědčily jako nezbytné?

mechan. vozík	speciál. židle	zvedací madla	manip. plošina	okraj na talíře	ergonom. příbor	chodítko	zvedák
6	5	1	2	2	3	6	1
23%	19%	4%	8%	8%	12%	23%	4%

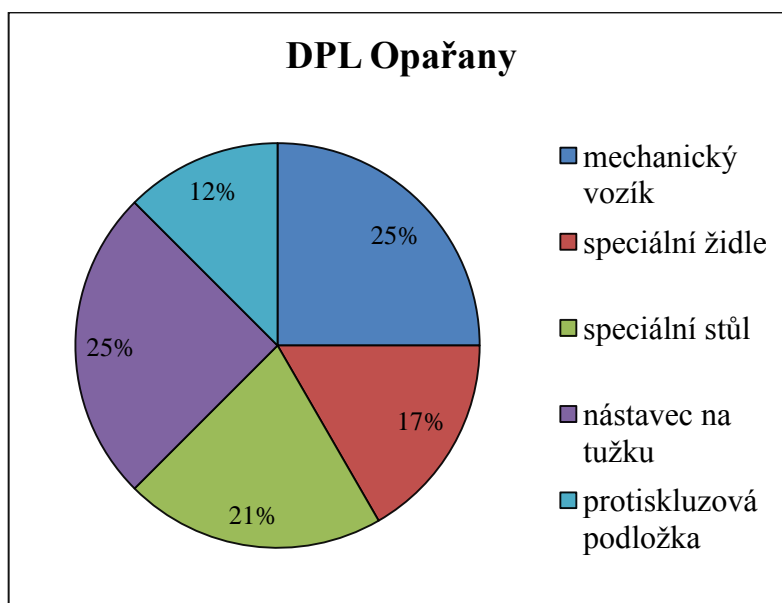


Celkem 6 respondentů se shodlo, že nepostradatelná kompenzační pomůcka je pro ně chodítko, stejně tak dopadl mechanický vozík. Dále pak hodnotí 5 respondentů za velmi důležitou pomůcku pro jejich práci speciální židli. Dle 3 odpovědí je nepostradatelná kompenzační pomůcka ergonomický příbor. V menším zastoupení pak okraj na talíř, manipulační plošina to si myslí 2 dotázaní. Zvedací madla jsou nevyhnutelná pomůcka pro jednoho dotazujícího, obdobně je tomu i u zvedáku.

Graf č. 18 – Kompenzační pomůcky DPL Opařany

Jaké kompenzační pomůcky se Vám osvědčily jako nezbytné?

mechanický vozík	speciální židle	speciální stůl	nástavec na tužku	protiskluzová podložka
6	4	5	6	3
25%	17%	21%	25%	13%

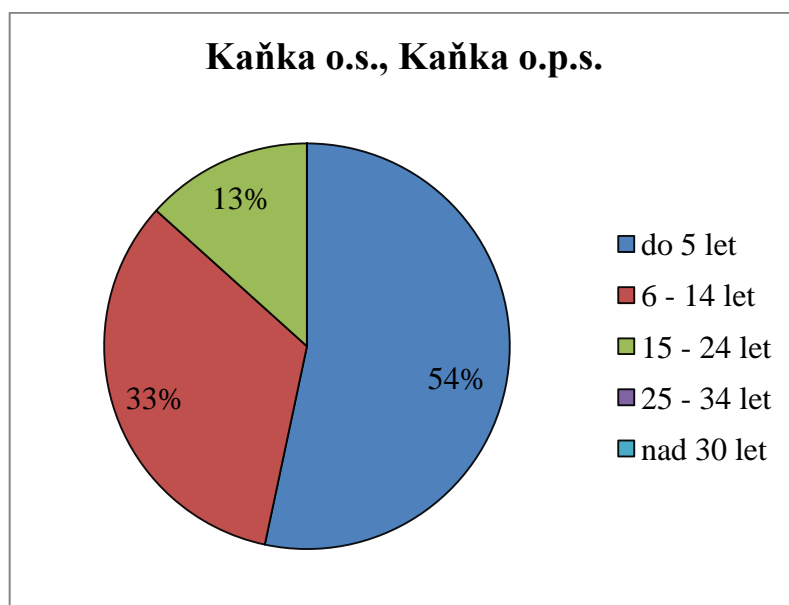


Velká vyhraněnost odpovědí se u této otázky neprojevila. Přesto mechanický vozík hodnotí 6 respondentů jako jednu z kompenzačních pomůcek nezbytných pro jejich práci. Nepostradatelná pomůcka při práci s těžce mentálně postiženými je nástavec na tužku, takto hodnotí 6 dotazovaných. Dalších 5 respondentů se přiklonilo k názoru, že speciální stůl je nezbytná kompenzační pomůcka pro jejich práci. Celkem 4řem respondentům se osvědčila speciální židle jako nepostradatelná. Za nezbytně nutnou kompenzační pomůcku pokládají 3 dotazovaný protiskluzovou podložku.

Graf č. 19 – Délka praxe s mentálně postiženými Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.

Jaká je délka Vaší praxe s mentálně postiženými?

do 5 let	6-14 let	15-24	25-34	nad 35 let
8	5	2	0	0
54%	33%	13%	0%	0%

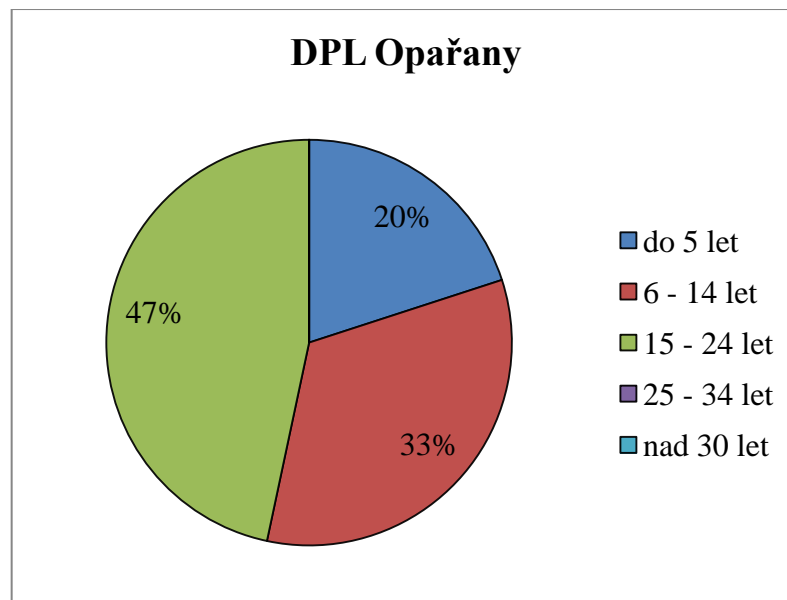


Dle grafu můžeme pozorovat, že 54% všech dotazovaných má zkušenost s mentálně postiženými jedinci do 5 let. Mnohem více praxe v rozmezí 6 - 14 let udává 33% dotazovaných, což je z celkového počtu 15ti dotazovaných 5 osob. Nejvíce zkušenostmi disponuje 13% respondentů. Z tohoto výzkumného souboru se nenašel nikdo, kdo by měl praxi s postiženými jedinci nad 25 let.

Graf č. 20 – Délka praxe s mentálně postiženými DPL Opařany

Jaká je délka Vaší praxe s mentálně postiženými?

do 5 let	6-14 let	15-24	25-34	nad 35 let
3	5	7	0	0
20%	33%	47%	0%	0%



Z celkového počtu všech dotazovaných má 47% praxi s mentálně postiženými, už tak 15–24 let. Dále však může potvrdit zkušenosti a znalosti v problematice mentální retardace 33% respondentů, kteří s jedinci pracují 6-14 let. Nejméně praxe má tak 20% zbylých dotazovaných.

KAZUISTIKA č. 1

DIAGNÓZY:

- Těžká mentální retardace s významnou poruchou chování
- Angelmanův syndrom
- Epilepsie kompenzovaná
- Chronická obstipace

Rodinná anamnéza:

Vlastní otec: narozen 1970. Zdráv, má základní vzdělání. Nyní je nezaměstnaný, dříve pracoval jako svářeč, zedník a montér plastových oken. Povahově je klidný, tolerantní, společenský, hodný.

Vlastní matka: narozena 1974. Zdráva, má základní vzdělání. Je doma s pacientem, pobírá dávku na péči o něj. Povahově obětavá, pečující, klidná.

Sourozenci: 2 vlastní – M., narozena 1993. Zdráva. Ukončila zdravotnické učiliště, nyní studuje střední zdravotní školu. S pacientem jsou na sebe velmi citově vázáni, často o něj pečují, pacient je zvyklý s ní usínat.

- V. narozena 1995. Zdravá, studuje střední školu energetickou a stavební, obor bezpečnost a ochrana obyvatel.

Osobní anamnéza:

3. těhotenství, průběh bez komplikací. Porod v termínu, spontánně záhlavím, PHD 3 650 g/ 56 cm. Porod bez komplikací. Kojen týden. Již v prvním půlroce života bylo patrné výrazné psychomotorické opoždění, proto cvičení dle Vojtovy metody, až po 1 roce. Matka si kolem roku věku dítěte vymohla odborné vyšetření ve FN Motol, asi ve dvou letech zjištěno geneticky podmíněné onemocnění Angelmanův syndrom (delece části chromozomu). Epileptické záchvaty začaly asi kolem 3 let, trvaly asi do 8 let. Chodí pouze s oporou, leze po čtyřech a kolem nábytku. Čistotu neudrží, musí být krmen, jí kousky.

Sociální anamnéza:

V péči rodiny, o umístění v sociálním zařízení rodina neuvažuje.

Psychomotorický vývoj:

Opoždování dle matky pozorováno od 6 měsíců.

Sedí od 12 měsíců, sám nechodí, leze, chodí s oporou druhé osoby nebo se sám přidržuje nábytku a obchází ho, má vozík. Nemluví, pouze jednoduché slabiky, jednoduchým pokynům rozumí. Čistotu neudrhuje je plenován. Krměn lžící, sám pije z hrnečku. Sám se neobleče, neumyje.

Školní docházka:

Měl odklad školní docházky. Zaškolen v r. 2007 do ZŠ speciální, nyní navštěvuje 5. ročník ZŠ speciální. Pracuje dle individuálního rehabilitačního plánu, do školy dochází 1 x týdně na 4 hodiny, ale často si ho rodiče musí vyzvednout z vyučování již po 1. hodině.

Přítomný stav pacienta:

Lucidní, kontakt aktivně navazuje, vyhledává i fyzický, řeč nevytvořena, vydává jen neartikulované zvuky. Vyjadřuje trvale pozitivní emoce, usměvavý, stále v pohybu, i když není schopen samostatné chůze, má všeobecně přítulné chování vůči dospělým a dětem, specifické zájmy nemá. Je zcela závislý na péči druhé osoby, není schopen ani bazální sebeobsluhy.

Přítomný somatický stav pacienta:

Pacient byl na příjem přivezen vsedě na invalidním vozíku, vydával neartikulované zvuky a bránil se somatickému vyšetření. Sám se zvednul, když se přidržel matky. Velmi hlučný, neklidný, obtížně usměrnitelný, nespolupracující.

Astenický habitus, špatná pohybová koordinace, chůze schopen jen s oporou nebo se přemisťuje šoupaním po hýždích, máchá horními končetinami, působí dojmem loutky „happy puppet“ neboli šťastná loutka, kůže čistá, bez patologických eflorescencí, dutina ústní čistá, chrup zdravý.

Pozorování chování na stanici:

Pacient neklidný, stále v pohybu. Má typické příznaky Angelmanova syndromu. Jsou problémy v hrubé motorice, špatná koordinace chůze a stability, mávání a vyvažování horními končetinami, není schopen samostatné chůze, postaví se a jde, když se přidrží osoby nebo jiné opory. Velmi rychle se pohybuje po zemi šoupaním po hýždích. Chůze i s oporou je nemotorná, mává horními končetinami a spolu s trvalým úsměvem připomíná loutku. V sebeobsluze je naprosto nesamostatný, odkázaný na péči druhé osoby.

V tomto případě je využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek nezbytné. Pro ukázkou uvedeme možnosti využití těchto pomůcek u konkrétního jedince, které by se daly využít.

Možnosti využití rehabilitačních pomůcek:

Mechanický vozík by měl být nedílnou součástí tohoto jedince. Upraven na míru dle jeho individuálních potřeb. Obsahovat by měl antidekubitní podsedák do vozíku jako prevence dekubitů, protože ve vozíku postižený jedinec tráví téměř polovinu celého dne. Polohovatelné lůžko usnadňuje přesun jedince do vozíku a zpět. Lůžko by mělo být vybaveno antidekubitní matrací, zdravotním polštářem. Popřípadě z důvodu bezpečnosti vybavíme postranicemi pro prevenci pádu.

Využití gymballu, fyziorollu (oválný gymball) na posilování oslabených svalových skupin, protažení celého těla a následně k navození relaxace. Formou hry by mohl být zde použit overball na házení, posílání po zemi. Docílí se tím protažení horních končetin, nácviku hrubé motoriky. Navíc navozením příjemné atmosféry za pomoci hry stimulujeme dobrou psychickou pohodu jedince.

Z anamnézy jsme informováni o velmi kladném vztahu k vodě, proto se tady dají bez obav využít i aqua pomůcky. Voda snižuje svalové napětí v těle, odlehčuje zatěžovaným kloubům, disponuje relaxačním účinkem a kladně působí na psychický i fyzický stav.

Možnosti využití kompenzačních pomůcek:

Podstatný problém je v příjmu potravy. Nekoordinované pohyby horních končetin komplikují samostatné stravování zmiňovaného jedince. Proto je významným aspektem, co nejvíce tento nedostatek kompenzovat pomůckou a v rámci terapie praktikovat nácvik. V tomto případě je nejvhodnější pomůckou ergonomický příbor spolu s fixační páskou. Dále talíř, který má vyvýšený okraj s protiskluzovou podložkou k zabránění posunu po stole z důvodu nekoordinovaných pohybů horních končetin.

Ergonomické hrnky využívat s víčkem, opět kvůli nekoordinovaným pohybům. Protiskluzovou podložku a pásek na suchý zip se dále dají aplikovat při výuce, ústní hygieně. Pro osobní hygienu je vhodná do vany protiskluzová podložka, popřípadě nějaká sedačka. Ve školním zařízení upotřebíme polohovatelný stůl, židli, nástavec na tužky či pásek na suchý zip. Pro přesun poslouží podložka otočná, podložka rolovací.

Kazuistika č. 2

DIAGNÓZY:

- Těžká mentální retardace s poruchami chování (auto-a heteroagresivita, destruktivita, afektivní raptý)
- Porucha aktivity a pozornosti
- Četné somatické deficity: ageneze pravé ledviny, subklinická hypothyreóza, porucha růstu, aortální chlopeň (hemodynamicky nevýznamná), astma bronchiale, atopický ekzém, polinóza
- DMO- hypotonická forma

Rodinná anamnéza:

Vlastní otec: neuveden

Vlastní matka: zdráva, narozena 1984, casus socialis, o pacienta se nezajímá. Často mění bydliště.

Sourozenci:?

Osobní anamnéza:

Z 1. těhotenství, porod v 37. týdnu, spontánní, záhlavím, PHD 2560g, / 45cm. Apgar skóre 10-10-10. Poporodní adaptace bez komplikací. Předán do péče matky, ta dítě opouštěla, péči o dítě za ní převzala její matka.

Psychomotorický vývoj retardovaný, zpočátku hodnocen jako lehká až střední retardace, v roce 2009 už těžká retardace. V péči neurologie pro centrální hypotonický (cerebelární) syndrom, dle NMR cavum septi pellucidi, jinak bez patologického nálezu

Sociální anamnéza:

Od 29.10 2001 Kojenecký ústav Teplice, od 9. 9. 2003 Dětský domov Holice, od 5. 9. 2006 Dětský ústav sociální péče Čížkovice.

Psychomotorický vývoj:

Opožděn od počátku, aktuálně nemluví, pouze různé výkřiky, základním pokynům rozumí, nají se sám lžící, jí nečistě, bere ostatním dětem jídlo z talíře, pije z hrnečku, stále plenován, má problémy s vyprazdňováním. Sám se neobleče, neumyje.

Školní docházka:

Školní docházku zahájil v roce 2008, opakoval 1. ročník základní školy speciální, nyní navštěvuje 2. ročník a je vzděláván podle individuálního výukového plánu 1 hodinu týdně.

Přítomný stav pacienta:

Hyperaktivita, zhoršující se afekty zlosti s křikem, agresivním i autoagresivním chováním, požíváním nepoživatelných věcí, destruktivitou (trhá, pojídá nejedlé věci-trávu, kamínky, tkaničky, nitě, kousky látky, roztrhá deku, povlečení, vytrhá gumičky z ponožek, vydloube omítku, dlažičky), dyssomie. Stále hůře zvladatelný, vyžaduje stálý dohled 1 dospělé osoby.

Lucidní, orientaci nelze zjistit, na oslovení přijde, naváže krátce oční kontakt, aktivní řeč nerozvinuta, pouze ojedinělé slabiky, jinak neartikulované zvuky. Rozumí jednoduchým instrukcím, vyhoví jen někdy. Ladění euthymní. Afektivní dráždivost,

v anamnéze afekty zlosti, auto-i heteroagrese, destrukce, pika. Mentální retardace aktuálně až těžká.

Sebeobsluha: pije z hrnku, jí nečistě, sahá dětem do jídla, co nechce, vylije. Plenován 24hodin denně, má problémy s obstipací. Řeč nerozvinuta, říká jen hají, neartikulované zvuky, výkřiky, siréna. Jednoduchým instrukcím, vyhoví někdy.

Přítomný somatický stav:

Drobného vzrůstu, střední výživy, kůže bledší, čistá, bez poranění. Hlava mesocefalická, oči, uši, nos bez sekrece, hrdlo klidné, krční uzliny a štítná žláza nezvětšeny. Hrudník normálně klenutý, srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené. Břicho palpačně měkké, bez resistance, nebolestivé, končetiny symetrické, hybnost volná.

Pozorování na stanici:

Střídavě sedí a vstává, chodí po místnosti, bere různé věci, občas zahouká jako siréna, několikrát opakuje "hají". Na oslovení přijde, krátce se podívá do očí, sahá po klávesnici počítače. Chytne za ruku, jde ke dveřím. Radostně zareaguje, že půjde ven, mává. Jde ochotně za ruku parkem, chvílemi po špičkách, do budovy, střídá schody. Při somatickém vyšetření neklidný, brání se, chce z vyšetřovny na chodbu.

Možnosti využití rehabilitačních pomůcek:

Tento jedinec je postižen hypotonickou formou DMO, proto je podstatné využívat co nejvíce rehabilitačních cvičebních pomůcek pro jeho zdokonalení motorických schopností, rovnováhy a postury. Celkového zlepšení držení těla, zpevněním svalového aparátu dolních končetin, zádového svalstva a hlubokého stabilizačního systému, dosáhneme pomocí různých nestabilních ploch a gymball, fyzirollu. Uplatnění zde mají i aqua pomůcky, pro tohoto jedince neplavce plavecká vesta. Významnou roli tvoří masážní pomůcky, které zde využijeme ke stimulaci, reflexní masáži celého těla. Rehabilitační fazolky TheraBeans poslouží jako prostředek pro posilování hypotonických svalů předloktí, nohou a lýtek a zároveň taktéž jako stimulující nástroj na kožní receptory. Lze s těmito fazolkami provádět nácvik jemné motoriky, která je významná pro soběstačnost.

Možnosti využití kompenzačních pomůcek:

Výhoda u tohoto jedince je, že se snaží o sebesycení sám, ale velmi nečistě. Opět jak již bylo zmiňováno v kazuistice č. 1.. Hlavními kompenzačními pomůckami je protiskluzová podložka, která brání posunu talíře po stole, talíř s vyvýšeným okrajem, popřípadě s nastavitelným okrajem na talíř a ergonomický přibor spolu s hrnkem, které má pítko. V rámci hygieny postačí protiskluzové podložky, sedáky do vany či sprchy, protože jedinec nemá stabilní stoj.

5. 5 Diskuse k pracovním hypotézám

1) Jedinci s těžkou mentální retardací, kteří využívají kompenzační a rehabilitační pomůcky jsou kladně ovlivněni na psychickém i fyzickém stavu.

Tato otázka byla řešena v dotazníkovém šetření pod číslem 6 a 7.

Na otázku č.6 „ Je patrné zlepšení fyzické kondice?“ odpovědělo ve zkoumaném prostředí Kaňka o.s., Kaňka o.p.s. 66% respondentů, že jedinci využívající pomůcky jsou kladně ovlivněni na fyzickém stavu. Otázka č. 7 řešila informaci, zda „Je patrné zlepšení psychické kondice?“. Na tuto informaci odpovědělo 67% respondentů. Dle dotazníku jsme mohli zjistit, že rehabilitační a kompenzační pomůcky více ovlivňují funkce psychické. Zvláštní aspekt, který stojí za zmínku je, že v obou otázkách vždy 3 dotazovaní respondenti nemohli posoudit psychický nebo fyzický stav jedince. Následkem by mohlo být, že přesně 54% respondentů má zkušenosti s prací u mentálně postižených jedinců do 5ti let.

Předpokládáme, že za zlepšením kvality vnímání a kladným vlivem na postiženého jedince ve zkoumaném prostředí je již zmiňovaná dostupnost, různorodost a využívání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek v daném stacionáři v otázce, jak bylo zmíněno v otázce č. 9 a č. 10. Rehabilitační a kompenzační pomůcky napomáhají zlepšení v rámci soběstačnosti, lokomoce a v sociální integraci. Ovlivňují tím kladně psychický a fyzický stav jedince. V tomto případě se hypotéza **potvrzuje**.

Zkoumané prostředí Dětské psychiatrické léčebny Opařany však hodnotí, že jedinci, kteří využívají pomůcky, bývají ovlivněni na fyzickém stavu. Toho se domnívá 14% všech dotazovaných. Rehabilitační a kompenzační pomůcky v kladné míře ovlivňují postižené jedince na psychickém stavu. Takto se shodlo celkem 47% respondentů. Nesmíme, pominou fakt, že se jedná někdy o závažnou a hlubokou psychiatrickou problematiku. Výsledky tímto můžou být zkresleny. Skutečnost, že ke zlepšení psychického stavu docházelo, jak se domnívá 47% dotazovaných, nemusí být ovlivněno pomůckami nýbrž medikací. Další pravděpodobností, která spěje k nepotvrzení hypotézy je podle dotazníkové otázky č.3 a č.4 nedostatek přístupu k rehabilitačním a kompenzačním pomůckám ve zkoumaném prostředí. Tím nelze pozorovat, zda při využívání pomůcek se kladně ovlivňuje stav postiženého jedince. Hypotéza se v tomto případě **nepotvrdila**.

2) Dostupnost a využití kompenzačních a rehabilitačních pomůcek ve zkoumaném prostředí je nedostatečné.

Tato otázka byla řešena v dotazníkovém šetření pod číslem 3 a 4.

Otázka č.3 ve znění „ Domníváte se, že dostupnost kompenzačních pomůcek je ve vašem zařízení dostačující?“. V Kaňce o. s., Kaňce o.p.s. hodnotí 87% dotazovaných a shodlo se, že v jejich zařízení při práci s mentálně postiženými mají dostatek kompenzačních pomůcek. Mnohem více se přiklání k faktu, že ve větší dostupnosti jsou rehabilitační pomůcky. Takto to vnímá 93% respondentů. Z toho vyplývá, že stacionář oceňuje na svém pracovišti dostatek rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. V Kaňce o. s., Kaňce o.p.s. se zaměřují převážně na tělesně a mentálně postižené jedince. Tento fakt by mohl být hlavním důvodem, proč hodnotí stav pomůcek v zařízení za dostačující. Tato hypotéza se v tomto případě **potvrdila**.

Dětská psychiatrická léčebna Opařany se v otázce „ Domníváte se, že dostupnost kompenzačních pomůcek je ve vašem zařízení dostačující?“ odpověděla, že přístup ke kompenzačním pomůckám je v každém případě nedostačující. Na tomto se shodlo 93% odpovídajících, to je 14 respondentů. Obdobně dopadly rehabilitační pomůcky. Na tvrzení dostupnosti rehabilitačních pomůcek se shodlo 60% respondentů a hodnotí

tak za nedostačující pro jejich potřeby. Ani jedna otázka se nám nepotvrdila. Domníváme se, že za tím negativním hodnocením může stát celkové zaměření instituce, nejedná se o stacionář pro tělesně a mentálně postižené, nýbrž o dětskou a dorostovou psychiatrii. Těžce mentálně postižení tam nemají takové velké procento zastoupení. Tímto se hypotéza **nepotvrzuje**.

3) *Využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek má kladný vliv při výuce a terapii.*

Tato otázka byla řešena v dotazníkovém šetření pod číslem 5.

Na otázku č.5 „ Domníváte se, že využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek má kladný vliv při výuce, terapii? “ 93% dotazovaných v Kaňka o. s., Kaňka o.p.s. se shodlo, že pokud využívají pomůcky při výuce a terapiích, jsou postižení jedinci kladně ovlivněni. Za tímto může stát i zjištěná skutečnost, že při své práci využívají velké množství různorodých rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, tím pádem mohou lépe ohodnotit stav jedince, který pomůcky využívá. Kdežto, pouze 53% respondentů z Dětské psychiatrické léčebny Opařany vyhodnotilo, že pomůcky spíše kladně ovlivňují výuku a terapii. Jak jsme zjistili, toto hodnocení může ovlivňovat skutečnost, že v tomto zdravotnickém zařízení není tak značné množství jedinců s těžkou mentální retardací. U těchto dvou zkoumaných souborů se hypotéza **potvrdila**.

4) *Edukují odborní pracovníci rodiče/pečující osoby o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách?*

Tato otázka byla řešena v dotazníkovém šetření pod číslem 5.

Celkem 87% všech dotázaných v Kaňka o. s., Kaňka o.p.s. podává informace o možnostech a využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek u těžce mentálně postižených jedinců. Z tohoto celkového počtu 60% podává informace nepravidelně, pouze dle potřeby. Vcelku zarážejícím je odpověď všech 15 respondentů v Dětské

psychiatrické léčebně Opařany, kteří neposkytují žádné informace ohledně pomůcek pro postižené jedince. Dané výsledky určitě ovlivnilo, že u většiny klientů o jejich zdravotní stav rodiče nebo pečující osoby nejeví zájem. Jsou často ze sociálně slabších rodin nebo pocházejí ze sociálních ústavů. Ke kontaktu respondent x rodič/pečující osoba téměř nikdy nedochází. Kdežto v prvním zkoumaném souboru jsou klienti umísťováni na žádost rodiny nebo pečující osoby. Domníváme se, že určitým prvkem zájmu o informovanost je aktuální stav jedince a účast rodiny nebo pečující osoby na blahu postiženého jedince. Využívání služeb edukace by mohlo umožnit zkvalitnění života postiženého jedince. Z tohoto důvodu je velmi důležité edukovat rodiče/pečující osoby o možnostech rehabilitačních a kompenzačních pomůckách.

Ve zkoumaném prostředí Kaňka o. s., Kaňka o.p.s. můžeme s jistotou říci, že se hypotéza **potvrdila**. Nikoliv tak nemůžeme učinit u Dětské psychiatrické léčebny Opařany, zde se hypotéza **nepotvrzuje**.

5.6 Praktická doporučení

Jako jedno z hlavních řešení bych navrhovala firmám, které nabízejí rehabilitační a kompenzační pomůcky, aby více pronikaly do sociální sféry v oblasti péče o tělesně i mentálně postižené jedince a větší měrou se angažovaly.

Vydvihla bych tady zde také myšlenku, že někdy nedostatek pomůcek nemusí znamenat pouze jejich nedostupnost, nýbrž neinformovanost pracovníka. Zařadila bych do vzdělávání zdravotníků a osobám pracujícím v sociální sféře více poradenství ohledně pomůcek. Dále také vzdělávací akce na téma rehabilitační a kompenzační pomůcky.

ZÁVĚR

Konečnou odpovědí na stanovený výzkumný problém „ Jaká je dostupnost, vliv a informovanost o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách u těžce mentálně postižených“ by byla odpověď vyplývající ze sloučení všech kategorií. Výsledkem mého zkoumání je tedy odpověď, že kompenzační pomůcka hraje v životě mentálně postižených osob nezastupitelnou roli a má jeden z největších vlivů na kvalitu jejich života. Jak jsem zjistila ve výzkumu rehabilitační a kompenzační pomůcky mají velmi dobrý vliv na psychický a fyzický stav jedince. Kladný vliv mají i při využití při výuce a terapii. K tomu, aby se tělesně a mentálně postižený člověk co nejlépe rozvíjel ve všech oblastech, vždy potřebuje vhodné prostředí, ve kterém se pohybuje a hlavně usnadňující pomůcky. Může se jednat o bezbariérové úpravy, vhodné kompenzační pomůcky, i dobré sociální vztahy, ale nejdůležitější a společné u všech těchto oblastí je, aby co nejvíce naplňovaly potřeby člověka.

V mé práci jsem se snažila zjistit, jaký podíl na celkové kvalitě života mentálně postižených mají rehabilitační a kompenzační pomůcky. Zjistit v jaké míře jsou využívány ve vybraných zařízeních. Z předešlých závěrů je patrné, že pro mé respondenty je to nenahraditelná věc, protože mají kladný vliv na těžce mentálně postiženého jedince, jak jsem zjistila z vyhodnocení dotazníků. Samozřejmě musím vzít za pravdu, že ne vždy se nám hypotéza potvrdila.

Z teoretické často mi vyplynulo, že na správný výběr rehabilitační a kompenzační pomůcky není nějaký univerzální návod, ale nejdůležitější jsou individuální potřeby jedince, na které by měl být v každém případě brán ohled. Každý jedinec je individuální a má jiné potřeby nebo přidružené onemocnění. Samozřejmě by se mohly zkoumat i další vlivy, které na těžce mentálně postiženého jedince působí, ale já jsem se cíleně zaměřila právě na kompenzační a rehabilitační pomůcky a to i z toho důvodu, že z mé zkušenosti vím, že mnoho osob ani neví, jaké možnosti vlastně kompenzační a rehabilitační pomůcky mají.

„řeknu vám, být blbcem není vůbec jednoduchý“

Forest Gump

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ČADILOVÁ, V. JŮN, H. THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN 987-7367-319-2.

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973. ISBN 08-051-73.

HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-303-X.

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

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

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

JONÁŠKOVÁ, V. *Dítě s poruchou mobility*. In. MÜLLER O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: VUP, 2001. ISBN 80-244-0231-9.

KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. Brno, 2011. 57-857-11

KRAUS, J. ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. Praha: SPN, 1975.

KRAUS, J. a kolektiv. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

LEDNICKÁ, I. *Zamyšlení nad problematikou mentálního postižení*. Speciální pedagogika č. 1, Praha: PedF UK, 2004. ISSN 1211-2720.

LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972.
260 s. ISBN08-025-72

LESNÝ, I. a ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*.
Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-04-22922-0.

MKN 10, nakladatelství BOMTON agency, s.r.o. 2008, ISBN-13: 978-80-904259-1-0

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

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. Brno: Tisk MSD, spol. s.r.o., 2., přeprac. a rozšířené vydání, 2010.
ISBN 978-80-210-5266-6

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PROCHÁZKOVÁ, M. *Mentální retardace* In VÍTKOVÁ M. a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ, J. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžkým mentálním postižením*, Praha: SEPTIMA, 1994, ISBN 80-85801-27-2

TROJAN, S., DRUGA, R., PFEIFFER, J., VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: GRADA, 1996. ISBN 80-7169-257-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání, rozšířené a přepracované. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum 2004. ISBN 80-246-0841-3.

VALENTA, M. *Psychopedie*. Praha: Porta, 2003. ISBN 80-902057-9-8.

VALENTA, M., MÜLLER O. *Psychopedie*. 1. vydání Praha: PARTA, s.r.o., 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VALOVÁ, H. *Nápadník: sborník informací a rad pro život s postižením*. Brno: Liga za práva vozičkářů, 2007.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

LECHTA, V., MATUŠKA O. *Rozvíjanie reči mentálne retardovaných detí raného a predškolského veku*. Bratislava: Avicenum, 1995b.

Seznam použitých internetových zdrojů

Angelman cz, Copyright © 1994-2012 [online] [citace 2013-01-23]. Dostupné na WWW: www.angelman.cz/index.php/zakladni

Alfabet, Alfa Human Service © 2012 - 2013. All Rights Reserved. 2012 [online] [citace 2013-02-23]

Dobromysl.cz, ISSN 1214-2017, Copyright © 2002-2012 Máme otevřeno?, o. s. [cit. 2013-02-17].

Dostupné na WWW: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1170>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) © WHO, © ÚZIS ČR [online] 2009-2012 [cit. 2013-02-17]. Dostupné na WWW: www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Copyright © 2002 - 2012 OKsystem s.r.o.
[online][cit. 2013-02-07]. Dostupné na WWW: www.mpsv.cz/cs/8

Protetika, © 2013 Protetika Plzeň s.r.o., [online][cit. 2013-03-011].
<http://www.protetika-plzen.cz/kalceotika-obecne/>

Protetika, © 2013 Protetika Plzeň s.r.o., [online][cit. 2013-03-011].
<http://www.protetika-plzen.cz/ortotika-obecne/>

Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation,
2001- [cit. 2013-02-1].

Dostupné na WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Léčebná_rehabilitace

Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation,
2001- [cit. 2013-03-10].

Dostupné: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Dotazník>

Zajištění metodiků a koordinátorů sociální péče o osoby tzv. sociálně nepřizpůsobivé,
[online] [cit. 2013-02-07]. Dostupné na WWW: projekty.osu.cz/metakor/dok/vyhlaska-182_1991.pdf

Seznam ostatních zdrojů

Vyhláška MPSV ČR č. 506/2006 Sb. Vyhláška, kterou se mění vyhláška
Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky č. 182/1991 Sb.,
kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní
rady o působnosti orgánu České republiky v sociálním zabezpečení,
ve znění pozdějších předpisů.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - charakteristika souboru Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	40
Tabulka č. 2 - charakteristika souboru DPL Opařany.....	40

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Typ zařízení Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	42
Graf č. 2 - Typ zařízení DPL Opařany.....	43
Graf č. 3 - Dostupnost kompenzačních pomůcek Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	44
Graf č. 4 - Dostupnost kompenzačních pomůcek DPL Opařany.....	45
Graf č. 5 - Dostupnost rehabilitačních pomůcek Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	46
Graf č. 6 - Dostupnost rehabilitačních pomůcek DPL Opařany.....	47
Graf č. 7 - Využití pomůcek při výuce a terapii Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	48
Graf č. 8 - Využití pomůcek při výuce a terapii DPL Opařany.....	49
Graf č. 9 - Zlepšení fyzické kondice Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	50
Graf č. 10 - Zlepšení fyzické kondice DPL Opařany.....	51
Graf č. 11 - Zlepšení psychické kondice Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	52
Graf č. 12 - Zlepšení psychické kondice DPL Opařany.....	53
Graf č. 13 - Podávání informací o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	54
Graf č. 14 - Podávání informací o rehabilitačních a kompenzačních pomůckách DPL Opařany.....	55
Graf č. 15 - Rehabilitační pomůcky Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	56
Graf č. 16 - Rehabilitační pomůcky DPL Opařany.....	57
Graf č. 17 - Kompenzační pomůcky Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	58
Graf č. 18 - Kompenzační pomůcky DPL Opařany.....	59
Graf č. 19 – Délka praxe s mentálně postiženými Kaňka o. s., Kaňka o.p.s.....	60
Graf č. 20 – Délka praxe s mentálně postiženými DPL Opařany.....	61

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B - Rehabilitační pomůcky.....	III
Příloha C - Kompenzační pomůcky.....	VIII

Příloha A – dotazník

1. Pracovní zařazení:

2. Jakého typu je Vaše zařízení?
 - a) s denním pobytem
 - b) s týdenním pobytem
 - c) s celoročním pobytem

3. Domníváte se, že dostupnost kompenzačních pomůcek ve vašem zařízení je dostačující?
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) neumím posoudit

4. Domníváte se, že dostupnost rehabilitačních pomůcek ve vašem zařízení je dostačující?
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) neumím posoudit

5. Domníváte se, že využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek má kladný vliv při výuce, terapii?
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) neumím posoudit

6. Je patrné zlepšení fyzické kondice?
 - a) ano
 - b) spíše ano

- c) spíše ne
- d) ne
- e) neumím posoudit

7. Je patrné zlepšení psychické kondice?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- f) neumím posoudit

8. Poskytujete rodičům /osobám pečující o klienta odborné informace ohledně rehabilitačních a kompenzačních pomůcek?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, nepravidelně dle potřeby
- c) neposkytuji vůbec

9. Jaké kompenzační pomůcky se Vám osvědčili jako nezbytné.

- a)
- b)
- c)
- d)

10. Jaké rehabilitační pomůcky se Vám osvědčili jako nezbytné.

- a)
- b)
- c)
- d)

11. Jaká je délka Vaší praxe s mentálně postiženými?

- a) do 5 let
- b) 5 – 14let
- c) 15 – 24 let
- d) 25 – 34 let
- e) nad 35

Příloha B – obrázky rehabilitačních pomůcek



Obrázek č. 1: Antidekubitní madrace pěnová



Obrázek č. 2: Antidekubitní madrace vzduchová



Obrázek č. 3: Antidekubitní chránič paty



Obrázek č. 4: Mezistehenní podložka



Obrázek č. 5: Antidekubitní prstenová podložka



Obrázek č. 6: Antidekubitní válcová podložka



Obrázek č. 7: Antidekubitní opěrka zádová do vozíku



Obrázek č. 8: Antidekubitní podložka do vozíku



Obrázek č. 9: Antidekubitní podložka polohovací na horní končetinu



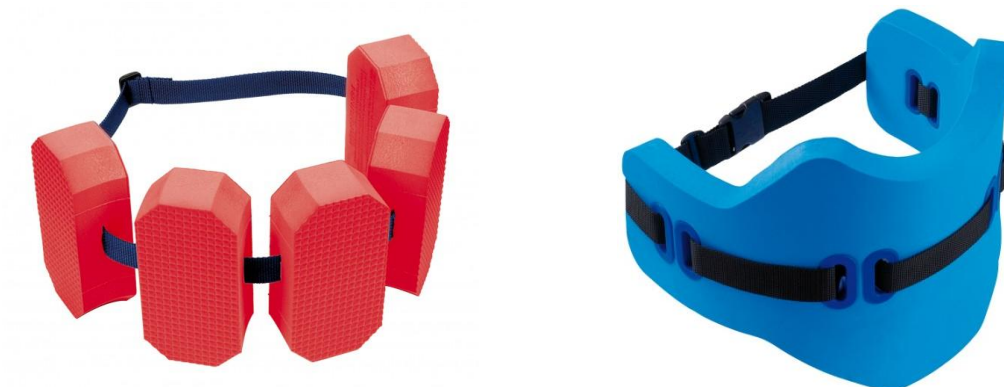
Obrázek č. 10: Zdravotní polštář



Obrázek č. 11: Zdravotní polštář PES z dutého vlákna



Obrázek č. 12: Overball, gymball, fyzioball



Obrázek č. 13: Plovací pás



Obrázek č. 14: Plovací límeček

Příloha C – obrázky kompenzačních pomůcek

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY



Obrázek č. 15: Berle



Obrázek č. 16: Chodítka čtyřkolové



Obrázek č. 17: Chodítko trojkolové



Obrázek č. 18: Zdravotní kočárek



Obrázek č. 19: Mechanický vozík odlehčený, polohovací



Obrázek č. 20: Mechanický vozík



Obrázek č. 21: Talíř s vyvýšeným okrajem



Obrázek č. 22: Vyvýšený okraj na talíř



Obrázek č. 23: Ergonomický hrnek s víčkem



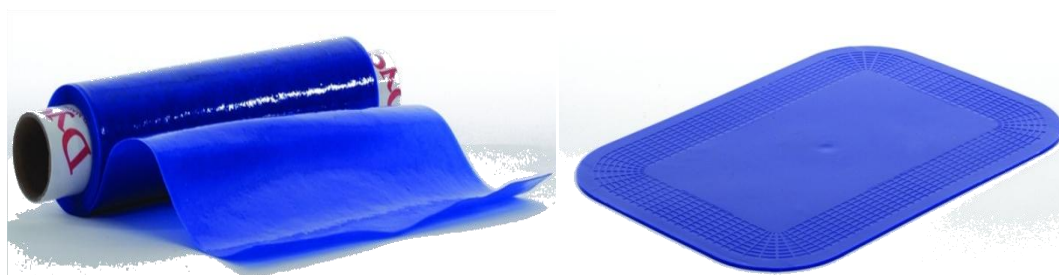
Obrázek č. 24: Ergonomický příbor



Obrázek č. 25: Fixační pásek



Obrázek č. 26: Půlič, drtič léků



Obrázek č. 27: Protiskluzová podložka



Obrázek č. 28: Vanička na mytí hlavy



Obrázek č. 29: Protiskluzová podložka do vany, sprchy



Obrázek č. 30: Zvedák pojízdný elektrický



Obrázek č. 31: Závěs na pojízdný zvedák



Obrázek č. 32: Sedák otočný



Obrázek č. 33: Podložka rolovací



Obrázek č. 34: Sedací nosítko



Obrázek č. 34: Schodolez



Obrázek č. 35: Polohovatelný psací stůl



Obrázek č. 36: Polohovatelná zdravotní židle



Obrázek č. 37: Pomůcka usnadňující psaní



Obrázek č. 39: Trojboký nástavec na tužku

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora:	Pavla Horáková
Obor:	Speciální pedagogika- vychovatelství
Forma studia:	Kombinovaná
Název práce:	Rehabilitační a kompenzační pomůcky pro těžce mentálně postižené
Rok:	2013
Počet stran textu bez příloh:	65
Celkový počet stran příloh:	16
Počet titulů české literatury a pramenů:	31
Počet internetových zdrojů:	10
Vedoucí práce:	PaedDr Stanislava Dyršmíková