



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Koordinovaná rehabilitace u klientů s roztroušenou
sklerózou**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Kristina Chlapcová

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

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem “Koordinovaná rehabilitace u klientů s roztroušenou sklerózou“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2019

.....

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Petře Zimmelové, Ph.D. za její vlídný přístup a metodickou pomoc při zpracování mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat Prof. RNDr. Aleši Pultrovi, DrSc. za pomoc s anglickým jazykem. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu, kterou jsem od nich měla při svém studiu.

Koordinovaná rehabilitace u klientů s roztroušenou sklerózou

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je „Koordinovaná rehabilitace u klientů s roztroušenou sklerózou“. Práce se zabývá informovaností o koordinované rehabilitaci a zkušenostmi klientů s koordinovanou rehabilitací. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká část koordinované rehabilitace je pro klienty nejpřínosnější. Dílčím cílem práce pak bylo zjistit, jak byli klienti o koordinované rehabilitaci informováni a která část koordinované rehabilitace je klienty podceňována. Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

Na začátku práce se věnuji současnému stavu diagnostiky a léčby roztroušené sklerózy. Dále i současnému stavu koordinované rehabilitace. Seznamuji s jednotlivými částmi koordinované rehabilitace a jejich využitím. U některých částí koordinované rehabilitace mluvím i o jejich právním vymezení.

Pro výzkum jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Sběr dat proběhl za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Respondenti byli vybráni postupem zvaným „sněhová koule“. Jedná se o typ vzorkování, kdy volba dalších respondentů probíhá na základě doporučení již zkoumaného jedince. Všichni respondenti byli diagnostikovaní pacienti s diagnózou roztroušené sklerózy, což bylo klíčové pro můj výzkum. V praktické části práce uvádím výsledky svého výzkumu. Tyto výsledky jsou v mé práci také diskutovány.

Z výzkumu vyplynulo, že informovanost o některých částech koordinované rehabilitace je velmi dobrá. Části, o kterých byli respondenti informováni více, jsou i respondenty více využívané. Informovanost o koordinované rehabilitaci jako celku je velmi malá. Nedochází tak k využití jejího plného potenciálu.

Práce může být využita jako zdroj informací pro klienty s roztroušenou sklerózou, jejich rodiny či pro pracovníky v jednotlivých částech koordinované rehabilitace. Výsledky práce lze použít jako pomůcku pro zlepšení informovanosti klientů o koordinované rehabilitaci.

Klíčová slova

Roztroušená skleróza; koordinovaná rehabilitace; informovanost; zkušenost; podcenění

Coordinated rehabilitation of clients with multiple sclerosis

Abstract

The topic of my Bachelor Thesis is the coordinated rehabilitation of clients with multiple sclerosis. I was concerned with the state of knowledge of this method and with the experience of clients with the procedures. The main goal was to learn which aspects of the coordinated rehabilitation are for the clients most profitable. Next, I endeavored to find out how the clients were informed on the method, and which of its parts were typically being undervalued. The text is divided into two parts: the theoretical one, and the report on the practical research.

The first part of the Thesis is devoted to the current state of diagnostics and medical treatment of multiple sclerosis, and then also to the state of the coordinated rehabilitation. The individual parts of the method are being discussed, and in some of them also the legal limits are mentioned.

In the field research I decided for the qualitative investigation strategy. My data collection was based on a semi-structured dialogue. The respondents were selected by the so called "snowball method": that is, the sampling of the next respondents was based on recommendations of the already questioned ones. It was essential that all the respondents had been already previously diagnosed for multiple sclerosis. In the practical part of the text I present and discuss the results of my research.

It has turned out that although some special parts of the procedure are well known (and also well exploited and generally used), the general knowledge of the method is very low. Thus, the full potential of the coordinated rehabilitation is not satisfactorily taken advantage of.

The Thesis can be used as a source of information for the clients with multiple sclerosis and for their families, and also for the people working in the individual stages of coordinated rehabilitation. The results can serve as an aid for enhancing the the knowledge of the clients.

Keywords

Multiple sclerosis; coordinated rehabilitation; state of knowledge; experience; undervaluation

OBSAH

| | |
|---|----|
| Obsah | 6 |
| Úvod..... | 8 |
| 1. SOUČASNÝ STAV | 9 |
| 1.1 Roztroušená skleróza | 9 |
| 1.2 Sociální aspekty roztroušené sklerózy | 12 |
| 1.3 Koordinovaná rehabilitace | 13 |
| 1.3.1 Složky koordinované rehabilitace..... | 13 |
| 1.3.2 Zdravotní (léčebná) rehabilitace | 14 |
| 1.3.3 Sociální rehabilitace..... | 17 |
| 1.3.4 Pracovní rehabilitace..... | 19 |
| 1.3.5 Předpracovní rehabilitace | 20 |
| 1.3.6 Pedagogická rehabilitace | 20 |
| 2. CÍL PRÁCE | 22 |
| 2.1 Cíle výzkumu | 22 |
| 2.2 Výzkumné otázky | 22 |
| 3. METODIKA | 23 |
| 3.1 Výzkumná strategie | 23 |
| 3.2. Metody a techniky získávání dat | 23 |
| 3.3 Charakteristika vybraného souboru | 25 |
| 3.4 Sběr a vyhodnocení dat..... | 25 |
| 4. VÝSLEDKY | 28 |
| 4.1 Povědomí o jednotlivých částech koordinované rehabilitace..... | 28 |
| 4.2 Záznamy narativních rozhovorů | 28 |
| 4.3 Zkušenosti s jednotlivými částmi koordinované rehabilitace..... | 32 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 4.3.1 Léčebná rehabilitace | 32 |
| 4.3.2 Sociální rehabilitace..... | 37 |
| 4.3.3 Pracovní rehabilitace..... | 38 |
| 4.3.4 Předpracovní rehabilitace | 38 |
| 4.3.5 Pedagogická rehabilitace | 39 |
| 4.4 Shrnutí výsledků | 39 |
| 5. DISKUZE | 41 |
| 6. ZÁVĚR | 47 |
| 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ | 50 |
| 8. SEZNAM TABULEK | 56 |
| 8. SEZNAM OBRÁZKŮ | 56 |
| 9. SEZNAM PŘÍLOH..... | 56 |
| 10. SEZNAM ZKRATEK | 59 |

ÚVOD

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě toho, že se problematika spojená s roztroušenou sklerózou dotýká mé rodiny. V roce 2007 byla tato nemoc diagnostikována mé matce. Od té doby jsem se začala o roztroušenou sklerózu více zajímat.

Když nám byla tato diagnóza oznámena, nikdo z rodiny pořádně nevěděl, co to je za nemoc. Párkrát jsem o nemoci slyšela, ale vlastně jsem i tak nevěděla, co si pod touto diagnózou představit. Začali jsme se tedy s nemocí seznamovat. Zjišťovali jsme možnosti léčby, medikace a rehabilitace.

Roztroušená skleróza mezi lidmi není tak známá jako jiné nemoci, u kterých hned člověk ví, co si pod názvem může představit. Je svým způsobem pro lidi tajemná. To je ale podle mě způsobeno hlavně tím, že se o nemoci moc nemluví, v posledních letech se ale tato situace zlepšila. O nemoci se více mluví jak mezi lidmi, tak v médiích. Již jsem v televizi zpozorovala několik pořadů zabývajících se roztroušenou sklerózou.

Informovanost je důležitá. Pokud budou lidé tuto nemoc lépe znát a stejně tak její příznaky, pomůže to včasné diagnostikovat další pacienty. Včasné zahájení léčby je důležitým faktorem pro další život pacienta. Spolu s koordinovanou rehabilitací může léčba diagnostikovanému člověku udržet vysokou míru soběstačnosti a kvality života.

V tom bych chtěla, aby byla nápomocná moje práce. Chci, aby lidé lépe poznali, jak mohou pomoci pacientům s roztroušenou sklerózou. Diagnostikovaní pacienti by v této práci mohli najít jakýsi „návod“, co dále mohou dělat a jaké služby využít po vyslechnutí diagnózy. V mé práci se zaměřím na naplňování koordinované rehabilitace u klientů s roztroušenou sklerózou. S pomocí koordinované rehabilitace mohou mít pacienti téměř stejně kvalitní život jako před nemocí.

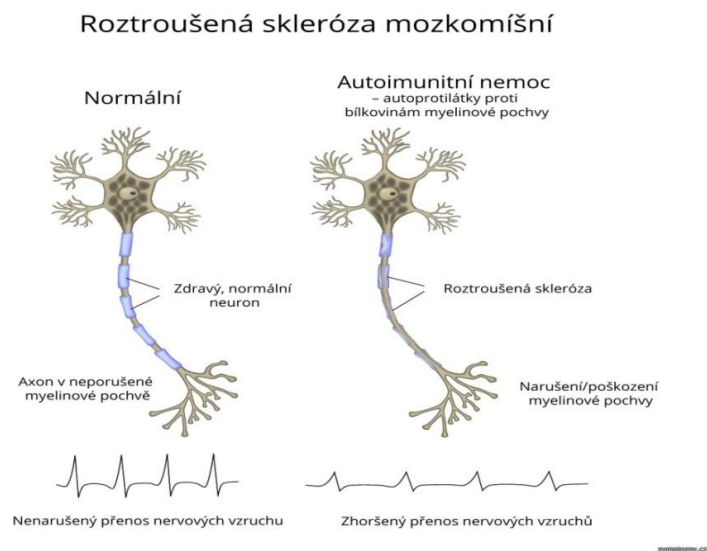
1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Roztroušená skleróza

Roztroušená skleróza je dle Volné (2012) neurologické autoimunitní onemocnění. Jedná se o postižení centrálního nervového systému. Volná (2012) dále uvádí, že autoimunitním zánětem jsou napadána nervová vlákna, čímž je omezena jejich funkčnost a dochází k ztenčování a postupnému rozpadu těchto vláken. S tím souhlasí i Havrdová (et al., 2013) a dodává, že je toto onemocnění podobné encefalitidnímu onemocnění, s rozdílem toho, že RS způsobuje reakce imunitního systému a není zaměřena proti vyvolavateli z vnějšího prostředí.

Rosti-Otajärvi a Hämäläinen (2014) ji definují jako demyelinizační onemocnění. Dle výzkumů Rosti-Otajärvi a Hämäläinena (2014) jsou jejími hlavními znaky rozsáhlá poškození neuronů (nervových buněk) a změny šedé hmoty mozkové. Dále Rosti-Otajärvi a Hämäläinen (2014) uvádějí, že u pacientů se následkem toho často objevují kognitivní poruchy, které jsou jedním z hlavních symptomů nemoci. Kognitivní dysfunkce se objevují dle Rosti-Otajärvi a Hämäläinena (2014) u přibližně 50 – 60 % pacientů a tyto problémy mohou mít dopad na každodenní život klienta a měli by být zohledněny při rehabilitaci.

Obr. 1 Narušení neuronů při onemocnění RS



Zdroj: Knotková (© 2009-2017)

S těmito definicemi se shoduje i Dian He (et al., 2013), který RS popisuje jako chronickou, imunologickou, demytilizační a neurodegenerativní poruchu centrální nervové soustavy a uvádí i souvislost mezi demyelinizací neuronálních buněk a poruchami kognitivních funkcí.

Historie

Až do středověku nemáme o nemoci žádné doklady, i když životopisy svatých občas obsahují zprávy o navrácení zraku, ale chybí další informace, které by diagnózu RS potvrdily (Havrdová et al., 2013). Popisem roztroušené sklerózy by mohl být případ svaté Lidwiny ze Schiedamu, který obsahuje zprávy o přechodné ztrátě zraku, poruchách hybnosti a citlivosti (Havrdová et al., 2013).

Havrdová (et al., 2013) dále zmiňuje, že v polovině 20. stol. Sylvia Lawry (1916 – 2001) po smrti svého bratra s diagnózou roztroušené sklerózy, kolem sebe shromažďuje okruh lidí, kteří chtějí podpořit výzkum roztroušené sklerózy. Přizvali odborníky a založili Association for the Advancement of Research of Multiple Sclerosis (Havrdová et al., 2013).

Dle Havrdové (et al., 2013) je jedním z největších přínosů pro diagnostiku objev magnetické rezonance, která se při diagnostice roztroušené sklerózy používá od roku 1981 a dodnes je nenahraditelným nástrojem pro výzkum i rutinní praxi.

Epidemiologie RS

Epidemiologie nemoci jak říká Havrdová (et al., 2013) poskytuje základní fakta o chování a výskytu nemoci a dle jejích dat stoupá počet nemocných na počet obyvatel. Nárůst je podle ní jak uvádí Havrdová (et al., 2013) zapříčiněn zlepšením diagnostiky nemoci, vyšetřovacích metod, vyšší ostražitosti lékařů k nemoci i samotným zvýšením výskytu nemoci.

Jak uvádí Preiss (Přikrylová Kučerová, 2006) v České republice se objevuje přibližně 1 případ onemocnění RS na 1000 obyvatel. S tím souhlasí i Havrdová (et al., 2013), která uvádí stejné číslo, tedy 1 nemocný klient s RS na 1000 obyvatel. Nemoc začíná dle Havrdové (et al., 2013) nejběžněji mezi 20. až 40. rokem a jedná se o nejčastější příčinu invalidity mladých lidí. Preiss (Přikrylová Kučerová, 2006) uvádí, že onemocnění je dvakrát častější u žen než u mužů. Častější výskyt u žen potvrzuje

i ReMus (Pravidelný výstup z registru ReMus, 2017), který udává, že žen s diagnózou RS je 72 %. Dle ReMusu (Výskyt onemocnění, 2017) je v České republice kolem 17 000 pacientů s diagnózou RS.

Příznaky RS

K projevům nemoci dle Mlčocha (2008) patří bolesti za okem s možností dočasné ztráty zraku, poruchy zraku při čtení či dvojité vidění. Dále Mlčoch (2008) uvádí sníženou pohyblivost způsobenou výpadkem svalových skupin, či mravenčení celého těla. To potvrzuje i Nadační fond Impuls (2016), který udává jak nejčastější příznaky postižení zraku, sensitivní poruchy, motorické poruchy – poruchy hybnosti, mozečkové poruchy – poruchy rovnováhy, únavu a psychické problémy.

Scolding (2001) upozorňuje i na sexuální poruchy u klientů s RS. Klient s RS může trpět depesemi a snižuje se i jeho sebedůvěra, což může mít za následek sexuální dysfunkci.

Tab. 1 Počáteční problémy a poruchy současného stavu

| Symptomy | Počáteční symptomy (%) | Poruchy současného stavu (%) |
|------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Poruchy balancu | 41,28 | 88,07 |
| Zrakové postižení | 40,91 | 47,71 |
| Brnění, necitlivost | 37,27 | - |
| Nadměrná únava | 34,55 | 77,98 |
| Spasticita (svalové napětí) | 13,64 | 61,47 |
| Třes, chvění | 8,18 | - |
| Poruchy nálady | 8,18 | - |
| Nevzpomínám si | 6,38 | - |
| Parastézie (píchání, pálení...) | - | 62,39 |
| Dysfunkce močového měchýře a střev | - | 69,72 |
| Sexuální poruchy | - | 36,7 |
| Nesnášenlivost tepla | - | 46,79 |
| Poruchy řeči | - | 33,94 |

Zdroj: Rosiak, Zagoždžon, 2017

Této studii, kterou ve své práci popisují Rosiak a Zagoždžon (2017) se zúčastnilo 110 lidí. Z tohoto počtu bylo dle Rosiaka a Zagoždžona (2017) 67 žen a 43 mužů. Dle

výzkumu Rosiaka a Zagożdżona (2017) jsou nejčastějšími počátečními problémy u klientů s RS poruchy balancu, zraková postižení a brnění či necitlivost.

Diagnostika RS

Jak uvádí Volná (2012) aktuálně pro diagnostiku roztroušené sklerózy platí revidovaná McDonaldova kritéria z roku 2010. Dle daných kritérií (Volná, 2012), lze roztroušenou sklerózu diagnostikovat hned po první atace nemoci a k diagnostice se používá magnetická rezonance mozku. Volná (2012) říká, že na magnetické rezonanci jsou vidět ložiska aktivního či prodělaného zánětu tzv. plaky. S použitím McDonaldova kritéria souhlasí i Havrdová (et al., 2013). Použití těchto kritérií spolu s MR pomáhají spolehlivěji diagnostikovat RS. MR považuje Havrdová (et al., 2013) za stěžejní diagnostickou metodu při diagnostice RS.

Volná (2012) dále zmiňuje používání lumbální punkce, což je odběr mozkomíšního moku vpichem z oblasti bederní páteře, k diagnostice RS. Havrdová (et al., 2013) tuto metodu také popisuje. Peréz-Cerdá (et al., 2016) uvádí, že progres nemoci je spojen s neurologickými dysfunkcemi, tedy zhoršením příznaků nemoci u klienta.

1.2 Sociální aspekty roztroušené sklerózy

Dle Havrdové (et al., 2013) každé onemocnění, které je nevléčitelné, narušuje běžný život klienta a jeho okolí. Roztroušená skleróza v tomto ohledu dle Havrdové (et al., 2013) není jiná a situace je o to závažnější, že v průběhu nemoci narůstá neurologický deficit a naopak klesá soběstačnost klienta.

Klient a rodina

Havrdová (et al., 2013) uvádí, že problémy spojené s nemocí ať už psychické či fyzické, se nakonec odráží v kvalitě života klienta. Kvalita života dle Havrdové (et al., 2013) klientů s roztroušenou sklerózou je nižší než u většiny populace.

Dle Nadačního fondu Impuls (2016) se s novou životní situací musí vyrovnat nejen nemocný ale i celá jeho rodina, i těm by měla být přístupná psychoterapeutická pomoc. Pacient bez pochopení se podle Nadačního fondu Impuls (2016) začne stahovat do sebe a mohla by se objevit agrese. Havrdová (et al., 2013) k tomuto dodává, že nemocní s diagnózou RS častěji ztrácejí partnera a rodinu a to může být zapříčiněno právě

nevyrovnáním se s novou životní situací. Neřešená situace může dle Havrdové (et al., 2013) vést ke ztrátě rodinného zázemí a rozpadu rodiny a nepříznivá rodinná situace může mít za následek zrychlení průběhu nemoci.

Společnost

Často je dle Havrdové (et al., 2013) roztroušená skleróza považována za nemoc starých a zapomětlivých lidí a často dochází i k špatné diagnostice u praktických lékařů, což je také problémem. Zásadní je dle Havrdové (et al., 2013) proto obecná osvěta o povaze nemoci.

1.3 Koordinovaná rehabilitace

Jak uvádí Bruthansová (Jeřábková, 2012) koordinovaná rehabilitace zdravotně znevýhodněných osob je opakující se téma posledních deseti let. Koordinovaná rehabilitace se skládá dle Bruthansové (Jeřábková, 2012) z rehabilitace léčebné, sociální, pracovní a pedagogické. Bruthansová (Jeřábková, 2012) dále poukazuje na to, že se všechny tyto složky mezi sebou prolínají.

Dle Votavy (2003) se od 19. století setkáváme s pojmem rehabilitace. Dle Růžičkové (2005) se význam a chápání pojmu od jeho uvedení v 19. století změnilo. Růžičková (2005) uvádí, že dnes má širší význam a zahrnuje tak rozsáhlejší cíle. Votava (2003) také uvádí, že poprvé byla rehabilitace definována Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1969.

Dle OSN (Manuál ucelené péče na území Prahy pro lidi po poškození mozku, 2011) je koordinovaná rehabilitace proces, který se snaží, osobám se zdravotním postižením poskytnou možnosti pro změnu jejich života a vyvarovat se závislosti na jiných osobách.

1.3.1 Složky koordinované rehabilitace

Jak jsem již zmínila, dle Bruthasové (Jeřábkové, 2012) se koordinovaná rehabilitace skládá ze čtyř hlavních složek a to rehabilitace *zdravotní (léčebné), sociální, pracovní a pedagogické*. Tomuto rozdělení dle Bruthasové (Jeřábkové, 2012) se chci ve své práci

dále věnovat podrobněji. Toto dělení používá i Jesenský (1995). Novosad (in Ludíková, 2005) oproti tomu člení rehabilitaci na zdravotní, psychologickou, sociální, pedagogickou, rodinnou, pracovní a volnočasovou.

Cílem zdravotnictví by měla být dle WHO (2017) komplexní rehabilitace, kdy je pracovník schopen pomoci v různých odvětvích rehabilitace. Dle WHO (2017) by měla být snaha o to, aby pracovníci byli multi-disciplinární a mohli klientovi zabezpečit tu nejlepší možnou pomoc.

1.3.2 Zdravotní (léčebná) rehabilitace

Neubauerová (et al., 2012) říká, že se jedná o soubor postupů a technik patřících jak do rehabilitace, tak do oblasti diagnostiky a terapie a cílem je odstranit či zmírnit klientovy problémy. Jesenský (Jankovský, 2005) rozděluje zdravotní rehabilitace dle Pfeiffera a Votavy na vertikální, která vede k návratu k lepšímu zdravotnímu stavu a na horizontální, jejíž charakter je chronický. Dle Koláře (2010) se při včasném poskytnutí léčebné rehabilitace do původního zdravotního stavu vrátí až 1/3 pacientů.

Legislativní vymezení léčebné rehabilitace

Rehabilitační péče je zakotvena v zákoně 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. V §5 zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování nalezneme definování léčebně rehabilitační péče. Zákon 372/2011 Sb. říká, že je to péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení pacientových fyzických, řečových, poznávacích a dalších funkcí, popřípadě zpomalení či ukončení nemoci a stabilizace jeho stavu.

Financování

Zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění definuje pojištěnce (plátce pojistného), jeho práva a povinnosti, síť poskytovatelů zdravotních služeb i podmínky poskytování hrazených služeb. Léčebná rehabilitační péče je, dle zákona 48/1997 Sb., hrazena pokud je nezbytnou součástí léčby a doporučil ji ošetřující lékař.

Fyzioterapie

Můžeme ji dle NHS choices (2016) využít při problémech kostí, kloubů a měkkých tkání (bolest zad, sportovní zranění, problémy s hybností končetin atd.), při problémech

s mozkiem či CNS (RS, Parkinson atd.), onemocnění srdce a srdečního oběhu. Lenský (1996) uvádí, že fyzioterapie je pro klienty s RS velmi významnou pomocí.

Vyhláška 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb definuje, že fyzioterapii může ambulantně poskytovat fyzioterapeut způsobilý k výkonu tohoto povolání bez odborného dohledu či fyzioterapeut se specializovanou způsobilostí k provádění tohoto povolání bez odborného dohledu.

Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních dále specifikuje potřebné vzdělání pro výkon povolání fyzioterapeuta.

Hipoterapie

Česká hiporehabilitační společnost (2016) charakterizuje hipoterapii jako fyzioterapeutickou metodu, při které se využívá hřbet koně pro nácvik a obnovu pohybů klienta, kdy výhodou je možnost na koňském hřbetě být ve dvou (terapeut a klient), což umožňuje hipoterapii využít i u miminek či seniorů.

Canisterapie

Cicholesová (et al., 2006) canisterapii popisuje jako psychoterapeutickou metodu založenou na interakci klienta a speciálně cvičeného psa, kdy canisterapie se zaměřuje spíše na emoční a psychickou pohodu klienta než na jeho fyzické zlepšení stavu.

Podstatu přehledu o této terapii pro terapeuta vyzdvihují Stančíková a Šabatová (2012). V současnosti zažívá dle Stančíkové a Šabatové (2012) tento typ terapie rozkvět a zájem o canisterapii stoupá a s tím i informovanost o ní.

Arteterapie

Česká arteterapeutická asociace (2017) definuje arteterapie jako terapii využívající výtvarný projev klienta k poznávání či ovlivňování jeho psychiky, kdy tento postup by měl vést k redukci klientových psychických problémů. Výtvarné aktivity podporují dle České arteterapeutické asociace (2017) zdraví a tvořivost klientů a její využití můžeme najít i v prevenci či následné péči.

Muzikoterapie

Jak uvádí Kantor (© 2007–2011) muzikoterapeut díky hudební improvizaci, může navázat komunikaci i s vážně postiženým klientem a hudební improvizace má diagnostické i terapeutické využití. Do muzikoterapie řadí Kantor (© 2007–2011) i zpěv či poslech hudby.

Psychoterapie

Kratochvíl (2002) ji popisuje jako léčebné působení psychologickými prostředky, kdy mezi ně řadí např. slova, rozhovor, neverbální komunikaci, terapeutický vztah s klientem či interakce skupiny a terapeut se snaží o odstranění či zmírnění potíží klienta. Kratochvíl (2002) dále uvádí, že k provádění psychoterapie je třeba speciálního výcviku před prováděním praxe.

Kratochvíl (2002) dělí psychoterapii na typy, dle jejich cílů:

- a) Podpůrná terapie – využití v rodinné terapii, překonání stresu, zvládání klientových rolí
- b) Terapie zaměřená na symptomy – snaha o zmizení symptomů psychické poruchy, kognitivně behaviorální terapie, krizová intervence
- c) Terapie rekonstrukční a integrační – dlouhodobým působením vedeme klienta ke změně jeho osobnosti

Ergoterapie

Česká asociace ergoterapeutů (2008) popisuje ergoterapii jako úsilí o přetrvání a využití schopností klienta pro zvládání každodenních činností, kdy ergoterapie může být použita u klientů kteréhokoliv věku či postižení. Snaží se dle České asociace ergoterapeutů (2008) o co možná největší soběstačnost jedince za pomoci poradenství, nácviku dovedností nebo přizpůsobení prostředí, ve kterém klient žije, je klientovi usnadňováno zvládání běžných činností.

Dle vyhlášky 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb může ambulantně tuto službu provádět ergoterapeut způsobilý k výkonu tohoto povolání bez odborného dohledu či ergoterapeut se specializovanou způsobilostí k provádění tohoto povolání bez odborného dohledu.

Zákon 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních dále specifikuje potřebné vzdělání pro výkon povolání ergoterapeuta.

Lázeňská rehabilitační péče

Dle zákona 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění je lázeňská rehabilitační péče výhradně poskytována jako následná lůžková péče ve zdravotnickém zařízení nebo jako příspěvková lázeňská rehabilitace.

Zákon č. 164/2001 Sb. o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech udává podmínky pro užívání přírodních zdrojů k léčebným účelům. Udává, za jakých podmínek je možné označit místo za místo přírodních léčivých zdrojů.

1.3.3 Sociální rehabilitace

Jankovský (2006) uvádí, že sociální rehabilitace patří mezi celoživotní formu rehabilitace. Votočková (2016) ji definuje jako prohlubování osobnostních schopností jedince ve vztahu k přirozenému prostředí, a to zejména v oblasti práce schopnosti a kulturního života klienta. Nugentová (2013) charakterizuje sociální rehabilitaci jako způsob dosažení vyšší úrovně společenského fungování u lidí se zdravotním znevýhodněním.

Sociální rehabilitace jako sociální služba

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách mluví o sociální rehabilitaci §70 tohoto zákona jako o sociální službě, kdy tato služba má pomoci osobám se sociálním začleněním a měla by předcházet problematice sociální exkluze. Pomoc je dle zákona 108/2006 Sb. určena lidem se zdravotním znevýhodněním, v krizové sociální situaci, se způsobem života konfliktního vůči společnosti či z důvodů věku klienta. Dále zákon 108/2006 Sb. uvádí, že může být poskytována formou ambulantní či terénní nebo formou služby v sociálně rehabilitačním zařízení. Dále službu sociální rehabilitace upravuje vyhláška 505/2006 Sb.

Základní činnosti služby dle vyhlášky 505/2006 Sb.:

Základní činnosti ambulantní a terénní služby Sociální rehabilitace

- a) nácvik schopností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnost a činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Základní činnosti pobytové služby Sociální rehabilitace

- a) poskytnutí ubytování
- b) poskytnutí stravy
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Financování sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách:

- a) bez úhrady
- b) za částečnou úhradu
- c) za plnou náhradu nákladů

Sociální práce

Mühlpachr (2006) definuje sociální práci jako domluvený kontakt sociálního pracovníka s klientem a její součástí je jednání s klienty a jejich vedení na základě vědomostí a zkušeností sociálního pracovníka.

Michalík (et al., 2008) uvádí, že sociální pracovník musí rozpoznat klientovi problémy a najít postupy jak je řešit. Dle Michalíka (et al., 2008) je také důležité podporovat klientovu sebedůvěru a kladnou sebereflexi.

Jak uvádí Piňosová (2005), sociální pracovník provází klienta jeho sociální terapií, je jeho rádcem a konzultantem, řeší s klientem jeho problémy a pomáhá mu nalézt cestu k jejich vyřešení.

Průběh sociální rehabilitace

Průběh dle Michalíka (et al., 2008):

- a) Seznámení s klientem. Sociální pracovník získává první informace o klientovi a důvod vyhledání služby.
- b) Zjištění klientova problému, získávání důvěry klienta – pro sociálního pracovníka je tato část stěžejní.
- c) Stanovení cílů klienta, postupy k jejich dosažení s ohledem na možnosti klienta.
- d) Rozhodnutí klienta ohledně postupů k dosažení cílů.
- e) Podpora klienta sociálním pracovníkem.

1.3.4 Pracovní rehabilitace

Zaměstnání dle Mareše (1994) hraje velkou roli při vymezení našeho postavení ve společnosti, vzdělání chápeme jako přípravu na zaměstnání a nezaměstnanost je brána jako negativní faktor našeho života.

Asociace pracovní rehabilitace ČR (2016) popisuje pracovní rehabilitaci jako aktivitu cílenou na získání a udržení zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kdy tuto službu na základě žádosti zabezpečuje Úřad práce ČR.

Dle Asociace pracovní rehabilitace ČR (2016) zahrnuje:

- a) Poradenství cílená na výběr povolání.
- b) Teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání.
- c) Zprostředkování, udržení či změnu zaměstnání.
- d) Pomoc s vytvoření správných podmínek pro zaměstnání.
- e) Ergodiagnostické vyšetření – zjištění co klient se svým zdravotním postižením zvládne dělat, jaké je jeho možné uplatnění v rámci zaměstnání.

Úřad práce ČR (2016) popisuje pracovní rehabilitaci jako činnost zabývající se získáním a udržením vhodného zaměstnání osob se zdravotním postižením, kdy tuto činnost vykonává Úřad práce ČR na základě žádosti a je zaměřena hlavně na poradenství ohledně volby povolání, teoretickou i praktickou přípravu pro povolání či změnu povolání.

Pracovní rehabilitace je také právně ošetřena kdy o pracovní rehabilitaci mluví zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Dále je důležitá vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti § 69 popisuje pracovní rehabilitaci jako souvislou činnost zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením.

Vyhláška č. 518/2004 Sb., obsahuje pokyny pro sestavení individuálního plánu klienta, náklady hrazené Úřadem práce, charakteristiku chráněného pracovního místa a chráněné pracovní dílny.

Matoušek (et al., 2007) uvádí možnost práce v denních centrech a klubových zařízeních, kde mohou dobrovolně pracovat. Další možností dle Matouška (et al., 2007) jsou rehabilitačně chráněné dílny, kde mohou klienti pracovat za motivační finanční odměnu.

1.3.5 Předpracovní rehabilitace

Jak uvádí Votava (et al., 2003) předpracovní rehabilitace se zabývá zařazením jedince v produktivním věku se zdravotními problémy do pracovního procesu, kdy zařazen může být na běžné pracovní místo či na chráněné nebo podporované pracoviště a spadá sem i ergodiagnostika, která je ovšem také v kompetenci léčebné rehabilitace a je tedy hrazena ze zdravotního pojištění.

Dle Pfeiffera (2001) by měli být nejprve posouzeny možnosti pracovního zařazení zdravotně znevýhodněného člověka, pomocí ergodiagnostického hodnocení.

1.3.6 Pedagogická rehabilitace

Jak uvádí Votava (2003), pedagogická rehabilitace není nijak vymezena v naší legislativě a u osob se zdravotním postižením by měla probíhat celoživotně, avšak v dětství a dospívání je nejdůležitější a nejvýznamnější. Při jejím provádění jsou dle Votavy (2003) používány techniky a metody, které přispívají k výchovnému a vzdělávacímu působení na tyto osoby. Dále Votava (2003) poukazuje na vysoké propojení pedagogické rehabilitace na další složky koordinované rehabilitace, kdy

pokud spolu jednotlivá odvětví koordinované rehabilitace spolupracují, dosahují větší efektivity. Cílem pedagogické rehabilitace stanovuje Votava (2003) co nejvyšší stupeň vzdělání zdravotně postižených osob s návazností na jejich možnosti a stupeň jejich postižení.

2. CÍL PRÁCE

2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem mé práce je zjistit, jak jsou u klientů s RS naplňovány jednotlivé složky koordinované rehabilitace.

Dílčím cílem práce je zjistit, jak jsou klienti o koordinované rehabilitaci informováni.

2.2 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní: „Jaká součást koordinované rehabilitace je dle respondentů nejprínosnější?“

Dílčí výzkumná otázka: „Jaká součást koordinované rehabilitace je dle respondentů podceňována?“

Dílčí výzkumná otázka: „Kde a jak byli klienti seznámeni s jim známou částí koordinované rehabilitace?“

3. METODIKA

3.1 Výzkumná strategie

V mé práci pro zjištění potřebných dat použiji kvalitativní výzkumnou strategii.

Kvalitativní výzkum byl dle Hendla (2008) dříve používán spíše jako doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií. Dnes jak uvádí Hendl (2016) je ovšem rovnocennou výzkumnou strategií. Dle Hendla (2016) neexistuje obecný způsob, jak pracovat a tvořit tento typ výzkumu. Dále uvádí Hendl (2008), že si výzkumník na začátku vybere téma a stanoví základní výzkumné otázky. Kvalitativní výzkum je dle Hendla (2016) označován jako pružný typ výzkumu a to na základě možnosti měnit či upravovat výzkumné otázky v průběhu výzkumu, což je velkou předností tohoto výzkumu.

Reichel (2009) popisuje kvalitativní výzkum jako škálu různých postupů vycházejících z principiálního základu zkoumání určitého prvku či fenoménu apod. v jeho co nejpřirozenějších podmínkách. Snahou je dle Reichel (2009) daný prvek pochopit a vytvořit jeho komplexní obraz.

Nevýhodou kvalitativního výzkumu je dle Hendla (2008) možnost problémového zobecnění výzkumu, ovlivnění dat výzkumníkem či časová náročnost kvalitativního výzkumu. Dále Hendl (2016) uvádí, že výzkumník pracuje v terénu, sběr a analýza dat probíhají společně a v případě potřeby dalších dat výzkumník ve sběru a analýze dat pokračuje.

3.2. Metody a techniky získávání dat

Pro sběr dat využiji techniku kvalitativního dotazování. Využiji k tomu polostandardizovaného (polostrukturovaného) rozhovoru. Pro lepší vyhodnocení odpovědí respondentů mi pomohl předem připravený seznam otázek. Tuto pomůcku jsem si připravila před tím, než jsem začala realizovat rozhovory s respondenty.

Jak uvádí Hendl (2016), tento typ dotazování má danou jistou osnovu, ale zároveň je při něm možnost velké pružnosti při získávání informací od respondenta. Tazatel se dle

Hendla (2016) během něj může doptávat na věci, které mají podle něho souvislost s tématem a přitom nejsou obsaženy v připravených otázkách a osnově k rozhovoru.

Polostrukturovaný rozhovor

Pro tento typ rozhovoru využiji šablony, kterou si vytvořím pro pokládání otázek respondentům. Jak uvádí Hendl (2016), je to způsob jakým se tazatel ujistí, že se nezapomene zeptat na otázky, které jsou pro něj důležité. Dále Hendl (2008) uvádí, že je na tazateli, v jakém pořadí získá požadované informace a zůstává možnost upravovat formulace otázky dle dané situace. Strukturizace otázek dle Hendla (2016) pomáhá také ve srovnání jednotlivých odpovědí od různých respondentů.

Problémy ve výzkumu

Kvalitativním výzkumem získáváme hlubší a detailnější data, ovšem od malého počtu respondentů a tímto faktem je ovlivněno to, že generalizace výsledků výzkumu je problematická (Disman, 2000).

Hendl (2016) uvádí, že výsledky výzkumu mohou být ovlivněna osobou výzkumníka. Ten může být dle Hendla (2016) ovlivněn svými zkušenostmi, názory či teoriemi a tuto skutečnost pak vnáší do svého výzkumu. Touto skutečností je ovšem validita jeho výzkumu ovlivněna a může tento výzkum zkreslovat (Hendl, 2016). V mém případě může být jako překážka bráno to, že moje maminka má také diagnostikovanou roztroušenou sklerózu. Vím tedy o tom, jaká je její informovanost o koordinované rehabilitaci a dalších věcech, které ve mém výzkumu řeším a tím by moje osoba mohla být ovlivněna.

Jak uvádí Disman (2000), může se objevit zkreslení výzkumu i samotnými respondenty. Lidé mají dle Dismana (2000) tendenci prezentovat svoji osobu jak nejlépe to jde a proto mohou upravovat své odpovědi. Dále Hendl (2016) uvádí problém se sdělováním informací, kdy někteří lidé mohou mít problém sdělovat informace, když ví, že tyto informace budou zveřejněny. Důležitou částí mého výzkumu se tedy stala ochrana soukromí respondentů. Všichni respondenti byli před i během rozhovoru několikrát ujistěni o anonymitě jejich odpovědí. Po tomto ujistění a procházení odpovědí respondentů jsem přesvědčena, že k tomuto problému nedošlo. Snažila jsem se pracovat na důvěře respondentů v moji osobu a myslím si, že se mi to podařilo. Respondenti

odpovídali na mé otázky bez větších problémů. Působili klidně, otevřeně a uvolněně, což na mě dělalo kladný dojem. A i díky tomu si myslím, že ke mně byli upřímní.

3.3 Charakteristika vybraného souboru

Ve výzkumu jsem pracovala s jednotlivci a porovnávala jejich odpovědi, abych zjistila informace potřebné pro moji práci. Všichni zúčastnění jsou diagnostikovaní pacienti s roztroušenou sklerózou, a to déle než 3 roky. Jsou v produktivním věku. Respondenti navštěvují stejné specializované pracoviště pro léčbu RS. Při výběru vzorku jsem se řídila postupem zvaným „sněhová koule“. Jak uvádí Hendl (2008), jde o typ vzorkování, kdy volba dalších respondentů probíhá na základě doporučení již zkoumaného jedince. Od respondentů jsem informace získávala formou rozhovorů a polostandardizovaného dotazování.

Tab. 2 Charakteristika respondentů

| Respondent | Pohlaví | Zkušenost s KR |
|-------------------|----------------|---|
| R1 | Žena | Léčebná a pracovní rehabilitace |
| R2 | Žena | Léčebná rehabilitace |
| R3 | Žena | Léčebná a pracovní rehabilitace |
| R4 | Muž | Léčebná, pracovní a sociální rehabilitace |
| R5 | Muž | Léčebná rehabilitace |
| R6 | Žena | Léčebná rehabilitace |

Zdroj: vlastní výzkum, zkratka KR – koordinovaná rehabilitace

3.4 Sběr a vyhodnocení dat

Při začátku mého výzkumu jsem oslovila člověka, o kterém jsem věděla, že je diagnostikován s RS. Požádala jsem o rozhovor určený k výzkumu pro mou bakalářskou práci. Dotázaný mou žádost přijal a já mohla začít s prvním rozhovorem.

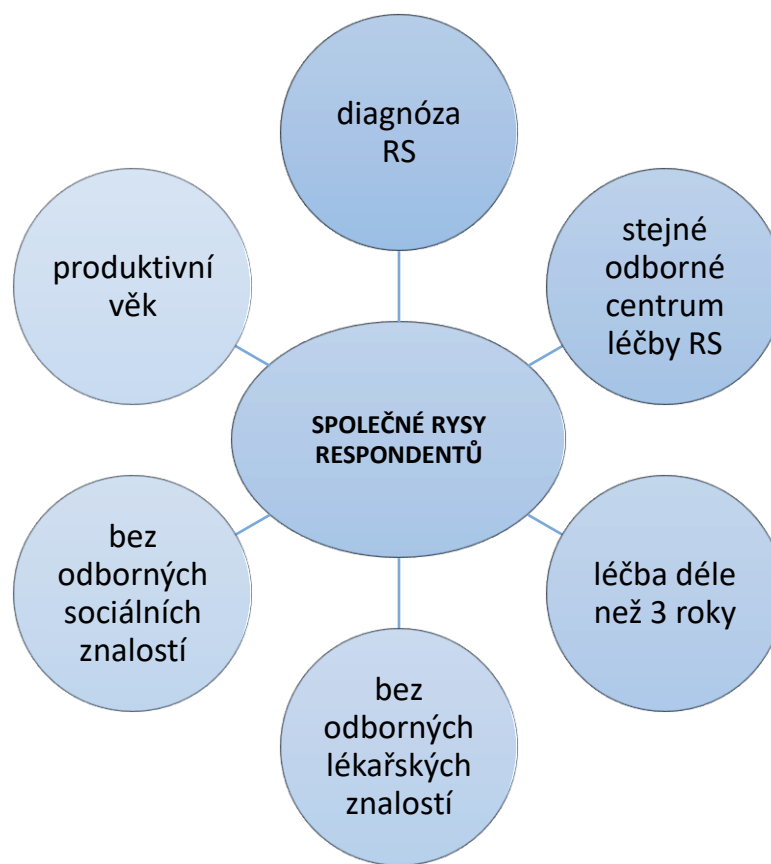
Na základě doporučení tohoto respondenta jsem získala další tři respondenty. Jeden z těchto respondentů mi pomohl kontaktovat zbylé 2 respondenty, kteří se mého výzkumu zúčastnili.

Rozhovory probíhaly v průběhu června 2018. S respondenty jsem se scházela na pro ně dostupných a příjemných místech. Rozhovory probíhaly přibližně 30 - 40 minut. Rozhovory jsem nenahrávala, jen zaznamenávala na arch papíru. Tuto metodu jsem zvolila, protože jsem nechtěla rušit atmosféru našeho rozhovoru nahrávacím zařízením a respondentům se tato možnost jevila přijatelnější. Při nahrávání by se necítili tak uvolněně a rozhovory by byly složitější. Při tomto typu záznamu mohlo dojít k mírnému zkreslení odpovědí.

Na začátku rozhovoru jsem se s respondenty, které jsem osobně neznala, seznámila. Poté jsem je seznámila s tématem mé bakalářské práce a s mým studijním oborem. Dále jsem respondentům přiblížila význam jejich rozhovorů pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Pak jsem respondenty ubezpečila o anonymitě a dobrovolnosti jejich odpovědí a respondenti mi podepsali informované souhlasy s využitím výzkumného rozhovoru do mé bakalářské práce. Vzor informovaného souhlasu je součástí přílohy bakalářské práce. Respondenti byli seznámeni s tím, že si jejich odpovědi budou zaznamenávat. Záznam odpovědí probíhal psanou formou na arch papíru určeného k tomuto využití. Rozhovor jsem vedla dle již připravených otázek, do kterých jsem v případě potřeby vložila otázky doplňující. Vzor osnovy určené pro rozhovory je také součástí přílohy. Když byla otázka respondentům nejasná, byla jsem jim nápomocna v jejím pochopení. Po konci rozhovoru jsem respondentům poděkovala a nabídla jim možnost nahlédnout do mých poznámek, či se doptat na otázky, které respondenty zajímaly.

Pro analýzu dat byla použita metoda tvoření trsů. Miovský (2006) tuto metodu popisuje jako vytváření trsů sloužící k seskupování výroků skupiny do společných kategorií např. dle místa, případů atd. Tyto podobné kategorie (trsy) vznikají na základě podobnosti mezi jednotlivými osobami. Všichni respondenti jsou diagnostikovaní pacienti s onemocněním RS. Všichni mají RS diagnostikovanou déle než 3 roky. Respondenti nejsou pracovníky v lékařských či sociálních službách ani jejich vzdělání není provázáno s těmito obory. Respondenti navštěvují stejné odborné centrum léčby RS.

Obr. 2 Společné rysy respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

4. VÝSLEDKY

4.1 Povědomí o jednotlivých částech koordinované rehabilitace

O léčebné rehabilitaci měli povědomí všichni respondenti. Již se s ní v minulosti setkali. Všichni respondenti s ní mají vlastní zkušenost. S fyzioterapeutickou částí se všichni respondenti setkali již před diagnostikou RS. Respondenti ji využili při různých problémech či po úrazech. Pod pojmem sociální rehabilitace si respondenti kromě R4, který s ní má osobní zkušenost, nejsou jisti co si pod pojmem představit. Pracovní rehabilitace je respondentům jako pojem jasnější. Vědí, co si pod ní představit a vědí, co zahrnuje. Informovanost o této části koordinované rehabilitace je celkem dobrá. Předpracovní rehabilitace je pro respondenty neznámá. Pedagogická rehabilitace je respondentům také neznámá. Někteří si odvodili, že název odkazuje na výuku.

4.2 Záznamy narativních rozhovorů

Respondent R1

Respondent R1 je žena. S roztroušenou sklerózou se léčí od roku 2007. Je ženou v domácnosti. Pojem koordinovaná rehabilitace nezná, ale slovo rehabilitace jí cizí není. Zná ji ve spojení s úrazy, či nemocích pohybového ústrojí. Osobní zkušenost má s fyzioterapií, psychoterapií a lázeňskou péčí. Fyzioterapii využila na základě informací od praktického lékaře po úrazu, který prodělala. Psychoterapii využívá od doby diagnostiky roztroušené sklerózy. Doporučila ji lékařka, odbornice na léčbu roztroušené sklerózy. A o lázeňské péči jí řekla kamarádka, která ji již využila a dále se informovala u praktického lékaře. Slyšela i o canisterapii a hipoterapii. Hipoterapii zná z televize, kde viděla několik pořadů s touto tematikou. Osobně by ji nevyužila, má strach z koní. O canisterapii slyšela poprvé od kamarádky, která se o tuto terapii zajímá blíže. O muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii slyšela při našem rozhovoru poprvé.

Zná dále pracovní rehabilitaci, o které slyšela na Úřadu práce, nevyužila ji ale osobně. O sociální rehabilitaci slyšela při našem rozhovoru poprvé. Sociální problémy měla s rodinou, kdy respondentka špatně snášela svou diagnózu a docházelo, ke špatné komunikaci v rodině. Tím se zhoršila celá kvalita rodinného života respondentky. Celou

vzniklou situaci nakonec začala řešit sama bez odborné pomoci. Předpracovní a pedagogická rehabilitace je pro respondentku neznámá. Nevylučuje ale její využití u jiných lidí, jinými problémy. Pedagogickou část by spíše pochopila u práce s dětmi. Nejčastěji využívá fyzioterapii a psychoterapii společně s lázeňskou péčí. S částmi koordinované rehabilitace, které osobně zná je spokojena. Znovu by je využila. Největší přínos vidí v kombinaci různých částí koordinované rehabilitace mezi sebou.

Respondent R2

Respondent je žena. S roztroušenou sklerózou se léčí 13 let. Je dlouhodobě zaměstnána. Rehabilitaci zná jen ve spojení s úrazem a nemocí. Osobní zkušenost má s fyzioterapií psychoterapií a lázeňskou péčí. Fyzioterapii zná od svého lékaře, byla jí doporučena při bolestech krční páteře. Psychoterapii navštěvovala po rozvodu a po diagnostice roztroušené sklerózy. Informovala ji o této možnosti opět lékařka. Lázeňskou péči využívá příplatkovou. První informace o ní jí dala kamarádka, detailnější informace pak opět poskytla lékařka. Jednou lázně navštívila jako samoplátce. O muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii nic neví. Po seznámení s těmito terapiemi v muzikoterapii a arteterapii vidí přínos pro děti a možná pro seniory. Ergoterapii by přiřadila k lidem, kteří se pohybují na vozíku. Canisterapii také okrajově zná. Slyšela o jejím využití v domech pro seniory. Hipoterapii zná díky televizi. Spojuje si ji s lidmi s mentálním a tělesným postižením.

Neodsuzuje jí nevyužívané části koordinované rehabilitace. Chápe, že pro někoho mohou být přínosné. Se sociální rehabilitací nemá osobní zkušenost. Stejně tak jako s pracovní či pedagogickou. Pedagogická jí přijde nejméně potřebná, dle jejího názoru by se vzdělávat měli spíše děti. Nejvíce využívá momentálně lázeňskou péči. Potřeba psychoterapie a fyzioterapie u ní již není tak častá jako dřív. S jí vyzkoušenými částmi koordinované rehabilitace je spokojená. Nejvíce oceňuje tu část koordinované rehabilitace, která je pro ni v dané chvíli nejpotřebnější.

Respondent R3

Respondent R3 je žena. Léčí se s roztroušenou sklerózou 4 roky. Pod pojmem koordinovaná rehabilitace neví, co si má představit. Rehabilitaci zná jako cvičení při zdravotním problému. Po přiblížení součástí koordinované rehabilitace dle jejích slov zná fyzioterapii, psychoterapii, lázeňskou péči, hipoterapii, canisterapii a pracovní

rehabilitaci. O fyzioterapii, psychoterapii a lázeňské péči ji informoval lékař. S fyzioterapií měla zkušenost před diagnostikou roztroušené sklerózy. O hipoterapii ví z televize, kde viděla pořad, ve kterém byla reportáž na toto téma. O canisterapii ví od přátel. Sama canisterapii zkusit nebude, má alergii na psí srst. Muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii nezná. Po seznámení s těmito terapiemi si myslí, že ergoterapie může být nápomocná u lidí, kteří se pohybují na vozíku nebo pro seniory. Muzikoterapie a arteterapie by dle jejího názoru mohla být využita u dětí.

Sociální rehabilitaci přisuzuje respondentka problémovým lidem. O pracovní rehabilitaci slyšela na Úřadu práce, osobně ji ale nepotřebuje. Předpracovní rehabilitaci nezná. Měla problémy v komunikaci s přáteli po zjištění diagnózy roztroušené sklerózy. Časem ale začala pozorovat zlepšení bez odborné pomoci. Nejméně potřebná je dle jejího názoru Pedagogická rehabilitace, o které do našeho rozhovoru nevěděla. Největší využitelnost pedagogické rehabilitace vidí u dětí. Momentálně je pro ni nejvíce přínosná psychoterapie a v případě ataky nemoci, při problémech s hybností dolních končetin využívá fyzioterapii. Vidí možnost využití u všech částí koordinované rehabilitace, dle aktuálních individuálních potřeb.

Respondent R4

Respondent R4 je muž. Roztroušená skleróza mu byla diagnostikována v roce 2005. Rehabilitaci zná jen tu, se kterou měl zkušenost při zlomenině nohy. Koordinovanou rehabilitaci nezná. Osobní zkušenost má s fyzioterapií, psychoterapií, canisterapií, lázeňskou péčí a sociální rehabilitací. Dále zná i hipoterapii. S psychoterapií ho seznámil lékař a doporučil mu i psychoterapeuta. Canisterapií zná od svého kamaráda a i z televize. Kamarád se zabývá chovem psů a jejich výcvikem. Ten mu dal základní informace, a kontakt na známou zabývající se canisterapií. Lázeňskou péčí využívá příspěvkovou a to na doporučení svého lékaře, poprvé ale o této možnosti slyšel od kamaráda. O Hipoterapii se dozvěděl od již zmíněného známého v návaznosti na konverzaci o canisterapii. Arteterapii a muzikoterapii nezná a je dle něj pro děti. Ergoterapii také nezná, pomoci by mohla lidem na vozíčku a při horších pohybových schopnostech. Osobní zkušenost má i se sociální rehabilitací, o které se dozvěděl také od kamaráda a na jeho doporučení ji vyzkoušel. Spolupracoval s organizací poskytující sociální rehabilitaci. Po diagnostice RS myslel, že život končí. Odháněl od sebe lidi. Když mu známý poradil vyzkoušet sociální rehabilitaci, byl nejdřív skeptický. Byl rád,

že ji využil a byl s ní spokojen. Pracovní rehabilitaci zná díky Úřadu práce, osobně ji ale nevyužil. O předpracovní rehabilitaci neslyšel. Pedagogickou rehabilitaci také do našeho setkání neznal. Za nejméně potřebnou a využívanou pokládá pedagogickou, i když dle mého popisu koordinované rehabilitace si uvědomuje provázanost jednotlivých jejích částí. Její využití chápe jen u dětí. Ty části koordinované rehabilitace, které využívá, kombinuje dle momentální osobní potřeby.

Respondent R5

Respondent je muž. S roztroušenou sklerózou se léčí od roku 2013. Rehabilitaci zná jen jako cvičení pro lidi co měli úraz nebo zdravotní potíže. Osobně má zkušenost s fyzioterapií. Canisterapii zná od svého přítele a slyšel o ní i v televizi a četl na internetu. Slyšel i o psychoterapii od známé, osobní zkušenost nemá, ale nevylučuje její budoucí využití. O hipoterapii, muzikoterapii, arteterapii a ergoterapii do našeho rozhovoru neslyšel. Z názvu si odvodil, že muzikoterapie má souvislost s hudbou. Využití muzikoterapie a arteterapii vidí u dětí, seniorů a lidí s mentálním postižením. Ergoterapie je dle jeho názoru pro lidi pohybující se na invalidním vozíku.

Sociální rehabilitaci nezná, dle popisu, který jsem mu o této formě rehabilitace dala, vidí největší přínos u nepřizpůsobivých občanů, drogově závislých či jinak problémových. O pracovní rehabilitaci slyšel také na Úřadu práce. Nepodceňuje její přínos, ale doufá, že ji nebude muset nikdy využít. Předpracovní rehabilitaci nezná. O pedagogické rehabilitaci neslyšel, dle názvu si myslí, že má spojitost s výukou. Nejméně potřebnou si myslí, že je pedagogická rehabilitace, kterou by chápal u dětí a studentů ne u dospělých. S jím využívanou fyzioterapií je velmi spokojen.

Respondent R6

Respondent je žena. S roztroušenou sklerózou se léčí 6 let. Zná jen rehabilitaci jakožto fyzioterapii. Po tom, co jsem respondentce přiblížila další části koordinované rehabilitace, uvedla, že má osobní zkušenost ještě s psychoterapií. Obě terapie jí doporučil lékař. O canisterapii a lázeňské péči slyšela od spolupracovnic. Přemýšlí o budoucím využití lázeňské péče, již o ní mluvila s lékařem. Muzikoterapie a arteterapie je dle jejího názoru pro mentálně postižené a pro děti. Ergoterapie je pak dle respondentky pro vozíčkáře a seniory. S dalšími typy nemá respondentka osobní zkušenost. Její využití vidí u narkomanů, Romů a trestaných lidí. Osobně měla

problémy v sociální oblasti, které ale s odborníkem neřešila. Problémy měla v komunikaci s přáteli. O pracovní rehabilitaci slyšela na Úřadu práce, jako i další respondenti, pro ni je ale nepotřebná. Předpracovní rehabilitaci nezná, ani o ní neslyšela. Pedagogická rehabilitace dle respondentky není využitelná u dospělých, ale u dětí. Nejvíce využívá fyzioterapii. Po využití fyzioterapie a psychoterapie cítí zlepšení svého stavu. Spatřuje vdané problematice provázanost. Ví, že každému může v dané chvíli pomoci jiná část koordinované rehabilitace.

4.3 Zkušenosti s jednotlivými částmi koordinované rehabilitace

4.3.1 Léčebná rehabilitace

Tab. 3 Zkušenosti s různými druhy léčebné rehabilitace

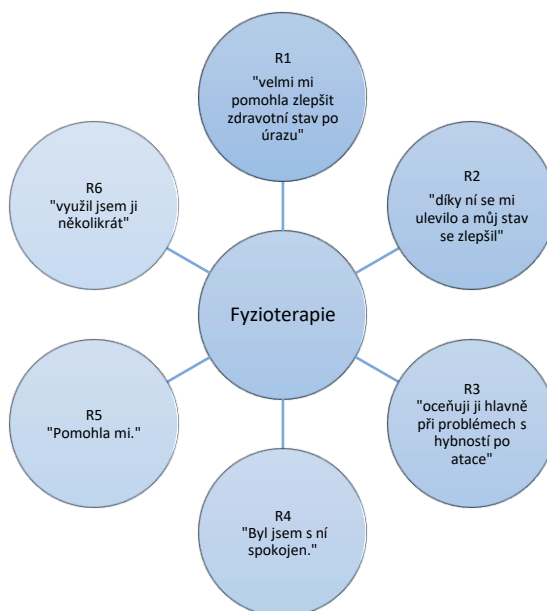
| | Zná z doslechu | Má osobní zkušenost | Nezná |
|----------------------|--------------------|-------------------------|---------------------------|
| Fyzioterapie | | R1, R2, R3,R4,R5, R6 | |
| Hipoterapie | R1, R2, R3, R4, R6 | | R5 |
| Canisterapie | R1, R2, R3, R5, R6 | R4 | |
| Arteterapie | | | R1, R2, R3 R4, R5, R6 |
| Muzikoterapie | | | R1, R2, R3, R4, R5, R6 |
| Psychoterapie | R5 | R1, R2, R3, R4, R6 | |
| Ergoterapie | | | R1, R2, R3, R4, R5, R6 |
| Lázeňská péče | R5, R6 | R1, R2, R3, R4 | |

Zdroj: vlastní výzkum

Znalost fyzioterapie jako součásti koordinované rehabilitace

Všichni respondenti navštěvovali v minulosti rehabilitaci, a to buď kvůli problémům s pohybovým ústrojím, nebo po úrazech, které respondenti prodělali. Všichni mají tedy zkušenost s fyzioterapií. Ve všech případech byli s touto formou terapie respondenti seznámeni u jejich obvodního lékaře. R1 uvedl: „Fyzioterapii jsem využila na základě informací od praktického lékaře po úrazu, který jsem prodělala.“. S tím koresponduje i to co uvedl R2, který řekl: „O fyzioterapii jsem věděla ještě před diagnostikou RS a měla s ní osobní zkušenost.“. Všichni respondenti tuto formu terapie využili ještě před diagnostikou roztroušené sklerózy. Spolu s psychoterapií je respondenty označována za nejvíce využívanou část koordinované rehabilitace. V případě problémů by pomoc fyzioterapeuta vyhledali respondenti znovu.

Obr. 3 Reakce respondentů na téma fyzioterapie



Zdroj: vlastní výzkum

Znalost hipoterapie jako součásti koordinované rehabilitace

O hipoterapii slyšeli všichni respondenti kromě R5, ten o terapii neví nic. R5 uvedl: „*O hipoterapii jsem od Vás dnes slyšel poprvé.*“. Nikdo z respondentů nemá ale osobní zkušenost touto terapií. R1 by tuto terapii nevyužila, uvádí k tomu: „*Osobně je pro mě asi nepoužitelná, mám strach z koní.*“. Ostatní respondenti, kteří vědí o této terapii, ji nevyužili. R1, R2, R3 znají tuto terapii z médií. R4 o ní slyšel od přátel. Respondent R6 o této terapii slyšel ve svém pracovním kolektivu.

Znalost canisterapie jako součásti koordinované rehabilitace

Canisterapie je známá všem respondentům. Osobní zkušenost má jen R4. Respondent R4 se několikrát zúčastnil skupinové canisterapie, a to za pomoci svého kamaráda, který má známou canisterapeutistku. Canisterapie při rozhovoru zaujala i respondenty R1 a R2 a chtěli by o ní vědět víc. R3 k tomuto uvedla: „*Já se ji ale neplánuji zúčastnit, mám alergii na zvířecí srst.*“.

Všichni o terapii slyšeli od svých známých. Například R1 uvedl: „*O canisterapii jsem slyšela poprvé od kamarádky, která se o tuto terapii zajímá blíže.*“ a R5 řekl: „*Canisterapie, o té jsem slyšel od známého.*“.

Znalost arteterapie jako součásti koordinované rehabilitace

Arteterapie je pro respondenty neznámá. Nikdy o ní neslyšeli. R5 si odvodil, čeho se terapie asi může týkat na základě překladu části názvu. Uvedl k tomu následující: „*Muzikoterapii bych si spojila s muzikou a arteterapii s uměním.*“.

Respondenti nevidí v této terapii nic, co by pro ně bylo větším přínosem. Využití této terapie je dle respondentů spíše malé. Vidí její možné využití u dětí či lidí s mentálním postižením, někteří uvádějí i seniory. Jako třeba R1 který k tomuto uvedl: „*Muzikoterapii a arteterapii bych viděla jako užitečnou u dětí, možná také u seniorů.*“.

Znalost muzikoterapie jako součásti koordinované rehabilitace

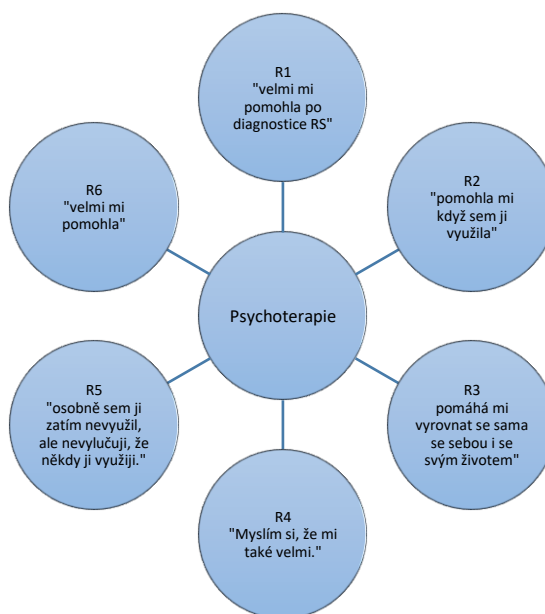
Muzikoterapie je neznámá pro všechny respondenty. Připouští její užitečnost, ale pro sebe v ní nevidí přínos. Její využití by opět viděli u dětí, mentálně postižených lidí a někteří by její využití viděli i při práci se seniory. O dětech v souvislosti s muzikoterapií mluvil i R2, ten k tomuto řekl: „*V arteterapii a muzikoterapii vidím přínos asi spíše pro*

děti než pro dospělé.“. S tím souhlasí svými slovy i například R4, ten řekl: „*Malování a zpívání to bych asi spíše přenechal dětem. Pro ně by to mohl být dobrý způsob terapie. Nemyslím si, že by byla přínosná pro dospělého člověka. Muzikoterapie by možná mohla být i terapií vhodnou pro seniory.*“.

Znalost psychoterapie jako součásti koordinované rehabilitace

S psychoterapií mají osobní zkušenost všichni respondenti kromě R5. R5 o ní slyšel od známé, která ji využívá, ale sám ji nevyužil. Řekl k tomu následující: „*Psychoterapii znám, slyšel jsem o ní. Mluvila o ní známá, která ji využívá. Já osobně jsem ji zatím nevyužil, ale nevylučuji, že někdy ji využiji.*“. Seznámena s touto terapií byla většina respondentů u lékaře na specializovaném pracovišti věnujícímu se onemocnění RS nebo u praktického lékaře. Jen R5 ji zná díky své známe. Spolu s fyzioterapií ji respondenti označují za nejvíce využívanou. V případě problémů by ji vyhledali a využili znovu.

Obr. 4 Reakce respondentů na téma psychoterapií



Zdroj: vlastní výzkum

Znalost ergoterapie jako součásti koordinované rehabilitace

Ergoterapie je respondentům také neznámá. Po jejich seznámení s touto terapií jsou si jisti, že jsou klienti, pro které by mohla být užitečná. Její využití spatřují u lidí se sníženou pohyblivostí, kteří k pohybu využívají invalidní vozík a seniorů. Pro

respondenty je dle jejich názoru zatím nepotřebná. R4 je sice na invalidním vozíku, ale zatím tuto formu pomoci nepotřebuje. K tomuto mi R4 řekl: „*Ergoterapie je určitě přínosná pro lidi, kteří jsou třeba na vozíčku, mají horší pohybové schopnosti. Já osobně ji nepotřebuji. Prozatím v ní pro sebe nevidím přínos, všechny činnosti, které potřebuji ve svém životě, zvládám sám.*“. Respondenti ovšem nevyklučují její využití v budoucnu.

Zkušenosti s lázeňskou péčí jako součástí koordinované rehabilitace

Respondenti R1, R2, R3 využili možnost příspěvkové lázeňské péče. Respondenti R1, R2 a R3 tuto možnost využili více než jednou, R4 v tomto roce využil možnost poprvé. R5 a R6 o ní uvažují do budoucna.

Informace o příspěvkové lázeňské péči poskytli všem respondentům známí a následně jejich informace doplnil obvodní lékař. Například R2 uvedl k lázeňské péči následující: „*Informovala mě o ní kamarádka, která do lázní jezdí. Další informace poskytl obvodní lékař.*“. R6, který ji zatím nevyužil, ale plánuje to, řekl: „*O lázeňské péči vím, v budoucnu ji plánuji využít, zatím jsem to ale neudělal. Byla mi již nabízena mým lékařem, který mě o ní i blíže informoval.*“.

Zhodnocení znalostí jednotlivých terapií a informovanosti o nich

Respondenti mají nejvíce osobních zkušeností s fyzioterapií. Informovanost o ní je u respondentů velmi rozsáhlá a většina své znalosti o ní získala u svého lékaře.

Dále je velká informovanost a osobní zkušenosti u psychoterapie a lázeňské péče. Osobní zkušenost s psychoterapií má pět ze šesti respondentů. U lázeňské péče jsou to čtyři respondenti ze šesti, kteří s ní mají osobní zkušenost. Informace o těchto možnostech mají všichni respondenti opět od svého lékaře.

O canisterapii a hipoterapii mají respondenti většinou základní informace, ale osobní zkušenosti má jen jeden respondenta a to s canisterapií. O těchto terapiích jsou respondenti obeznámeni od svých přátel či z médií.

Nejmenší povědomí mají respondenti o arteterapii, muzikoterapii a ergoterapii. Informovanost o nich je mezi respondenty téměř nulová.

4.3.2 Sociální rehabilitace

Tab. 4 Znalost sociální rehabilitace

| | Znalost pojmu | Osobní zkušenost | Přínos |
|----|---------------|------------------|--------|
| R1 | Ne | Ne | Ano |
| R2 | Ne | Ne | Ano |
| R3 | Ne | Ne | Ano |
| R4 | Ano | Ano | Ano |
| R5 | Ne | Ne | Ano |
| R6 | Ne | Ne | Ano |

Respondenti neznají pojem sociální rehabilitace. Po vysvětlení pojmu někteří uvádějí, že tato rehabilitace bude ale spíše pro klienty z nepřizpůsobivých sociálních skupin. Uvádějí například: Romy, narkomany, trestané lidi.

Respondent R4 je jediný, kdo ví více o sociální rehabilitaci. Sám spolupracoval s organizací, která se zabývá sociální rehabilitací jakožto sociální službou. K tomuto kroku se rozhodl na doporučení svého známého, který s touto formou pomoci měl již vlastní zkušenosti. Uvedl k tomu následující: „*Osobní zkušenost mám se sociální rehabilitací, o které jsem se dozvěděl také od kamaráda a na jeho doporučení ji vyzkoušel. Spolupracoval jsem s organizací poskytující sociální rehabilitaci.*“.

Po vysvětlení pojmu sociální rehabilitace její možné budoucí využití zmínil R1, ten uvedl: „*Sociální rehabilitaci, se kterou jste mě seznámila, beru jako dobrou možnost pomoci. Kdybych se někdy dostala do stavu, kdy ji budu potřebovat, určitě bych tuto formu pomoci vyhledala.*“.

Někteří respondenti ale udávají zhoršení komunikace a společenských aktivit s rodinou nebo s přáteli. Sociální rehabilitace by jim v tomto mohla být nápomocna, ale nakonec respondenti R1, R3 a R6 kteří změny v sociální oblasti pocítili, se s nimi dokázali vyrovnat sami. Jediný, kdo vyhledal pomoc, byl, jak jsem již uváděla, respondent R4.

4.3.3 Pracovní rehabilitace

Tab. 5 Znalost pracovní rehabilitace

| | Znalost pojmu | Osobní zkušenost | Přínos |
|----|---------------|------------------|--------|
| R1 | Ano | Ne | Ano |
| R2 | Ne | Ne | Ano |
| R3 | Ano | Ne | Ano |
| R4 | Ano | Ne | Ano |
| R5 | Ano | Ne | Ano |
| R6 | Ano | Ne | Ano |

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti až na R2 tuto formu pomoci okrajově znají. Byli s ní seznámeni na Úřadu práce. R2 je zaměstnán na stejném místě jako před diagnostikou roztroušené sklerózy a to již dlouhodobě, proto tuto pomoc nikdy nevyužil, ani se o ni nezajímal. V budoucnu ale nevyklučuje její potřebu při případné změně zaměstnání a zhoršení zdravotního stavu. R2 k tomu uvedl toto: „*Třeba pracovní a předpracovní rehabilitace pro mě momentálně jsou nepotřebné, jsem dlouhodobě zaměstnána a to na místě, na kterém jsem byla ještě před diagnostikou RS. V případě potřeby bych ji ale určitě využila.*“.

Ostatní respondenti o této možnosti slyšeli, jak jsem již zmínila, od pracovníků Úřadu práce. Nikdo z respondentů ovšem tuto možnost nevyužil osobně. Všichni se ovšem shodují na tom, že tato další možnost pomoci je určitě přínosnou pro lidi, kteří se rozhodnou ji využít.

4.3.4 Předpracovní rehabilitace

O této formě rehabilitace žádný z respondentů neslyšel. Respondent R3 například nechápe, proč se dělí rehabilitace na pracovní a předpracovní a uvedl následující:

„Předpracovní rehabilitace je pro mě novinkou. Neslyšela jsem o ní. Udivuje mě, že je to něco jiného než pracovní rehabilitace. Asi bych je úplně nedělila na dvě odlišné části koordinované rehabilitace.“

Po vysvětlení pojmu respondenti chápou, co je v této rehabilitaci zahrnuto. Pro sebe v ní nikdo momentálně nevidí využití. Nevylučují ale její přínos pro jinou skupinu lidí (dlouhodobě nezaměstnaní).

4.3.5 Pedagogická rehabilitace

Někteří si dle názvu odvozují, že je tato forma rehabilitace spojena se vzděláváním jako například R6, který řekl: *„Pedagogická rehabilitace je dnes pro mě taky novým pojmem. Ale slovo pedagogická bych řekl, že bude mít spojitost s výukou.“*. Nikdy ovšem respondenti o této formě rehabilitace neslyšeli. Při další debatě respondenti pedagogickou rehabilitaci považují za přínosnou hlavně pro mladší lidi. Vzdělání přiřazují spíše k lidem, kteří jsou ve školním věku. Sami respondenti uvádějí, že pro dospělé v ní nevidí význam. Následující k tomu uvedl R6: *„Využití bych viděl spíše u mladších ročníků. Tím myslím, že využití si dokážu představit spíše u dětí než u dospělého.“* a toto k tématu řekl R2: *„Kdo jiný by se měl učit, když ne děti. Dospělý ji podle mě již nepotřebují.“*

4.4 Shrnutí výsledků

Respondenti nejčastěji znají rehabilitaci léčebnou, a to hlavně fyzioterapii. Označují ji za pro ně jako jednu z nejvyužívanějších. Setkali se s ní ještě před diagnostikou roztroušené sklerózy. Od jejich fyzického stavu se pak odvíjí další činnosti, které mohou vykonávat. S fyzioterapií mají i všichni respondenti vlastní zkušenost a jsou s ní dobře seznámeni.

U sociální rehabilitace byly názory respondentů většinou spojeny s tím, že tuto rehabilitaci přisuzovaly nejvíce problémovým skupinám lidí. Uváděli například nepřizpůsobivé typy lidí či například narkomany. To zmínil R5, který uvedl následující: *„Myslím si, že upotřebení by našla nejvíce při práci s problémovými skupinami. Myslím tím třeba nepřizpůsobivé občany, drogově závislé, no prostě problémové.“*

Další velmi dobře známou částí léčebné rehabilitace je psychoterapie. Respondenti ji využívají často i opakovaně, a to z různých důvodů. Nejvíce ji respondenti využívali po diagnostice roztroušené sklerózy. Nejčastější je u respondentů kombinace fyzioterapie, psychoterapie a lázeňské péče.

Za nejméně potřebnou je respondenty označována pedagogická rehabilitace. I informovanost o ní je mezi respondenty prakticky nulová. Přisuzují ji spíše dětem. U dospělých nevidí přínos.

Často respondenti využívají kombinaci různých částí koordinované rehabilitace k dosažení nejlepších možných výsledků. Využívané části vybírají dle momentálních osobních potřeb. Respondenti uvedli, že se nebrání v případě problémů či když si budou myslet, že pomoc naleznou v jim dosud neznámé části koordinované rehabilitace, využít i pro ně nové části koordinované rehabilitace.

5. DISKUZE

Tato kapitola je porovnáním zjištěním z výzkumu s odbornými zdroji a také mým osobním názorem na danou problematiku.

Na dílčí výzkumnou otázku: „*Jaká součást koordinované rehabilitace je dle respondentů podceňována?*“, bych dle mých zjištění odpověděla následovně.

Z odpovědí respondentů je jasné, že pedagogickou část považují v jejich věku za nepotřebnou a nijak přínosnou. Pedagogická část koordinované rehabilitace je podle nich vhodná spíše pro děti školního věku či starší studenty. Respondenti se považují za dostatečně vzdělané v dané problematice a myslí, že v pokročilejším věku není tato část nutná. Jak uvádí Votava (2003), u osob se zdravotním postižením by měla probíhat celoživotně, avšak v dětství a dospívání je nejdůležitější a nejvýznamnější. Což tedy je v rozporu se smýšlením respondentů, kteří její důležitost připisují jen dětem ve školním věku a studentům, zároveň ovšem je pravda, že u dětí a dospívajících je nejpotřebnější.

Koordinovaná rehabilitace je ale velmi provázaná, a tak i když u respondentů dochází k podcenění významu pedagogické rehabilitace, neměla by být opomíjena. Nejlepších výsledků koordinovaná rehabilitace dosahuje jako celek, k čemuž nakonec došli i moji respondenti. Respondent R3 k tomuto uvedl: „*Myslím, že favorita nemám. V každé části nemoci či při různých problémech se hodí pro pomoc jiná část koordinované rehabilitace. Všechny si podle mě najdou svého klienta. A jako ideální mi přijde jejich vzájemná kombinace dle osobní potřeby klienta.*“.

V případě, že klientovi se dostane kvalitní, promyšlené a správně na sebe navazující celkové koordinované rehabilitace, jsou dopady nemoci na jeho život, životní pohodu a životní standard nižší, což je cílem koordinované rehabilitace. Aby koordinovaná rehabilitace správně fungovala, musí v sobě zahrnovat dobře naplánované všechny jednotlivé složky. Na provázanost koordinované rehabilitace jak jsem již zmínila, upozorňuje Bruthansová (Jeřábková, 2012) i Manuál ucelené péče na území Prahy pro lidi po poškození mozku (2011). Dalším, kdo toto tvrzení potvrzuje, je Votava (2003), který mluví o propojení pedagogické rehabilitace na další složky koordinované

rehabilitace. Pokud spolu jednotlivá odvětví koordinované rehabilitace spolupracují, dosahují větší efektivity.

Na dílčí výzkumnou otázku: „*Kde a jak byli klienti seznámeni s jim známou částí koordinované rehabilitace?*“ jsem odpověděla takto.

Co se týče fyzioterapie, respondenti uvedli, že je s ní seznámil jejich lékař. Respondenti se s ní setkali při úrazech či onemocnění již před diagnostikou roztroušené sklerózy. Už při jejím využití v dřívější době si uvědomili její velký přínos, a proto ji pak využili i při problémech spojenými s roztroušenou sklerózou. Informovanost by měla pocházet od lékaře, on je i tím kdo léčbu pacientovi doporučuje, bez doporučení lékaře, by ani nemohla být financována z veřejného zdravotního pojištění, jak nám říká zákon 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění definuje pojištěnce (plátce pojistného). Při tomto doporučení by měl lékař pacientovi vysvětlit, i co daná doporučená péče obnáší.

O hipoterapii slyšeli respondenti z médií. Více se o ni nezajímali, nepovažují ji pro sebe momentálně za potřebnou ani za využitelnou a proto ani další informace nepotřebovali. Lékař jim informace neposkytl, respondenti o tuto možnost totiž ani neprojevíli zájem. Dle Velemínského (2007), Česká hiporehabilitační společnost sdružuje lékaře, fyzioterapeuty, pedagogy a jezdecké instruktory. Ti dále podle Velemínského (2007) kromě jiného i informují potenciální klienty o jejich činnosti.

Canisterapie je všem respondentům známá od jejich přátel a dále si této metody někteří všimli v médiích, kde se v posledních letech objevuje častěji. Dle Skulové (2009) se nejvíce lidé o canisterapii dovídají přímo od canisterapeuta a jako další nejčastější zdroj uvádí média. Toto tvrzení se tedy úplně s mým zjištěním neshoduje.

O psychoterapii se všichni respondenti dozvěděli od svého lékaře, a to od obvodního lékaře či specialisti na léčbu roztroušené sklerózy. Většinou byla doporučena při diagnostice roztroušené sklerózy. Malinová (2013) uvádí, že psychoterapie může pacientovi významně pomoci, je však důležitá její včasnost. V případě, že je správně provedena dle Malinové (2013) pomáhá pacientovi nejen se vyrovnat s nemocí, ale i získat důvěru v lékařský personál, který je mu nápomocen při léčbě nemoci pacienta.

Možnost lázeňské péče je známa respondentům od jejich přátel, později se další informace při projevení zájmu dozvěděli respondenti od svého lékaře. Ten má dle mého názoru o této formě léčby nejvíce přesných informací. V případě příspěvkové péče je lékař tím, kdo vydá i doporučení k žádosti o proplacení příspěvkové lázeňské pojišťovny. Proto by měl podle mě lékař mít všechny potřebné informace o možnostech lázeňské péče a být schopen je pacientům předat. Tato tvrzení se naprosto shodují s VZP (2013), která v popisu procesu schvalování lázeňského pobytu uvádí, že doporučení k lázeňské rehabilitační péči, vydává pacientovi ošetřující lékař.

Hlavní výzkumná otázka: „*Jaká součást koordinované rehabilitace je dle respondentů nejprínosnější?*“, byla zodpovězena respondenty v mém výzkumu. Mohu tedy na ni odpovědět takto.

V začátku nemoci a při její atace klienti nejvíce oceňují kombinaci fyzioterapie a psychoterapie. Fyzioterapie jim pomáhá s celkovou hybností. Respondenti pozorovali zlepšení svého fyzického stavu. V případě problému, by ji neváhali znovu využít. Psychoterapie pak respondentům velmi pomohla po diagnostice nemoci, kdy se díky tomu s nemocí lépe vyrovnali. Zlepšila se tedy jejich psychická pohoda a tím i kvalita života. Respondent R5 sice nemá osobní zkušenost jako jediný s psychoterapií, přesto uznává její přínosy a nevylučuje budoucí využití. Bez této části koordinované rehabilitace by někteří respondenti dle mého názoru jen těžko svůj zdravotní stav zvládali. Havrdová (et al. 2013) poukazuje přímo na nezbytnost léčebné rehabilitace u pacientů s RS, v čemž se s mými respondenty ve většině shoduje.

V případě ataky nemoci dochází k zhoršení příznaků nemoci, a tak i k zhoršení fyzické a psychické pohody. S tím souhlasí i Rosiak a Zagożdżon (2017), kteří ve své práci uvádějí, že v případě těchto problémů, může mít klientův stav nepříznivý vliv i na jeho psychickou pohodu a zdraví. U fyzického stavu upozorňuje Mlčoch (2008) hlavně na sníženou pohyblivost způsobenou výpadkem svalových skupin či mravenčení celého těla. S tím může pomoci respondenty zmiňovaná fyzioterapie, která pomáhá znovu pracovat s takto problematickými svaly. Jeden z respondentů přímo zmínil, že při atace nemoci dochází k zhoršení hybnosti u jeho dolních končetin. Respondenti zmiňují prokazatelné zlepšení hybnosti po vyhledání pomoci fyzioterapeuta, a to jak po úrazech, tak při problémech spojených s roztroušenou sklerózou. To je také cílem fyzioterapie

dle Neubauerové (et al., 2012), která odstranění či zmírnění příznaků považuje za přímo její hlavní cíl.

Při postupném pokroku nemoci dochází dle mých zkušeností ke zhoršování celkového zdravotního stavu. Jedná se opět hlavně o hybnost, citlivost v horních končetinách či jejich brnění, rovnováhu, problémy s viděním, ale i únavu a změny nálad. Fyzická zdatnost se u nemocných snižuje a v případě atak je toto zhoršení ještě větší a rychlejší. Fyzioterapie toto zhoršování pomáhá zpomalovat. Respondenti jsou s výsledky fyzioterapie velmi spokojeni. Toto se shoduje s Lenským (1996), který uvádí, že fyzioterapie je pro klienty s roztroušenou sklerózou velmi významnou pomocí. Díky progresivnímu chování nemoci se zdravotní stav pacienta dle Lenského (1996) postupně zhoršuje, což sebou nese i problémy s hybností končetin. Díky cvičení si klient, jak uvádí Lenský (1996), udržuje jistou míru fyzické zdatnosti. Lenský (1996) také zmiňuje, že u klientů s lepší fyzickou zdatností, dochází k atakům nemoci méně často a jejich psychický stav je také lepší. S tím respondenti souhlasí. Pozorují na sobě zlepšení po absolvování fyzioterapie.

Problémy v sociální oblasti spatřují jen někteří respondenti a to hlavně ve vztahu k členům rodiny a okolí. Na tento problém poukázal například respondent R1, který řekl: *„V začátcích nemoci, když jsem nevěděla jak dál pokračovat v životě, si uvědomuji problémy v rodině. Manžel můj zdravotní stav nechápal a nemoc podceňoval, jako by to nic nebylo. Vznikaly kvůli tomu u nás doma často hádky. Já totiž se tou nemocí nechala naprosto ovládnout a nepřipouštěla jsem si, že vlastně to se mnou není zatím až tak zlé a že jsem se nemoci moc poddávala. Naše chování mělo dopad i na děti, které kvůli našim hádkám žily neustále ve stresu. Časem jsem si uvědomila, že diagnózou RS život nekončí a začala pracovat na zlepšení.“*. Respondent R3 se k tomu vyjádřil takto: *„Komunikace a vztahy se změnily spíše s některými kamarády. Necháпали někdy moje nálady, a když u mě proběhlo zhoršení nemoci, začali mě litovat. Lítost mi ale byla nepříjemná, a tak jsem se k nim pak chovala někdy i hrubě. Naše vztahy pak ochladly. Časem bych ale řekla, že došlo k zlepšení. Já si uvědomila, co dělám špatně a přátelé jsou již také více chápající.“*. Dále také někteří respondenti po zjištění nemoci přestali pěstovat své koníčky, vyrážet do společnosti a celkově se začali uzavírat před světem. Někteří respondenti poukazovali na zhoršení rodinných vztahů a hlavně v době, kdy se sami respondenti s nemocí teprve učili žít. Havrdová (et al., 2013) upozorňuje, že každé onemocnění, které je nevléčitelné narušuje běžný život klienta a jeho okolí. Problémy

spojené s nemocí ať už psychické či fyzické, se nakonec dle Havrdové (et al., 2013) odráží v kvalitě života klienta. Dále Votočková (2016) mluví o zaměření sociální rehabilitace na zdraví, koníčky, práce schopnost, rodinný a společenský život. Tato tvrzení tak opět potvrzují odpovědi většiny mých respondentů. Po zlepšení jejich psychického stavu a „sžítím“ se s nemocí pak u respondentů docházelo k nápravě vztahu s rodinou, opětovný návrat do společnosti či ke koníčkům. S tímto souhlasí Nadačního fond Impuls (2016) který uvedl, že se s novou životní situací musí vyrovnat nejen nemocný, ale i celá jeho rodina, i těm by měla být přístupná psychoterapeutická pomoc. V této době by sociální rehabilitace v kombinaci s vhodnou psychoterapií mohla pomoci s řešením této situace.

Myslím si, že v případě potřeby po zlepšení své zdravotní a sociální stránky, klienti začínají řešit případné pracovní problémy. Ať již jde o nalezení nové práce, přeřazení na jinou pracovní pozici či rekvalifikaci. Lidé, kteří můžou a chtějí pracovat, si bez práce přijdou nevyužití a nezaměstnanost je trápí. Někteří moji respondenti nechtějí být nezaměstnaní, vadil by jim status „nezaměstnaného“. Toto je spojeno se společenským postavením, na což upozorňuje Mareš (1994), který uvádí, že práce hraje velkou roli při vymezení našeho postavení ve společnosti. Pomoc mohou klienti najít na Úřadu práce, kde jim budou podány informace o tom, jaké mají možnosti při hledání práce. Moji respondenti, kteří pracují, nevyužili pomoc Úřadu práce při hledání pracovního místa. Respondenti ale souhlasí s tím, že pracovní rehabilitace může být pro lidi, kteří se jí rozhodnou využít dobrou formou pomoci k získání a udržení zaměstnání. Nevylučují její využití v případě potřeby. To je i jejím cílem na čemž se shodují i s Úřadem práce ČR (2016), který ji popisuje jako činnost zabývající se získáním a udržením vhodného zaměstnání osob se zdravotním postižením. A dále toto potvrzuje i Asociace pracovní rehabilitace ČR (2016), která popisuje pracovní rehabilitaci jako aktivitu cílenou na získání a udržení zaměstnání osoby se zdravotním postižením.

Celkově si pak ale respondenti myslí, že nejlepších výsledků by měla koordinovaná rehabilitace dosahovat jako celek. Respondent R2 k otázce kterou část koordinované rehabilitace nejvíce oceňuje, uvedl následující: *„Nejvíce oceňuji tu část, která je pro mě momentálně potřebná. Každá má určitě něco do sebe a každá je vhodná při jiném problému. Určitě se nebráním tomu využít již pro mě známé části koordinované rehabilitace stejně jako v případě potřeby vyhledat ty, které osobně zatím neznám.“*. S tím souhlasili i další respondenti, respondent R4 k tomu řekl: *„Jak jsem již řekl, každá*

je přínosná v jinou dobu a při jiné příležitosti. Žádnou bych tedy asi úplně nezatracoval a naopak ani nevyzdvihoval. Každá si může v určitou dobu najít své uplatnění.“ a s tím souhlasí i výpověď respondenta R6, který řekl: „*Asi pokaždé jinou, záleží na problému. Takže asi kombinaci různých částí v případě různých problémů.“* V případě, že klientovi se dostane kvalitní, promyšlené a správně na sebe navazující celkové koordinované rehabilitace, jsou dopady nemoci na jeho život, životní pohodu a životní standard nižší, což je cílem koordinované rehabilitace. Aby koordinovaná rehabilitace správně fungovala, musí v sobě zahrnovat dobře naplánované všechny jednotlivé složky. Jak jsem již zmiňovala v začátcích nemoci a v době atak jako nejdůležitější spatřují kombinaci částí léčebné rehabilitace (hlavně fyzioterapie a psychoterapie). Když je ale nemoc v „klidovém režimu“, mohou začít klienti řešit sociální dopady nemoci na jejich život a také pracovní problémy. V té době by jim pomohla naopak rehabilitaci sociální či pracovní. Na provázanost jednotlivých složek koordinované rehabilitace upozorňuje i Bruthansová (Jeřábková, 2012), dle které se její jednotlivé složky prolínají. S tím souhlasí nejen ona ale jako komplexně provázanou ji zmiňuje i Manuál ucelené péče na území Prahy pro lidi po poškození mozku (2011).

6. ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na znalost koordinované rehabilitace, jejím využívání, zkušenostmi s ní a informovanosti o ní a to u klientů s diagnostikovanou roztroušenou sklerózou. Hlavním cílem této práce je zjistit, která z částí koordinované rehabilitace je klienty považována za nejpřínosnější. Dalším cílem je zjistit, jak jsou klienti o koordinované rehabilitaci informováni a kterou podceňují.

Výzkumnou část bakalářské práce jsem provedla za použití polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří mají diagnostikovanou roztroušenou sklerózu. Rozhovory jsem provedla s 6 respondenty. V závislosti na velikosti zkoumaného vzorku vím, že data se nedají úplně zobecnit.

Myslím si, že jsem cíl své práce naplnila. Dle výsledků mého výzkumu jsem zjistila, že u respondentů dochází k podceňování významu pedagogické rehabilitace. Považují ji za pro dospělé nepotřebnou. Přisuzují tuto část koordinované rehabilitace spíše dětem. V práci s dětmi vidí její přínos. Předpokládám tedy, že její využívání bude celkově u klientů nižší a to z důvodu neúplné informovanosti o této části koordinované rehabilitace. Klienti nejsou seznámeni s jejím možným přínosem pro dospělého člověka. Mají vůči ní vžitě nesprávné předsudky.

Další části koordinované rehabilitace, u kterých není spatřován přínos, jsou arteterapie, muzikoterapie a ergoterapie. U arteterapie a muzikoterapie dochází opět k předsudkům ohledně možnosti využití těchto terapií. U ergoterapie si respondenti dokázali její využití představit při zhoršení jejich zdravotního stavu. Celkově ale informovanost o těchto terapiích byla prakticky nulová. Ve většině respondentů o těchto terapiích slyšeli při našich rozhovorech poprvé. U hipoterapie a canisterapie byla informovanost větší, a to díky médiím a přátelům. Více byli respondenti informováni o canisterapii. O canisterapii respondenti vědí od přátel a z médií. V médiích se tato terapie objevuje častěji než dřív, a proto dochází k větší míře informovanosti o canisterapii mezi lidmi. Respondenti o nich měli více informací z různých zdrojů a dokázali si tedy představit, co tyto terapie obnáší a jak by mohli být využity. Jeden z respondentů měl s canisterapií i osobní zkušenost, a tedy byl o ní i dobře informován.

Nejvíce známe a využívané jsou fyzioterapie, psychoterapie a lázeňská péče. Informace o těchto částech koordinované rehabilitace pocházejí od lékařů a u lázeňské péče od

přátel a později jsou doplněné informacemi od lékaře. Informovanost o těchto typech koordinované rehabilitace je velká. Respondenti měli s nimi nejvíce osobních zkušeností. V tomto můžeme vidět, že čím je vyšší informovanost o některé z částí koordinované rehabilitace, tím je vyšší její využití klienty. Dobrá je informovanost o pracovní rehabilitaci, která se jeví jako velmi přínosná v případě potřeby. Respondenti o ní vědí, v případě potřeby by ji využili. O sociální rehabilitaci je informovanost nízká a osobně ji využil jen jeden klient. Po doplnění informací o této možné rehabilitaci v ní respondenti vidí možnou pomoc v případě sociálních problémů. V závěru rozhovorů se respondenti shodovali, že vybírají části koordinované rehabilitace, které využívají dle momentální potřeby. V případě, že by viděli možný přínos v jiné části koordinované rehabilitace, než kterou zatím osobně vyzkoušeli, využili by ji. Respondentům neuniklo ani to, že se jednotlivé složky koordinované rehabilitace doplňují.

Nejvyužívanější jsou ty části koordinované rehabilitace, u kterých je nejvyšší informovanost o nich. Ty části koordinované rehabilitace, o kterých nejsou respondenti dostatečně informováni, jsou, neznáme. Z tohoto důvodu jsou nevyužívané.

Námětem pro řešení by bylo zvýšit informovanost o koordinované rehabilitaci u klientů s roztroušenou sklerózou, ale nejen u nich. Vhodné by bylo, aby lékaři dávali informace nejen o fyzioterapii, psychoterapii a lázeňské péči, ale i o dalších částech koordinované rehabilitace. Lékař je totiž tím, s kým se nemocný často setkává, má v něj důvěru a čeká od něj pomoc či radu. Stejně tak by měli informace o jiných částech koordinované rehabilitace podávat i lidé, kteří pracují v jedné z částí koordinované rehabilitace. Dále vidím velký potenciál dnešní doby v médiích či sociálních sítích. Povědomí o koordinované rehabilitaci by se díky jejich využití mohlo rapidně zvýšit. Sociální sítě jsou pro přenos informací velmi rychlým komunikačním prostředkem, s rozsáhlým dopadem, a to díky vysokému počtu uživatelů. S médii jako je televize či noviny, se každý z nás setkáváme prakticky denně, a proto by jejich využití pro vyšší informovanost o koordinované rehabilitaci bylo příhodné.

Přínos mé práce vidím hlavně jako zdroj informací pro klienty s roztroušenou sklerózou, kteří v ní mohou najít část koordinované rehabilitace, která jim může v dané situaci pomoci. Práce může sloužit i pro příbuzné klientů s roztroušenou sklerózou, kteří díky tomu mohou pomoci svému blízkému v zlepšení jeho stavu v případě potřeby. Dále z ní mohou čerpat lidé jako lékaři, sociální pracovníci, terapeuti či zaměstnanci

Úřadu práce, kteří díky tomu mohou podávat klientům komplexnější informace o koordinované rehabilitaci jako celku.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

HAVRDOVÁ, E., et al., 2013. *Roztroušená skleróza*, Praha: Mladá fronta, 485 s. ISBN 978-80-204-3154-7.

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum*, Praha: Portál, 408s. ISBN 978-80-7367-485-4

HENDL, J., 20016. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 4. vydání, Praha: Portál, 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9

JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*, 2. vydání. Praha: Triton, 173 s. ISBN 80-7254-730-5

JANKOVSKÝ, J., et. al., 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*, České Budějovice: ZSF JU, 103 s. ISBN 80-7040-826-X

JESENSKÝ, J., 1995, *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*, Praha: Karolinum, 159 s. ISBN 80-7066-941-1

KOLÁŘ, P., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*, Praha: Galén, 713 s. ISBN 978-80-7262-657

KRATOCHVÍL, S., 2006. *Základy psychoterapie*, 4. vydání, Praha: Triton, 392 s. ISBN 80-7178-657-8

LENSKÝ, P., 1996. *Roztroušená skleróza mozkomíšní – nemoc, nemocný a jeho problémy*, Praha: Unie ROSKA, 115 s. bez ISBN

LUDÍKOVÁ, L., 2005, *Kombinované vady*, Olomouc: UP, 140 s. ISBN 80-244-1154-7

MAREŠ, P., 1994, *Nezaměstnanost jako sociální problém*, Praha: Slon, 151 s. ISBN 80-7262-317-6

MATOUŠEK, O., et al., 2007, *Základy sociální práce*, 2. vydání, Praha: Portál, 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4

MICHALÍK, J., et al., 2008, *Poradenství uživatelům sociálních služeb*, Olomouc: VSIZP, 142 s. ISBN 978-80-903658-2-7

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, Grada Publishing, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MÜHLPACHR, P., 2006, *Sociální práce jako životní pomoc*, Brno: MSD, 228 s. ISBN 80-86633-62-4

PFEIFFER, J., 2001, *Ergoterapie. Základní informace o oboru pro všechny pracovníky rehabilitace*, Praha: Rehalb o.p.s., 77s.

PIŇOSOVÁ, L., et.al., 2005, *Psychologie práce v pomáhající profesi. Úřady práce. Terénní sociální práce. Systém sociálního zabezpečení. Systém státní správy a samosprávy*, Brno: Drom, 83 s. ISBN 80-903472-0-7

REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6

RŮŽIČKOVÁ, K., 2005. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Hradec Králové: Gaudeamus, 72 s. ISBN 80-7041-139-2.

STANČÍKOVÁ, M., ŠABATOVÁ, J., 2012. *Canisterapie v teorii a praxi*. Vyškov: Sdružení „Piafa“, 103s. ISBN 978-80-87731-00-0

VELEMÍNSKÝ, M., 2007. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 335 s. ISBN 978-80-213-2129-8.

VOTAVA, J., et. al. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*, Praha: Karolinum, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Právní předpisy:

Vyhláška č. 99/2012 Sb., O požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, 2012. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39.

Vyhláška 284/1995 Sb., Provádějí zákon o důchodovém pojištění, 1995. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 73.

Vyhláška 505/2006 Sb., Provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164.

Vyhláška 518/2004 Sb., Provádějí zákon č. 435/2004 Sb., O zaměstnanosti, 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 178.

Zákon č. 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění, 1997. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16.

Zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních, 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30.

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37.

Zákon č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131.

Zákon č. 435/2004 Sb., O zaměstnanosti, 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143.

Internetové zdroje:

Arteterapie, 2017. [online]. Česká arteterapeutická asociace [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <https://www.arteterapie.cz/arteterapie>

CICHOLESOVÁ, T., et al., 2006. Canisterapia – pomocná terapia spôsobením psa. *Rehabilitácia*. [online]. 42(2), 114-117. ISSN 0375-0922 [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <http://www.rehabilitacia.sk/archiv/cisla/2REH2006-1-m.pdf>

Co je ergoterapie?, 2008. [online]. Česká asociace ergoterapeutů [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>

DISMAN, M., 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* [online]. 3. vyd. Praha: Karolinum, ISBN 80-246-0139-7 [cit. 2018-10-03]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1421/jaro2015/MVK_23/um/54991882/Disman_Jak_s_e_vyrabi_soc_iologicka_znalost.pdf

HE, D., et al., 2013. *Pharmacological treatment for memory disorder in multiple sclerosis*, [online]. [cit. 2018-01-05]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008876.pub3/full>

Hipoterapie. 2016. [online]. Česká hiporehabilitační společnost. [cit. 2017-12-21]. Dostupné z: <http://hiporehabilitace-cr.com/hipoterapie/>

KANTOR, J., © 2007-2011, *Muzikoterapie*. [online]. [cit. 2018-01-03]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapie.cz/muzikoterapie-popis-nekterych-muzikoterapeutickych-technik>

KNOTKOVÁ, S., © 2009-2017, *Roztroušená skleróza*. [online]. [cit. 2018-09-11]. Dostupné z: <https://www.symptomy.cz/nemoc/roztrousena-skleroza>

MALINOVÁ, R., 2013. *Úloha psychoterapie v léčbě RS*. [online]. [cit. 2019-1-14]. Dostupné z: http://www.msrehab.cz/useruploads/files/Odborně/Úvodní%20články/Psyc_hoterapie%20RS%2010.5.pdf

NUGENT, P., 2013. *Social planning*, [online]. [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <https://psychologydictionary.org/social-planning/>

NUGENT, P., 2013. *Social rehabilitation*, [online]. [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <https://psychologydictionary.org/social-rehabilitation/>

PERÉZ-CERDÁ, F., et al., 2016. The link of inflammation and neurodegeneration in progressive multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Demyelinating Disorders*. [online]. 2(2), ISSN: 2056-6115 [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs40893-016-0012-0.pdf>

Physiotherapy, 2016. [online]. NHS choices. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <https://www.nhs.uk/conditions/physiotherapy/>

Pracovní rehabilitace, 2016. [online]. Asociace pracovní rehabilitace České Republiky, [cit. 2017-12-06]. Dostupné z: <http://www.aprcr.cz/pracovni-rehabilitace/>

Pracovní rehabilitace, 2016. [online]. Úřad práce České Republiky. [cit. 2017-12-18]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/kp/pha/pracovni_rehabilitace

Pravidelný výstup z registru ReMus, 2017. [online]. Nadační fond Impuls. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: http://nfimpuls.cz/images/docs/remus_zaverecnezpravy/ReMuS_zaverecna-zprava_2017_06_souhrnna_v2.pdf

Příznaky roztroušené sklerózy, 2016. [online]. Nadační fond Impuls. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <http://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/o-roztrousene-skleroze/130-priznaky-roztrousene-sklerozy>

Rodina a partnerské vztahy, 2016. [online]. Nadační fond Impuls. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <http://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/rady-pacientum/164-rodina-a-partnerske-vztahy>

ROSIAK, K., ZAGOŹDŹON, P., 2017. *Quality of life and social support in patients with multiple sclerosis*. [online]. [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: http://psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_5_2017/ENGver923Rosiak_PsychiatrPol2017v51i5.pdf

ROSTI-OTAJÄRVI, E., HÄMÄLÄINEN, P., 2014. *Neuropsychological rehabilitation for multiple sclerosis*. [online]. [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009131.pub3/full>

SCOLDING, N., 2001. *Contemporary treatment of multiple sclerosis*. [online]. ACNR 1(2), ISSN 1473-9348 [cit. 2017-01-05]. Dostupné z: <http://www.acnr.co.uk/acnr%20may%20june%202001.pdf>

SKULOVÁ, H., 2009. *Canisterapie z pohledu zdravotnických pracovníků*. [online]. [cit. 2019-1-14]. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/g1lpc/BAKALARSKA_PRACE.pdf

VOLNÁ, J., 2012, *Co je roztroušená skleróza (Sclerosis multiplex)?* [online]. [cit. 2017-09-28]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/informace-o-rs/co-je-rs/co-je-to-roztrousena-skleroza/>

VOTOČKOVÁ, M., 2016. *Co je sociální rehabilitace?*, [online]. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <http://poradimesi.cz/pece/co-je-socialni-rehabilitace/>

Výskyt onemocnění, 2016. [online]. Nadační fond Impuls. [cit. 2017-11-15]. Dostupné z: <http://www.nfimpuls.cz/index.php/roztrousena-skleroza/o-roztrousene-skleroze/129-vyskyt-onemocneni>

Recommendations for strengthening rehabilitation in health systems. 2017. [online]. WHO. [cit. 2017-12-01]. Dostupné z: http://www.who.int/disabilities/brochure_EN_2.pdf?ua=1

8. SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Počáteční problémy a poruchy současného stavu

Tab. 2 Charakteristika respondentů

Tab. 3 Zkušenosti s různými druhy léčebné rehabilitace

Tab. 4 Znalost sociální rehabilitace

Tab. 5 Znalost pracovní rehabilitace

8. SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Narušení neuronů při onemocnění RS

Obr. 2 Společné rysy respondentů

Obr. 3 Reakce respondentů na téma fyzioterapie

Obr. 4 Zkušenosti respondentů s psychoterapií

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 - záznamový arch

Příloha 2 – informovaný souhlas

Příloha 1 – záznamový arch

Základní údaje:

- 1) pohlaví
- 2) doba trvání nemoci
- 3) pobírá respondent starobní důchod (produktivní věk)

Dílčím cíl: Jak jsou klienti o koordinované rehabilitaci informováni?

Dílčí výzkumná otázka: Kde a jak byli klienti seznámeni s jím známou částí koordinované rehabilitace?

- 1) Víte co je KR?
- 2) Jakou z částí KR znáte?
- 3) Kde jste se s Vámi známými částmi KR seznámil/a?
- 4) Uvítal/a byste větší informovanost o KR?

Dílčí výzkumná otázka: Jaká součást koordinované rehabilitace je dle respondentů podceňována?

- 1) Jakou část KR považujete za nejméně potřebnou?
- 2) Spatřujete ve Vámi uvedené nejméně potřebné části KR alespoň nějakou možnou formu využití pro Vás?
- 3) Pro koho je tato část KR podle Vás nejvíce potřebná?

Hlavní cíl: Jak jsou naplňovány jednotlivé části koordinované rehabilitace u klientů s RS?

Hlavní výzkumná otázka: Jaká součást koordinované rehabilitace je dle respondentů nejpřínosnější?

- 1) Které části KR jsou Vám z mnou uváděných známé?
- 2) Jaké jsou Vaše zkušenosti s částmi KR, které znáte?
- 3) Jaký je Váš názor na užitečnost KR?
- 4) Kterou z částí KR vy osobně nejvíce využíváte?
- 5) Kterou ze složek KR nejvíce oceňujete?
- 6) Která je dle vašeho názoru málo využívána?

Příloha 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

zaznamenaného pro účely výzkumné části bakalářské práce:

Koordinovaná rehabilitace u klientů s roztroušenou sklerózou

Výzkum probíhá pro účely zpracování bakalářské práce psané Kristinou Chlapcovou na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Cílem tohoto výzkumu je analyzovat zkušenosti klientů s koordinovanou rehabilitací a celkové informovanosti o ní. Pro účely výzkumu je důležité získat informace o zkušenostech, informovanosti, spokojenosti a využívání jednotlivých složek koordinované rehabilitace klienty. Výstupem rozhovoru by měly být informace týkající se témat jako je léčebná rehabilitace, sociální rehabilitace, pracovní a pedagogická rehabilitace.

Pro výzkumnou část bakalářské práce nejsou důležité osobní údaje jako jméno, příjmení, rodné číslo či datum narození. Po zpracování informací bude rozhovor anonymizován. Ve všech uveřejněných dokumentech spojených s bakalářskou prací budou údaje poskytnuté v rozhovoru naprosto anonymní.

Podepsáním tohoto informovaného souhlasu souhlasíte s použitím Vámi podaných informací ve výzkumné části bakalářské práce psané Kristinou Chlapcovou.

Dne

Jméno účastníka výzkumu:

Podpis účastníka výzkumu:

10. SEZNAM ZKRATEK

CMS – centrální nervová soustava

RS - roztroušená skleróza

MR - magnetická rezonance

MSIF - Multiple Sclerosis International Federation

EMSP - European Multiple Sclerosis Platform

ReMuS – Register Multiple Sclerosis

OSN - Organizace spojených národů

WHO – Světová zdravotnická organizace

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

ČR – Česká republika

ÚP – Úřad práce

KR – koordinovaná rehabilitace