

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jana Luczková

**Aktivizační přístupy k osobám dospělého věku s tělesným
postižením poúrazové etiologie**

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Aktivizační přístupy k osobám dospělého věku s tělesným postižením poúrazové etiologie“ vypracovala samostatně a pouze na základě literatury uvedené v seznamu.

V Olomouci dne 10. 4. 2015

.....

Jana Luczková

Poděkování

Děkuji Mgr. Evě Urbanovské, Ph. D. za odborné vedení práce, věcné připomínky, dobré rady a vstřícnost při konzultacích a vypracování bakalářské práce.

Obsah

ÚVOD.....	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Termín zdravotní postižení a dospělost.....	7
1.1 Zdravotní postižení	7
1.2 Legislativní vymezení.....	8
1.3 Charakteristika dospělosti.....	10
1.3.1 Mladá dospělost.....	11
1.3.2 Střední dospělost	11
1.3.3 Starší dospělost.....	12
2 Tělesné postižení	13
2.1 Etiologie	15
2.2 Úraz a následná poranění.....	16
2.2.1 Poškození periferních nervů	17
2.2.2 Amputace končetin	18
2.2.3 Traumatická poranění míchy	19
2.2.4 Traumatická poranění mozku	21
2.3 Psychická adaptace	23
2.4 Sociální aspekty.....	25
3 Aktivizační přístupy.....	27
3.1 Aktivizace.....	27
3.2 Ucelená rehabilitace jako nástroj aktivizace	28
3.3 Přístupy léčebné rehabilitace.....	29
3.4 Sociální rehabilitace.....	34
3.5 Pedagogická rehabilitace.....	35
3.6 Pracovní rehabilitace.....	35
3.7 Činnost organizací.....	36
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	38
4 Cíle práce a výzkumné otázky.....	38
4.1 Stanovení cílů.....	38
4.2 Výzkumné otázky	38

5	Metodologický rámec práce.....	39
5.1	Metody výzkumu.....	39
5.2	Výběr respondentů.....	40
5.3	Sběr a záznamy dat	41
6	Analýza a interpretace získaných dat.....	53
6.1	Analýza získaných dat.....	53
6.2	Diskuze a doporučení pro praxi.....	55
	ZÁVĚR	56
	SEZNAM LITERATURY	57
	SEZNAM ZKRATEK.....	62
	SEZNAM TABULEK.....	63
	SEZNAM PŘÍLOH.....	64

Úvod

Hlavním tématem bakalářské práce jsou aktivizace a specifické přístupy k osobám dospělého věku s tělesným postižením poúrazové etiologie. Samotný úraz a v jeho důsledku vzniklá tělesná postižení jsou velkým zásahem do všech oblastí života člověka a celé rodiny. Zpravidla se jedná o dlouhodobý proces léčby ve zdravotnických zařízeních a následně potom v domácím prostředí. U osob se získaným tělesným postižením je nejdůležitější kompenzovat omezený pohyb a komunikaci, neboť může dojít k izolaci, psychickému strádání a následnému vyřazení těchto osob z celé řady aktivit. Právě aktivizace je zásadním úkolem a cílem rehabilitace nejen v oblasti léčebné, ale také v oblasti sociální a pracovní. Na rehabilitaci se podílí multidisciplinární tým odborníků a nezanedbatelná je samozřejmě také úloha rodiny. Provázanost jednotlivých aktivizačních přístupů je zárukou obnovy funkčních schopností osob, zmírnění trvalých následků a předpokladem důstojného života ve společnosti.

V první kapitole teoretické části práce je vysvětlen obecný termín zdravotní postižení a uvedeno jeho vymezení v české legislativě. Protože se práce zaměřuje na osoby dospělého věku, jsou zde blíže charakterizována jednotlivá období dospělosti. Druhá kapitola se věnuje tělesnému postižení, jeho etiologii, konkrétně jsou potom popsána poškození vzniklá po úrazu, jako jsou amputace končetin, traumatická poranění mozku, míchy a také poškození periferních nervů. Důležité jsou rovněž zmínky o psychické adaptaci na získané tělesné postižení a o sociálních aspektech. Třetí kapitola pojednává o aktivizačních přístupech zastoupených v konceptu ucelené rehabilitace, která je v případě osob s tělesným postižením poúrazové etiologie stěžejní a nenahraditelná. Významná je také informace o činnostech podpůrných organizací, které se podílejí na znovuzачlenění, resocializaci osob s tělesným postižením do společnosti.

V praktické části práce jsou stanoveny nejdříve výzkumné cíle a výzkumné otázky. Jsou zaměřeny na zjištění aktivizačních přístupů u osob po úrazu v rámci léčby a následně v domácím prostředí. Zkoumají aktivity ve volném čase a také oblasti, ve kterých osoby hodnotí přístupy jako stále nedostačující. Metodologický rámec tvoří metoda kvalitativního výzkumu, výběr respondentů, sběr a záznam dat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Závěrem výzkumu je analýza dat, diskuse a případná doporučení pro praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Termín zdravotní postižení a dospělost

V první kapitole bakalářské práce je vysvětlen dnes obecně používaný pojem zdravotní postižení a rovněž je zmíněno jeho vymezení v české legislativě. Práce se věnuje osobám dospělého věku, proto je důležité toto období lidského vývoje blíže osvětlit a charakterizovat.

1.1 Zdravotní postižení

Pojímání termínu zdravotní postižení je u nás i v zahraničí velice rozdílné. V současné době se používá termín zdravotní postižení v širším významu. O osobách se zdravotním postižením hovoříme jako o osobách s jakýmkoli druhem postižení (Vítková, 2006). Hartl, Hartlová (2000, s. 442) chápe zdravotní postižení *„jako dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou odstranit, lze však nepříznivý dopad zdravotního postižení zmírnit soustavou promyšlených opatření“*. Novosad (2000) považuje zdravotní postižení v obecné rovině za následek vleklé a kontinuálně se měnící dysfunkce systému člověk versus příroda a člověk versus společnost. Vycházíme-li z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10) znamená termín postižení *„omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální“* (Slowík, 2007, s. 27).

Světová zdravotnická organizace (WHO) revidovala MKN-10 a v roce 2001 byla schválena nová klasifikace pod názvem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF), v níž se objevuje zásadní posun od klasifikace osob ke klasifikování situace člověka při různých okolnostech vztahujících se ke zdraví. Nejde tedy o hodnocení nemoci, ale zdraví. Přináší novou definici postižení (disability), která se stává mezinárodně uznávaným výrazem v oblasti funkčních poruch (impairment), aktivit (aktivity) a výkonu v prostředí (participation). *„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami v prostředí“* (WHO, 2001 s. 9).

Michalík (2011) uvádí, že nejobvyklejším způsobem diferenciaci zdravotně postižených je model podle převládajícího postižení. Nejčastěji se tak setkáváme s postižením:

- tělesným,
- mentálním (včetně duševních poruch a poruchy autistického spektra),
- sluchovým,
- řečovým (narušením komunikačních schopností),
- zrakovým.

K nim se přiřazují i další skupiny. Jedna se o následující postižení:

- kombinovaná (kombinace jednotlivých postižení, např. hluchoslepoty),
- nemocné civilizačními chorobami (Michalík, 2011).

1.2 Legislativní vymezení

Definici zdravotního postižení nebo osoby se zdravotním postižením přináší v České republice některé normativní právní akty.

V oblasti vzdělávání vymezuje Školský zákon č. 561/2004 Sb., v ustanovení § 16, že *“dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení a chování. Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání“*.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách definuje pojem zdravotní postižení v § 3 písm. g) jako *„tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklad pro výkon činnosti v sociálních službách“*.

S ohledem na účast osob se zdravotním postižením na trhu práce stanovuje Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v ustanovení § 67, že „fyzickým osobám se zdravotním postižením se poskytuje zvýšená ochrana na trhu práce. Osobami se zdravotním postižením jsou dle tohoto zákona fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány

- a) invalidními ve třetím stupni (dále jen „osoba s těžším zdravotním postižením“),
- b) invalidními v prvním nebo druhém stupni, nebo
- c) zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoba zdravotně znevýhodněná“).

Osobou zdravotně znevýhodněnou je fyzická osoba, která má zachovány schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje zdravotní stav, který podle lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti, a tím i schopnost pracovního uplatnění. Skutečnost, že je osobou se zdravotním postižením, dokládá fyzická osoba:

- posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení v případech uvedených v písm. a) nebo b),
- potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení v případě uvedeném v písm. c).

Za osoby se zdravotním postižením podle písm. b) se považují i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení“.

Termín osoba se zdravotním postižením zmiňuje také Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon upravuje:

- příspěvek na mobilitu,
- příspěvek na zvláštní pomůcku,
- průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

Příspěvek na mobilitu je opakující se nároková dávka ve výši 400,-Kč měsíčně, jež je určena osobě starší jednoho roku splňující zákonem stanovené podmínky. Příspěvek na zvláštní pomůcku náleží osobě, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení nebo těžké zrakové postižení. Nárok na příspěvek na motorové vozidlo nebo zádržní systém má ten, kdo má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou či hlubokou mentální retardaci. Kompetenci k rozhodování má Úřad práce České republiky – krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu. Odvolacím orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

1.3 Charakteristika dospělosti

Přesný mezník, který by určoval začátek dospělosti nelze určit. Jediným faktorem v naší společnosti se nabízí dosažení zletilosti, právní dospělosti, která však není pro získání statusu mladého dospělého příliš akceptována. Dospělost můžeme vymezit jak po stránce biologické, tak po stránce psychosociální. Biologická je spojena s fyzickou zralostí. Důležitá je proměna významu sexuality, která se stává význačným aspektem partnerského vztahu a prostředkem ke zplození dítěte, vystupuje tak do popředí reprodukční složka.

Psychosociální vymezení dospělosti není jednoduché a probíhá u každého člověka v jinou dobu (Vágnerová, 2008). Hlavními psychosociálními znaky jsou samostatnost a svoboda vlastního rozhodování a chování, zodpovědnost ve vztahu k druhým lidem a za své činy. Za jedno z kritérií dospělosti je uváděno dosažení osobní zralosti (Langmeier, Krejčířová, 2006). Dosažení dospělosti je spojeno s větší sebejistotou a sebedůvěrou. Své emoce i jednání dokáže dospělý člověk lépe ovládat. V oblasti socializačního vývoje přestává být závislý na své orientační rodině. Nejvýznamnější jsou symetrické vztahy s vrstevníky, kdy je mladý dospělý otevřený i novým kontaktům a je schopen zvládnout párové soužití. Vztah k ostatním lidem se projeví i v oblasti profesní. Ekonomická nezávislost je odrazem sociálního osamostatnění dospělého jedince a větší sociální prestiž je spojena s určitým sociálním očekáváním (Vágnerová, 2008).

„Dospělost lze definovat jako období svobody rozhodování, spojeného se zodpovědností za svá rozhodnutí, a schopností získat a plnit příslušné role“ (Vágnerová,

2002, s. 119). Důležité je v dospělosti zvládnutí role profesní, partnerské a rodičovské. Jedná se o etapu nejvyšší zralosti jedince, kdy je na vrcholu tvůrčích sil, cítí se subjektivně nejlépe, je samostatný, citově vyrovnaný a zakládá vlastní domov a rodinu. Dospělost je charakteristická dosažením psychických a sociálních dovedností. Člověk využívá lépe minulých zkušeností a dokáže řešit obtížnější situace. Vedle dosažení zralosti fyzické, osobnostní a sociální se dospělost vyznačuje i počáteční involucí, která přechází do dalšího vývojového období - stáří. Vágnerová (2008) uvádí členění na období mladé dospělosti, střední a starší dospělosti. Jiné rozdělení dospělého věku do čtyř etap popisuje Langmeier, Krejčířová (2006). Jedná se o časnou dospělost, v období přibližně od 20 do 30 let, dále střední dospělost do 45 let, pozdní dospělost do 60-65 let a stáří, jež lze dělit na časné a vysoké.

1.3.1 Mladá dospělost

Vágnerová (2008) vymezuje období mladé dospělosti od 20 do 40 let. Tělesné změny nejsou v této době až tak významné a příliš neovlivňují lidskou psychiku. Dochází k rozvoji kognitivních kompetencí, ke stabilizaci emočního prožívání a k posunu v oblasti sebepojetí. Mladý dospělý se velice často srovnává s vrstevníky své generace, přijímá nové podněty, chápe je jako výzvu a usiluje o jejich naplňování. Nárůst povinností a odpovědnosti, ale i větší práva jsou typické pro roli dospělého. Jak uvádí Vágnerová (2008), spočívá dilema rané dospělosti v rozporu potřeby svobody a nezávislosti s potřebou zkusit nové role.

V tomto období jsou řešeny charakteristické vývojové úkoly, jako je získání stálého zaměstnání, životního partnera, rodiny, ekonomického zajištění, schopnost samostatného řešení problémů, zvládnutí nové profese. Předpokladem přijatelného rozvoje není jenom biologické zrání, ale i adekvátní zkušenost, která ovlivňuje všechny složky psychiky a projeví se ve zvládnutí role profesní, stabilního manželství a rodičovství. Rozhodnutí rané dospělosti mají své důsledky i pro následující vývojové fáze, protože nastartují změny, které mohou být nezvratné (Vágnerová, 2008).

1.3.2 Střední dospělost

Střední dospělost je uváděna Vágnerovou (2008) ve věku od 40 do 50 let. V době střední dospělosti je dospělý jedinec ještě zdravý, silný a dosahuje dobré výkonnosti, méně však než ve fázi rané dospělosti. Toto období je vrcholem zralosti, ale i nárůstem zodpovědnosti k dětem, rodičům, ale i celé společnosti (Vágnerová, 2008). Jako hlavní se v tomto období

jeví pro dospělého udržení si uspokojivé profesní pozice, pozitivní vztahy s lidmi, péče o děti a stabilizace rodiny.

„*Střední věk je dobou protikladů*“ (Vágnerová, 2008, s. 179). Dospělý je na jedné straně na vrcholu svých životních sil a na straně druhé si začíná uvědomovat, že jeho další rozvoj je časově limitovaný. Dochází současně k bilancování a nastolení otázky smyslu života. Člověk přemýšlí, zda opravdu dosáhl svých cílů v zaměstnání i osobním životě, zda nežije příliš stereotypně a ptá se, co bude dál. Často se hovoří o krizi středního věku, která je chápána jako protest proti rutině a může se projevit jako zlom v dosavadním životě. Výsledkem dobře zvládnuté krize by měla být generativita, kdy přesune dospělý těžiště zájmu mimo svou osobu a snaží se získané zkušenosti předat další generaci. Projevy generativity jsou stimulovány jak vnitřními potřebami, tak očekáváním a požadavky společnosti. Dospělý jedinec rozvíjí nové zájmy, které mu pomáhají orientovat se sám v sobě a pomocí sebereflexe se stává individualitou. (Vágnerová, 2008).

1.3.3 Starší dospělost

Starší dospělost je charakteristická pro období od 50 do 65 let. V tomto období klesá zejména tělesná výkonnost a mění se tělesné funkce. Nejpatrnější je úbytek v rychlosti v motorických činnostech, nastávají podstatné změny ve vnímání a pozornosti, dochází k zhoršování paměti a vzrůstá riziko chorob.

Emoční zralost se projevuje především nárůstem ovládnutí vlastních emocí a schopnosti udržet přijatelné ladění. Dochází k odchodu dětí z rodiny a prožívání ekonomických, partnerských a jiných problémů. Starší dospělý mění názor na život a více si cení všeho pozitivního. Nastává bilancování dosavadního života, blíží se odchod do důchodu a pozitivní může být nová role prarodičů, která potvrzuje jeho potřebu intimity. Směřování stárnoucích lidí má více soukromý charakter, váže se ve větší míře na rodinu a více se zabývá osobnostní proměnou (Vágnerová, 2008).

2 Tělesné postižení

Tělesným postižením se rozumí „*převažující nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech, které mají značný vliv na kognitivní, emocionální a sociální výkony*“ (Gruber, Lendl in Vítková, 2006, s. 39). Příčinou je poškození nosného, pohybového aparátu nebo jiné organické poškození, přičemž omezení výkonu vyplývá z poškození na základě ortopedickém, neurologickém a interním. Základním symptomem osob s tělesným postižením je tedy omezení motorického výkonu, které často působí na vývoj celé osobnosti (Vítková, 2006).

Pro srovnání Vítková (2006) uvádí, že dle Krause a Šandery rozumíme tělesným postižením takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, které se projevuje porušenou hybností. Řadí se sem také úchylnosti od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity a rovněž anomálie. V terminologii odborné literatury se obvykle uvádí spojení člověk s omezením hybnosti, které je členěno na částečné nebo celkové, primární nebo sekundární. Toto označení vystihuje jak osoby s tělesným postižením, tak osoby nemocné a zdravotně oslabené (Vítková, 2006).

Jinou definici používá Renotiérová: „*Za tělesné postižení jsou nejčastěji považovány přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, snížené pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou bývají změny na pohybovém aparátu týkající se kostí, kloubů i měkkých tkání. Vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem*“ (Renotiérová, 2002, s. 29). Poruchy hybnosti (mobility) mohou být primární, jako následek přímého poškození pohybového ústrojí nebo sekundární, kdy je pohyb omezen v důsledku jiné nemoci nebo poruchy (Renotiérová, 2002). „*Tělesné postižení je postižení, které brání mobilitě, pracovní činnosti, dělí se na přechodné a trvalé, vrozené a získané*“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 442).

Pro úplnost terminologie uvádíme důležité vymezení následujících pojmů:

- vady (poškození) – jsou vady aparátu podpůrného, pohybového, orgánových systému, deformace a somatické změny,

- omezení (snížení výkonu) - jde o kvantitativní změny a snížení pohybového výkonu vzhledem k normální výkonnosti v závislosti na věku, konstituci a životního prostředí,
- postižení – jedná se o trvalé podstatné působení na kognitivní, emocionální a sociální výkony, sociální interakce je ztížena a projeví se neúplné nebo chybějící přebírání sociálních rolí v souladu s pohlavím a věkem (Vítková, 2006).

Tělesné postižení může být různého stupně a podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, amputace a malformace. Část centrální tvoří mozek a mícha, periferní část zahrnuje obvodové nervstvo (Vítková, 2006). Podle rozsahu a stupně závažnosti se dělí obrny na parézy, což je částečná ztráta hybnosti a na plegie představující úplnou ztrátu hybnosti. Centrální obrny jsou spastické a periferní chabé. Podle rozsahu postižených končetin dělíme obrny na monoparézy/plegie, diparézy/plegie, triparézy/plegie tetraparézy/plegie a hemiparézy/plegie (Fialová, Opatřilová, Zámečnicková, 2012). Druh a stupeň tělesného postižení je definován především lékařskou diagnózou a při stejné diagnóze může být rozdílné hodnocení stupně poruchy hybnosti na lehké, střední a těžké. Dle úrovně mobility - hybnosti lze osoby s tělesným postižením řadit do následujících skupin:

- osoby mobilní – samostatně se pohybují,
- částečně mobilní – pohybují se s dopomocí jiné osoby nebo s použitím technických a protetických pomůcek (berle, lezítka, chodítka, francouzské hole),
- imobilní – nedokáží se pohybovat ani za pomoci další osoby a použití technických pomůcek, jen část osob zvládá jízdu na invalidním vozíku (Renotírová, Bendová, 2005).

Mobilita zahrnuje všechny pohybové funkce člověka, které jsou zajišťovány svalstvem hladkým i kosterním. Když nastane změna pohybové funkce (hybnosti) organismu jako celku nebo v dílčích složkách, hovoříme o poruše motoriky. Podle diagnostických hledisek lze rozlišovat poruchy jemné motoriky a hrubé motoriky. Motorické poruchy se projevují i poruchami rovnováhy a nebo poruchami svalového napětí:

- svalová hypotonie - snížení napětí svalů,
- svalová hypertonie – zvýšené svalové napětí, např. spasticita, rigidita (Renotírová, Bendová, 2005).

2.1 Etiologie

Podle etiologie se tělesné postižení člení na vrozené, získané po úraze a získané po nemoci. Doba vzniku postižení patří k důležitým faktorům, které mají vliv na psychiku jedince, jeho prožívání a adaptaci (Renotiérová, 2002).

Vrozená tělesná postižení bývají různého stupně závažnosti a kombinují se často se smyslovými vadami a s poškozením mentálních schopností (Renotiérová, Bendová, 2005). Vrozené vady vznikají zpravidla v prvních týdnech těhotenství a na jejich vzniku se etiologicky může podílet spousta vnitřních i vnějších vlivů působících v době prenatální, perinatální a v raně postnatální. Jako nejčastější faktory jsou uváděny například infekční onemocnění matky, onemocnění parazity (toxoplazmóza), toxický vliv chemikálií nebo léků v průběhu těhotenství, úrazy a psychická traumata, rentgenové záření, komplikovaný porod, úraz dítěte do jednoho roku věku vázaný na poškození centrální nervové soustavy. Renotiérová (2002) mezi vrozená tělesná postižení řadí:

- vrozené poruchy tvaru lebky (brachycefalie, skalocefalie),
- vrozené poruchy velikosti lebky (makrocefalus, hydrocefalus, mikrocefalus),
- další vrozené poruchy v lebeční a orofaciální oblasti (rozštěp lebky, rtu, patra),
- vrozené vady páteře (rozštěp páteře, meningokéla),
- vrozené vady horních a dolních končetin (amélie, dysmélie, fokomélie),
- syndaktylie, polydaktylie, plochá noha, vrozená hákovita noha, luxace kýčlí),
- vrozené růstové odchylky (achondroplazie, akromikrie, nanismus, gigantismus),
- centrální a periferní obrny - dětská mozková obrna (Renotiérová, 2002).

Získaná tělesná postižení mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka a jsou způsobena buď úrazem, nebo různými nemocemi, které mají negativní vliv na pohybové ústrojí (Renotiérová, Bendová, 2005). Bendová (2010) dělí získaná tělesná postižení na:

Tělesná postižení získaná nesprávným držením těla a po úraze:

- získané deformity tvaru těla a jeho jednotlivých částí (skoliózy, kyfózy, plochá záda, vnitřní a vnější bočivost kolen),

- úraz mozku a míchy (otřes mozku, zhmoždění mozku, zlomeniny obratlů spojené s poškozením míchy a následná paraplegie, tetraplegie),
- získaná tělesná postižení po úrazovém poškození periferních nervů (obrna svalů pažního pletence, neuropraxis, neurotmesis),
- amputace horních a dolních končetin (exartikulace, amputace primární, sekundární, terciární).

“Tělesná postižení získaná po nemoci, jejich příčinou mohou být:

- *revmatická onemocnění (revmatická horečka, vleký kloubní revmatismus),*
- *dětská infekční obrna,*
- *Myopatie (progresivní svalová dystrofie),*
- *Perthesova choroba“* (Bendová, 2010, s. 8).

2.2 Úraz a následná poranění

Z hlediska zvýšené pravděpodobnosti úrazu je rizikovým obdobím mladá dospělost, kdy se člověk cítí zdravý, fyzický zdatný a často vyhledává riskantní a adrenalinové sportovní zážitky. Jako nejčastější příčiny úrazu jsou uváděny těžké dopravní nehody a motonehody, pády z výšky při práci, chybné skoky po hlavě do mělké vody, pády při sportovních aktivitách jako je lyžování, jízda na kole a motokros. Závažné jsou také živelné katastrofy, střelná poranění, výbuch munice, násilí a sebevraždy nebo zásah elektrickým proudem.

Jednotlivá tělesná postižení získaná po úraze jsou blíže specifikována a vysvětlena v následujících podkapitolách. Jedná se o úrazové poškození periferních nervů, amputace končetin a nejčastěji vzniklá poškození centrální nervové soustavy, kam patří traumatická poranění mozku, což je otřes mozku, stlačení a nejzávažnější zhmoždění mozku a dále úrazové poranění páteře a míchy.

2.2.1 Poškození periferních nervů

Nejčastější příčinou poškození nervů je kromě zánětlivých onemocnění, metabolických nebo toxických vlivů právě úraz. Renotírová (2002) uvádí tři různé stupně poškození nervů, od nejlehčího až po nejzávažnější.

Neuropraxis je nejlehčím stupněm poškození nervu, projevuje se jako přechodná funkční blokáda (porušené vedení nervem). Vzniká při zavřeném tupém poranění nebo pohmoždění periferního nervu. Ochrnutí je dočasné a dochází brzy k úplnému zotavení a obnově činnosti (Renotírová, 2002).

Axonotmesis je poškození, které vzniká při silnějším a déle působícím tahu nebo tlaku, v jehož důsledku dochází k přerušení celistvosti střední osově části nervu axonu (Pfeiffer, 2007). Degenerativní změny vznikají směrem od místa poškození k periferní části. Následkem je přechodná denervace, tj. ztráta spojení svalu s nervem, kdy vzniká chabá obrna s poruchou citlivosti v oblasti nervu. Regenerace nastává tak, že z části spojené s buňkou vyrůstá nové osově vlákno podél zachované Schwannovy pochvy degenerované periferní části nervu (Renotírová, 2002).

Neurotmesis je nejtěžším stupněm poranění periferního nervu. Jedná se o úplné přerušení nervu a oddálení obou konců od sebe. Pomocí chirurgického zákroku je potřeba, aby se oba konce co nejdříve scelily, jinak hrozí, že chabá obrna s poruchou citlivosti by zůstala trvalá. Než se přistoupí k reinervaci, je potřeba proti degenerativním změnám svalů přinutit elektrickým či mechanickým drážděním k činnosti (Renotírová, 2002).

V oblasti horní končetiny je velice častá obrna pažní pleteně (plexus brachialis). Příčinou bývá vytržení nervových kořenů z předních a někdy i zadních rohů míšních při úrazu. Porušena je přitom motorická i senzitivní funkce všech nervů, které z pleteně vycházejí. Jde o úplnou chabou plegii ramenního pletence, paže i ruky (Pfeiffer, 2007). Končetina je celá bezvládná, ochrnutá visí podél těla, pohyby předloktí, ruky i prstů jsou nemožné a zůstává zachována pouze částečná hybnost ramene (Renotírová, 2002). Nejdůležitější je v oblasti rehabilitace periferních obrn fyzioterapie, ergoterapie a fyzikální terapie (Kolář et al., 2009).

2.2.2 Amputace končetin

„Amputací rozumíme umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu“ (Renotírová, 2002). Eis (in Vítková 2006) popisuje amputaci jako umělé odnětí části končetiny od trupu. Nejčastěji k ní dochází v okamžiku vážného úrazu nebo těsně po něm, např. při zásahu elektrickým proudem, autohavárii, zranění výbušninou, při sportu a následkem pořezání pilou, sekačkou. Podle Rentiérové (2002) může být kromě úrazu její příčinou cévní onemocnění, zhoubné nádory a sepse. Pokud je odstraněna končetina nebo její části přímo v kloubu jedná se o exartikulaci. Vzhledem k naléhavosti můžeme dělit amputace na:

- primární - amputace, která se stala při úrazu nebo těsně po něm, rána a pahýl se ošetří dodatečně na chirurgickém oddělení.
- sekundární – k amputaci došlo až po určité době od úrazu či vzniku nemoci, kdy byly vyčerpány všechny dostupné možnosti léčby.
- terciární – později provedená chirurgická amputace, jejíž smyslem je zlepšení možnosti vybavení protetickými pomůckami (Renotírová, 2002).

K následně provedené chirurgické amputaci se přistupuje v případě, že poúrazové nebo chorobné změny končetiny mají zásadní vliv na život osoby, je snížena jeho pracovní schopnost nebo mu život zásadně ohrožují.

Důsledkem amputací je především funkční ztráta a současně vzniká kosmetický defekt. Pozdější úrazy a následné amputace mají hlavně v době dospívání a mladé dospělosti za následek vznik komplexu vnitřních obtíží, které zhoršují celkovou situaci až do dalších fází dospělosti a mohou vyvolávat reaktivní psychické poruchy (Renotírová, 2002). Dle Koláře (Kolář et al. 2009) je amputace končetin zásahem do celé integrity organismu a vedle poškození somatického má následky i psychické. Nepříjemnou komplikací jsou fantomové bolesti, které se objevují buď v záchvatech nebo trvale v oblasti končetiny, která již neexistuje. Stav po amputaci vyžaduje komplexní terapeutický přístup, zahrnující poznatky a postupy z ortopedie, neurologie, ortotiky, terapie bolesti, psychologie, sociální a pracovní rehabilitace.

Ztráty končetin jsou kompenzovány protézami a technickými pomůckami, které mají nahradit ztracenou část těla, zakrýt defekt i kosmeticky, ale především nahradit ztracenou funkci. Pro výběr vhodné protetické pomůcky se hodnotí stav amputačního pahýlu, což je část

končetiny od místa amputace k prvnímu zachovalému kloubu, a také zachovaná funkce (Renotierová, 2002). Vaňátková (in Hromádková et. al., 2002) dělí protézy na kosmetické, pracovní, mechanickou ruku a bioelektrické protézy. Amputace horních končetin jsou méně časté a lze jen omezeně nahradit jejich funkci, jako je úchop a manipulace s předměty. Kosmetická protéza nemá aktivní úchop. Mechanická protéza převádí lankem pohyb ramene či lopatky na pohyblivé prsty. Nejdokonalejší je bioelektrická protéza, která snímá potenciály ze zachovalých svalů a po zesílení se používají k řízení motorku, který provádí úchop. Čím je protéza složitější, tím je delší a náročnější nácvik jejího používání (Votava et al., 2003).

2.2.3 Traumatická poranění míchy

Tělesná postižení získaná v dospělosti vznikají nejčastěji jako následek traumatického poškození míchy (míšní léze). Mícha prochází jednotlivými obratli a pokud dojde k jejich zlomení, roztržení nebo vzájemnému posunutí může dojít k závažnému poškození míchy. Následkem je ztráta citlivosti a ochrnutí svalů pod úrovní poškození (Faltýnková, 2004). Česká společnost pro míšní léze uvádí ročně přibližně 300 úrazů s poraněním páteře a míchy (www.spinalcord.cz). Na prvním místě jsou uváděny jako příčina pády z výšky, potom dopravní nehody a sportovní úrazy. Bezprostředně po poranění míchy vzniká spinální šok. Dochází k vymizení reflexní aktivity míchy, je přítomna chabá plegie – končetiny jsou bezvládné, je nepřítomna reflexní aktivita močového měchýře a výrazně snížena činnost střev. Tento stav trvá přibližně 4 – 8 týdnů. Postupně se stav pacienta po úrazu stabilizuje, zvýší se svalový tonus, objeví se spasticita i nečekané spasmy (mimovolní křeče). Obrna míchy je závažným postižením a celkový stav pacienta a zachování pohybových schopností záleží na tom, zda byla mícha poškozena částečně nebo úplně, rovněž na tom, v kterém místě byla zasažena. Čím je mícha zasažena blíže ke krční oblasti, tím je stav postiženého závažnější (Faltýnková, 2012).

Při poškození horní části krční míchy vzniká spastická kvadraparéza (tetraparéze) až kvadraplegie (tetraplegie), což je částečná nebo úplná obrna všech čtyř končetin s poruchou citlivosti (Vítková, 2006). K vysoké tetraplegii patří i klienti s pentaplegií, kteří mají poškozenou krční míchu nad segmentem C4 a mají ochrnutou i bránici a tudíž potřebují umělou plicní ventilaci (Faltýnková, 2012).

Při poškození hrudní míchy vzniká spastická paraparéza až paraplegie dolních končetin a hranice poruchy citlivosti je dle výšky poranění hrudní míchy (Renotierová, 2002).

Pokud je zasažena mícha bederní a křížová vzniká paraparéza až paraplegie, částečná nebo úplná obrna dolních končetin a objevuje se porucha jejich citlivosti. (Vítková, 2006). Na necitlivé kůži vznikají často proleženiny – dekubity, a to hlavně v oblasti křížové a hýžděové a pod oběma patami (Renotierová, 2002). Jedinec bude mít také bez ohledu na výšku poškození míchy určité problémy s kontrolou močového měchýře a stolice (Faltýnková, 2004).

Faltýnková (2004) popisuje, že paraplegie je úplné ochrnutí dolních končetin, způsobené transverzální míšní lézí pod segmentem C8, tedy poškozením míchy v oblasti hrudní a bederní páteře. Vysoká paraplegie (poškození v oblasti Th1-Th6) vzniká při poškození míchy v segmentu horní části zad, čímž způsobuje částečnou ztrátu pohyblivosti těla a úplnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin. Nízká paraplegie (poškození v oblasti Th10-L) vzniká poškozením míchy v segmentu dolní části zad, čímž způsobuje úplnou nebo částečnou ztrátu pohyblivosti dolních končetin.

Terapeutický přístup k osobám po traumatických míšních obrnách musí být multidisciplinární. Komplexní péče zahrnuje krátce po úrazu radikální léčbu, psychologickou pomoc, fyzioterapii, ergoterapii, farmakoterapii, využití ortopedické protetiky, logopedickou a speciálněpedagogickou péči. Systém ucelené rehabilitace tvořený rehabilitací léčebnou, pedagogickou, sociální a pracovní musí řešit u osob po úrazu také otázku pracovního uplatnění, seberealizace, širších sociálních kontaktů a fyzický i kulturní rozvoj. Rozdíl ve srovnání s vrozeným postižením spočívá v odlišných motivačních faktorech - člověk chce dosáhnout předchozího životního standardu, přístupu okolí a v dalších psychosociálních aspektech (Votava et al., 2003).

Poškození míchy je jedním z nejhorších zdravotních postižení zasahujících do všech oblastí lidského života. Péče pro akutní stádium po zranění je nasměrována na spondylochirurgická pracoviště, kde je proveden urgentní operační zákrok – dekomprese míchy a stabilizace páteře. Subakutní léčebná rehabilitace pacientů s poraněním míchy a páteře probíhá v České republice na čtyřech spinálních jednotkách – v Brně, v Ostravě, Liberci a v Praze. Pro druhé stádium léčby byly zřízeny spinální rehabilitační jednotky v Rehabilitačním ústavu Hrabyně, Rehabilitačním ústavu Kladruby a v Hamzově Odborné léčebně v Luži - Košumberku (Kříž, 2013).

			Kladruby	Hrabyně	Luže	Celkem
Celkový počet			124	90	52	266
Pohlaví		muži	83	69	32	184
		ženy	41	21	20	82
Průměrný věk			53,5	55	53,2	53,9
Výška léze		C	46	44	23	113
		Th	59	32	22	113
		L	19	14	7	40
Etiologie	úrazová	pád	42	40	12	94
		auto, moto	15	12	4	31
		sport	10	0	1	11
		voda	3	4	5	12
		jiné trauma	2	3	0	5
	neúrazová	cévní	13	1	4	18
		zánět	20	3	14	37
		tumor	8	6	3	17
		jiné	11	21	9	41

Tab.1: Počet pacientů s míšní lézí na spinálních rehabilitačních jednotkách za rok 2013
Zdroj: Česká společnost pro míšní léze (<http://www.spinalcord.cz/cz/statistiky/>)

2.2.4 Traumatická poranění mozku

Poškození mozku obvykle nastává z celé řady poranění. Při prvotním nárazu dojde k primárnímu poranění, které vede k poranění lebky a je buď otevřené nebo uzavřené a následně dojde k poškození mozku. K otevřenému poranění hlavy dochází vzácně, když ostrý předmět nebo kulka proniknou lebkou do mozku a propíchnou měkkou tkáň. Uzavřené poranění hlavy je běžnější a nastává v důsledku prudkého pohybu po srážce s jiným objektem. Sekundární poranění se objeví v následujících minutách a bývá způsobeno nedostatečným okysličením mozku. V průběhu dalších dnů až měsíců po nehodě vzniká terciární poranění a projevuje se krvácením, pohmožděním, otokem mozku, chemickými změnami a krevní sraženinou (Powell, 2010).

Podle stupně rozlišujeme nejlehčí otřes mozku - komoci, závažnější stlačení mozku - kompresi a nejtěžší zhmoždění mozku - kontuzi. Následky zranění mozku jsou závislé na tom, která část mozku byla poškozena, jak je poškození rozsáhlé, na věku a čase do poskytnutí léčebné péče (Vítková, 2006).

Otřes mozku dělíme podle trvání bezvědomí na lehký, středně těžký a těžký otřes mozku, kdy bezvědomí trvá déle než jednu hodinu. Po návratu vědomí bývá typickým znakem retrogradní amnézie, což je ztráta paměti na dobu těsně před úrazem. Otřes mozku může být bez následků, někdy se však projeví bolesti hlavy po tělesné námaze, zpomalené reakce, poruchy spánku, soustředění a pozornosti (Renotierová, 2002).

Po zhmoždění - kontuzi mozku dochází ke strukturálním změnám mozkové tkáně. Kontuze je morfologicky prokazatelná a bezvědomí může trvat někdy i celé měsíce, přičemž jeho délka je důležitá při stanovení dlouhodobé prognózy a rehabilitace. Po těžkém úrazu hlavy může nastat hluboká porucha vědomí - vigilní kóma. U některých pacientů hovoříme o tzv. apatickém syndromu, což je vyšší stupeň kómatu. V této fázi je prováděna ve spolupráci s rodinou bazální stimulace. Jde o aktivaci pacienta prostřednictvím příjemných podnětů sluchových, chuťových, dotykových, později i dalších (Votava, 2009). Specifickou situací je locked - in syndrom, kdy je pacient kvadruplegický, není schopen mluvit, ale přitom slyší a rozumí. V této situaci je důležitý komplexní rehabilitační přístup s možností alternativní komunikace s okolím (Pfeiffer, 2007).

Pokud úraz jedinec přežije, zůstávají často trvalé následky podle místa poranění. (Renotierová, 2002). Častou komplikací bývá nitrolební krvácení, otok (edém) mozku, organický psychosyndrom. Vzniká většinou porucha hybnosti – hemiparéza, což je ochrnutí poloviny těla vertikálně a vždy je postižena opačná polovina mozku. Další následky jsou mentální retardace, poruchy kognitivních funkcí - koncentrace pozornosti a krátkodobé paměti, dále poruchy chování a ztráta vytvořené komunikační schopnosti – afázie (Vítková, 2006). U určitého procenta jedinců se objeví i poúrazová epilepsie (Renotierová, 2002). Emoční změny a poruchy chování se projevují nervozitou a neklidem, podrážděností a výbuchy vzteku, emoční otupělostí a labilitou, impulzivitou, násilným chováním vůči rodině, ztrátou zábran, motivace až apatií, depresí a úzkostí. Proces rehabilitace po úrazu mozku začíná co nejdříve po zranění formou smyslové stimulace, cvičením kloubů a svalů (Powel, 2010).

2.3 Psychická adaptace

„Později vzniklé postižení představuje silné emoční trauma“ (Vágnerová, 2004, s. 179). Jak se jedinec vyrovná s touto zátěží, závisí na dosažené vývojové úrovni, jeho osobnostních vlastnostech a sociální podpoře blízkých lidí. Prožitek může vyvolat negativní emoční reakce, úzkost a deprese, člověk se zabývá tímto problémem a cítí se často osamělý. Některé osoby mohou trpět postraumatickým stresovým syndromem. Postižení, které vzniká v období mladé dospělosti, je velkým zásahem do emancipačního vývoje a deformuje další rozvoj identity. Již vytvořené vztahy se společností se však zásadním způsobem nenaruší. Křivohlavý (1985) rozděluje mezidobí dějů v psychice pacienta do pěti fází: výkřik, popření, intruze, vyrovnání a smíření. Dle Vágnerové (2004) prochází reakce a adaptace na náhle získané postižení čtyřmi typickým fázemi:

1. Fáze latence - jedná se o nedostatečnou informovanost člověka, kterému se stal úraz a neuvažuje, že by byl omezen trvale. Myslí si, že se uzdraví, a proto nemá důvod uvažovat o změně svých životních hodnot a plánů.
2. Fáze pochopení traumatizující reality - jedinec prochází léčbou a po nějaké době si začíná uvědomovat, že se jeho stav nemění, a že se zřejmě nikdy neuzdraví. Reakcí na lékařovo sdělení je šok a popírání svého traumatu.
3. Fáze protestu a smlouvání - pacient v této fázi všechno neguje a odmítá kontakt s lidmi, rehabilitaci, nemá chuť žít, neboť život s postižením je pro něho nepřijatelný. Postupně se smiřuje se svým osudem a snaží se vytvářet naději na lepší výsledek. Někdy se objevují pocity hořkosti, sebelítost, bezmocnost v nové situaci a obviňování ostatních.
4. Fáze postupné adaptace - osoba s postižením začíná učením sebeobsluhy, nácvikem kompenzačních způsobů pohybu a orientací v prostředí. Často si v této fázi nevěří a neví, co všechno je možné. Někdy si naopak dokazuje, že zvládne více a posiluje si tak narušenou sebeúctu. V této fázi si většina postižených teprve připouští, že nemohou na skutečnosti nic změnit a je nutné se přizpůsobit a hledat další cíl svého směřování. Důležitá je sociální adaptace, návrat do společnosti, do zaměstnání a také kontakt s přáteli (Vágnerová, 2004).

Tělesné postižení má z psychologického hlediska dva základní aspekty: nedostatečnost pohybových kompetencí a deformovaný zevnějšek. Významná je úroveň soběstačnosti a schopnosti lokomoce a sebeobsluhy. Získané postižení představuje vyšší trauma, neboť jedinec ví, co ztratil, dokáže porovnávat a hodnotí novou situaci jednoznačně za horší. Úraz s trvalými následky původní identitu obvykle rozbije a člověk se cítí jinak ve vztahu k sobě samému. Řešením této situace je najít nový smysl života. S tím souvisí změna jeho životních hodnot i náročná obnova sebepojetí. Pro zvládnutí této zátěže je důležité sociální a emoční zázemí, podpora blízkých lidí. V závislosti na nově získaném postižení se mění vztahy s rodiči, vztahy s kamarády. Přátelství a partnerství někdy vyhasínají z důvodu jiných názorů, potřeb, jedná se o ztrátu možnosti sdílení. Často dochází ke změnám v chování postižených ke zdravým z důvodu pocitu hořkosti, nespravedlnosti a vnitřního napětí. Lidé se získaným postižením mají tendenci se srovnávat se zdravými vrstevníky a potřebu se jim vyrovnat (Vágnerová, 2004).

Dospělý člověk s postižením prokáže svou zralost tím, že si vytvoří určitou identitu, která zahrnuje i jeho handicap a počítá s omezením. „*Postižený jedinec není vždycky schopen zvládnout všechny požadavky dospělosti*“ (Vágnerová, 2004, s. 184). Může se stát, že zůstane závislý, nesoběstačný. V dospělosti je důležité v jaké míře zatíží zdravotní problémy zvládnutí role profesní, partnerské a rodičovské. U dospělých osob se získaným postižením, které si již tyto role osvojily, je nutné usilovat o jejich udržení. Vlivem zhoršení kvality života, omezením aktivit a příležitostí však přesto může dojít k rozpadu rodiny, ztrátě zaměstnání. V profesní oblasti uspokojuje dospělý člověk svou potřebu seberealizace, schopnost navazování kontaktu, komunikace a respektování určitých norem. Práci lze považovat za zdroj smyslu života. Rizikem se stává u lidí zdravotně znevýhodněných nezaměstnanost, která může vést k stimulaci obranných reakcí různého druhu i k tělesnému a psychickému chátrání. Na jedné straně se může projevit agrese vůči zdravým a na straně druhé postoj přijaté invalidní bezmocnosti. Může se potom objevit sklon k náhradnímu uspokojování jídlem, alkoholem a kouřením (Vágnerová, 2004).

Partnerská role je pro postiženého člověka velmi významná a získání partnera funguje jako důkaz normality. Omezení kontaktů s lidmi snižuje i šance získat partnera a přátele. V důsledku sociální deprivace má osoba s postižením tendenci upnout se na jakéhokoli člověka v jeho blízkosti a mohou se měnit mezilidské vztahy. Jedinec se závažnějším postižením má omezenou možnost získat partnera a dochází k přetrvávání závislosti a vazby

na rodičích. Naplnění partnerského vztahu není vždycky standardní, ale může být uspokojivé. Uzavření manželství u zdravotně postižených znamená nejen pocit jistoty a zázemí, ale i potřebu seberealizace. Typickým znakem těchto svazků je pravděpodobnost, že budou postiženi oba partneři, kteří se znají ze společných aktivit. Pokud se jedná o postižení získané v dospělosti, je nutné, aby člověk svou partnerskou roli neztratil nebo aby nebyla tolik deformována. Téma sexuálního života a partnerství u osob s postižením je velice aktuální a řeší v současné době otázku poskytování odborné asistence v této oblasti. Další potřebou uspokojení seberealizace je rodičovství a děti jsou potvrzením hodnoty člověka v rodičovské roli (Vágnerová, 2004).

2.4 Sociální aspekty

„Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, posiluje závislost na jiných lidech, je zábranou pro získání mnoha zkušeností a s tím souvisejícím omezením socializace, resp. sociální adaptace“ (Vágnerová, 2004, s. 251). Zařazení jedince se zdravotním postižením do společnosti zdravých může být obtížné, neboť se jedná o trvalou vlastnost, která bývá sociálně nápadná a znevýhodňující. Tělesné deformace a nápadné změny snižují a ovlivňují status jedince s postižením, jeho akceptaci okolím, sociální hodnocení, včetně sebehodnocení (Vágnerová, 2004).

K lidem s postižením se společnost staví často odmítavě či ambivalentně, což obvykle vychází z nedostatku informací a porozumění jejich problémům. Emocionální postoj zahrnuje pozitivní i negativní emoce. Handicapovaní vzbuzují soucit, ale zároveň i hrůzu a odpor. Tendence generalizace, tedy sklon vidět všechny osoby s postižením stejně, je typickým projevem předsudků. Trvalé postižení nelze považovat jen za biologickou odchylku, je hodnoceno za určitých okolností jako sociální stigma. Problémem může být způsob, jakým jsou jedinci s postižením vnímáni, hodnoceni a akceptováni. Postižení lidé mají potom tendenci vytvářet specifické skupiny a zaujímají určité postojoyé stereotypy, např. pocit ukřivděnosti a podezíravosti. U později vzniklých postižení je nutné přijmout novou uspokojivou identitu. Postoj společnosti může ovlivnit i subjektivní hodnocení vlastního postižení (Vágnerová, 2004).

Integrace do majoritní společnosti zdravých je dvoustranný proces a je výsledkem procesu učení, přizpůsobení se na úrovni kognitivní a emotivní. Důležitým předpokladem

pro začlenění do společnosti je schopnost komunikace. Osoby s postižením často preferují společnost lidí se stejným postižením, lépe si s nimi rozumějí, mají podobné problémy a obvykle mezi nimi nacházejí svého budoucího partnera. Lidé s později vzniklým postižením nemají o postoji majoritní společnosti tak negativní představy, protože oni byli dost dlouho zdraví a většinou se jim podařilo uchovat nějaké kontakty s lidmi, kteří netrpí žádným postižením. Zde je zřejmá rozdílnost vrozeného a získaného handicapu. Integrace má různé stupně. Základní integraci představuje přijetí rodinou, celkový přístup a vyrovnaný postoj k postižení, což následně vede k rozvoji a zachování schopností a dovedností člověka s postižením. Vytváří se tak základ pro jeho následnou integraci do zaměstnání, do společnosti (Vágnerová, 2004).

3 Aktivizační přístupy

Novosad (2000) zmiňuje, že v rámci aktivit ve prospěch lidí se zdravotním postižením se často hovoří o péči, podpoře, servisu, službách a pomoci. Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každého člověka, osoby s postižením nevyjímaje. Překážky a nezdary při realizaci běžných lidských potřeb vedou k frustraci, citové a výkonové deprivaci, mohou narušit harmonický vývoj osobnosti a ovlivnit jeho integritu. Další uplatnění, úspěšný nový start, využití předpokladů však závisí na podpoře a pomoci okolí - rodiny, ale také odborných pracovníků z oblasti léčebné, sociální a pracovní rehabilitace. Člověk s postižením potřebuje tedy v individuální míře určitou pomoc či kompenzaci. Jedná se o zpřístupňování vzdělání, pracovního uplatnění, kulturního vyžití nebo o vyrovnávání příležitostí, např. seberealizace a společenského uplatnění. Důležitý je individuální přístup, který respektuje potřeby daného jedince a přispívá k jeho maximálnímu rozvoji. U dospělých osob se získaným postižením je to navázání na předchozí zvyklosti a zájmy (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

3.1 Aktivizace

Aktivizaci definuje Psychologický slovník (Hartl, Hartlová 2000, s. 9) jako „*nespecifické označení úrovně aktivity, vybuzenosti, založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti*“. Kohoutek vysvětluje aktivizaci ve slovníku cizích slov (www.slovník-cizich-slov.abz.cz) jako proces, kterým jsou lidé (jedinci nebo i skupiny) vedeny k činorodosti. Je to tedy stav, kdy má člověk dobrý pocit, že něco dělá pro sebe nebo pro své okolí. Aktivizace by se měla týkat fyzické i psychické stránky jedince, ale je důležité brát zřetel na individuální rozdíly. Psychická aktivizace je nutná u osob, které mají sklony k depresivním stavům, sociální izolaci a u apatických jedinců.

Smyslem aktivizace u osob s tělesným postižením je podporovat takové procesy, jejichž výsledkem je větší nezávislost na službě a vyšší míra samostatnosti. Aktivizační činnosti vedou buď k získání něčeho nového a nebo vedou k udržení stávajících dovedností. Každý člověk si sám stanovuje, co ho baví, motivuje a aktivizuje. Aktivizace ve svém významu tedy nemusí vždy znamenat aktivní způsob života. Je to proces, ve kterém je nezbytné se ptát, co motivuje konkrétního klienta být aktivní a činorodý, případně, co by ho k tomu mohlo motivovat (Vojířová, 2012).

3.2 Ucelená rehabilitace jako nástroj aktivizace

MKF uvádí definici: „*rehabilitace je obnova optimálního, nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků v oblasti aktivit a participací pro život a práci člověka*“ (WHO, 2001).

Úkolem a cílem rehabilitace je aktivizace občanů, kteří jsou krátkodobě, dlouhodobě či trvale tělesně, smyslově nebo psychicky postižení. Potřebují odbornou pomoc, neboť nemohou sami zdravotní postižení nebo jeho následky překonat, popřípadě jim takové postižení hrozí (Švestková, Hoskovcová, 2010). Velmi často nelze řešit následky nemoci či úrazu pouze medicínskými, respektive zdravotnickými prostředky, a ačkoliv může být léčba efektivní, následky mohou být dlouhodobé či trvalé. V tomto případě je nutné využít prostředků ucelené rehabilitace, sestávající z více složek (Votava et al. 2003).

Ucelená rehabilitace (komprehenzivní) je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti (Votava et al., 2003). Jedná se tedy o interdisciplinární obor, který představuje současné pojetí rehabilitace, která již není chápána jen jako zdravotnická záležitost, a to především ve smyslu fyzioterapie, ale jako obor, který je schopen zlepšit fyzické, sociální, výchovné a pracovní dovednosti jedince (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Novosad (2000) zahrnuje do rehabilitace složku zdravotnickou, pedagogickou, sociální, pracovní, psychologickou, volnočasovou a rodinnou. Jesenský (1995) dělí dle institucionalizace rehabilitační proces do oblasti léčebné rehabilitace, sociální, pedagogické a zdravotní rehabilitace. Výsledek rehabilitačního procesu je do značné míry ovlivněn také pozitivní motivací, zájmem a aktivitou osoby se zdravotním postižením (Jesenský, 1995). Bez ucelené rehabilitace by se člověk po těžkém úrazu mohl jen stěží zapojit do společenského života (Vítková, 2006).

3.3 Přístupy léčebné rehabilitace

Léčebná rehabilitace je součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, terapeutických a organizačních opatření, které směřují k maximální funkční schopnosti jedince a vytváří podmínky pro její dosažení (Kolář et al., 2009). Primární úsilí léčebné rehabilitace spočívá v odstraňování funkčních poruch a defektů. Úsilí sekundární potom spočívá v eliminaci následků úrazu či nemoci, které člověku znemožňují fungovat v běžném životě. Využívá jak léčebných metod, tak i psychologických a částečně pedagogických prostředků (Jesenský, 1995). Léčebná rehabilitace je zpravidla prováděna ve zdravotnických zařízeních, kde je zajišťována celým týmem odborníků. Může být prováděna při hospitalizaci pacienta ve zdravotnickém zařízení, nebo pacient dochází na rehabilitaci ambulantně, popřípadě může navštěvovat denní stacionář. Cílem léčebné rehabilitace je v co největší možné míře odstranit či zmírnit následky nemoci či úrazu, se snahou obnovit původní stav organismu (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Tým odborníků, kteří léčebnou rehabilitaci zajišťují, tvoří lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, klinický logoped a sociální pracovník. Součástí týmu jsou také zdravotní sestry, protetiční technici a rovněž i speciální pedagog (Votava et al., 2003).

Mezi léčebné prostředky patří farmakoterapie, fyzikální terapie, fyzioterapie označovaná jako léčebná tělesná výchova (dále jen LTV), ergoterapie, logopedie, ale setkáváme se stále častěji také s metodami jako je psychoterapie, animoterapie (hipoterapie, canisterapie, felinoterapie) arteterapie či muzikoterapie (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Mezi nejčastěji využívané terapeutické přístupy a nástroje léčebné rehabilitace u osob s omezením hybnosti po úrazu zařazujeme:

a) fyzikální terapie

Využívá k léčbě fyzikální prostředky a společně s balneoterapií je součástí lékařského oboru fyzikální fyziatrie. Fyziatrie studuje působení fyzikálních podnětů k prevenci, diagnostice a terapii s cílem dosáhnout co nejlepšího funkčního stavu jedince. Jako fyzikální podněty používá přírodní i umělé zdroje všech druhů energie - mechanické, tepelné, chemické, elektrické, světelné, akustické a jejich kombinace (Kolář et al., 2009). Komačková et al. (2006) dělí fyzikální terapie na mechanoterapie, což je léčba prostřednictvím mechanických prostředků, jako jsou masáže, manuální lymfodrenáž, pneuven - tlaková masáž končetin v návleku se vzduchovými komorami, extremiter - terapie končetin měnícím se přetlakem

a podtlakem a léčba ultrazvukem. Další jsou hydroterapie neboli vodoléčba (perličkové koupele, vířivka), termoterapie - léčba tepelnými podněty (parafin, lavaterm), elektroterapie - léčba elektrickým proudem nebo elektrickými impulsy, včetně magnetoterapie, fototerapie - léčba světlem (ultrafialové a infračervené), balneoterapie - léčba přírodními léčebnými prostředky (bahno, rašelina) a klimatoterapie využívající účinné faktory klimatu.

b) fyzioterapie

Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti, který se zaměřuje na diagnostiku, terapii a prevenci poruch funkce pohybového systému. Cíleně ovlivňuje funkce ostatních orgánových systémů včetně psychických prostřednictvím pohybu a jiných fyzioterapeutických prostředků. Hlavním léčebným prostředkem je LTV pod vedením fyzioterapeuta. Jde o cvičení za účelem zlepšení síly, rozsahu pohybů či koordinace a nácvik chůze eventuálně s použitím pomůcek. Provádí se individuálně nebo ve skupině. Terapeutické prostředky lze dělit na prostředky nespecifické a specifické (Votava et al., 2003).

Nespecifické zahrnují kondiční cvičení s cílem celkové aktivace, zlepšení a udržení fyzické kondice a pozitivním vlivem na psychiku. Jako součást kondičního cvičení lze řadit i dechová cvičení (Votava et al., 2003). Faltýnková (2012) zmiňuje u klientů po úrazu míchy účinná cvičení s využitím rehabilitačních přístrojů, jako je například MOTomed, Lokomat a vertikalizace do sedu a stoje. Oblíbené je rovněž fitness, individuální plavání para, a skupinová cvičení na žíněnkách v tělocvičně. Posilování aktivních svalů končetin a trupu je prováděno pomocí rehabilitačních pomůcek, jako jsou míče, pružné tahy, válce a balanční pomůcky.

Druhou skupinu tvoří prostředky specifické, kdy se jedná o uzavřené systémy pojmenované po původním autorovi. Mezi nejčastěji používané specializované metody u osob po úraze patří Vojtova metoda reflexní lokomoce, která představuje přístup k diagnostice a terapii centrálních a některých periferních poruch motoriky. Využívá tlak na reflexivní body k vyvolání pohybových vzorů – reflexního plazení a reflexního otáčení, které představují základ lidské lokomoce (chůze). Další metodou je Bobath koncept, jehož cílem je optimalizace funkce zlepšení posturální kontroly a selektivního pohybu pomocí způsobu manipulace a zacházení s klientem, vedení pohybu fyzioterapeutem, aktivace pánve a dolních končetin v antispastickém postavení. Jiné využívané fyzioterapeutické metody jsou například

Kabátova metoda (PNF), metoda dle Mojžíšové, Synergicko reflexivní terapie (Votava et al., 2003).

c) ergoterapie

Je jednou z nejdůležitějších součástí rehabilitace osob s tělesným postižením poudrazové etiologie. Jedná se o zdravotnický obor, který „*prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení...*“ (Česká asociace ergoterapeutů in Votava, 2009, s. 7). Ergoterapie využívá různé specifické diagnostické a léčebné postupy, metody a činnosti, přičemž jejím cílem je dosažení maximální nezávislosti a soběstačnosti osob v prostředí domácím, pracovním a sociálním a zvýšení kvality jejich života. Prostřednictvím vhodných, cílených a smysluplných aktivit či zaměstnání se ergoterapeut snaží u osoby dosáhnout nejvyšší možné úrovně fungování v aktivitách denního života – anglicky „*activities of daily living*“ (dále jen ADL), volného času a v pracovních činnostech. Prostředky oboru jsou diagnostické, preventivní a terapeutické (Votava et al., 2003). Podle typu používaných činností rozeznáváme v ergoterapii čtyři oblasti:

- Ergoterapie zaměřená na trénink ADL - cílem je dosažení co největší soběstačnosti a samostatnosti v oblasti personální ADL, kam patří hygiena, oblékání, konzumace stravy a pití, používání mechanismů v domácnosti, jako jsou vypínače, počítač, telefon. A samozřejmě sem řadíme mobilitu a přesuny – chůze bez opory, jízda na vozíku, přesuny z vozíku na postel, na WC, do auta. Druhou skupinu tvoří instrumentální ADL, což jsou činnosti jako nakupování, příprava jídla, domácí práce, použití dopravy, manipulace s penězi. Ergoterapeut hodnotí, jak klient zvládá jednotlivé činnosti a v případě problému navrhuje pro zlepšení funkce různé strategie za pomoci kompenzačních pomůcek (Votava, 2009).
- Ergoterapie cílená na postiženou oblast – jde o cvičení, které se většinou s pomocí nějakého nástroje nebo zařízení zaměřuje na zvětšení svalové síly, zlepšení koordinace, cvičení v určité poloze, jako je sed a leh a cílený trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, orientace, myšlení) i rozvoj komunikace a sociální dovednosti.

- Kondiční ergoterapie - hlavním úkolem je odpoutat pozornost pacienta od nepříznivého vlivu onemocnění, aktivovat pacienta a udržet duševní pohodu u postižení dlouhodobého či trvalého charakteru.. Program kondiční terapie se sestavuje na základě zájmů pacienta a využívá společenských her, rukodělných činností, jako je tkaní, keramika, práce se dřevem a sportovních aktivit (Votava et al., 2003).
- Předpracovní ergoterapie - zaměřuje se na předpracovní hodnocení a trénink s použitím modelových činností a testů, které pomohou posoudit předpoklady klienta pro budoucí pracovní uplatnění, neboť pracovní začlenění osoby se zdravotním postižením je důležitým cílem rehabilitace. V České republice je vypracován systém označovaný jako ergodiagnostické hodnocení, jehož výsledkem je navržení dlouhodobého rehabilitačního plánu. Následuje trénink dovedností různého typu, například nácvik jemné motoriky, základy práce s osobním počítačem a jiné (Votava, 2009).

Za podpory a vedení terapeutů se klienti učí mnoho denních činností, které jsou nezbytné pro dosažení nezávislosti a produktivního a spokojeného života. Ergoterapeut se soustřeďuje hlavně na stanovení stupně schopnosti sebeobsluhy klienta a jeho svalové a pohybové možnosti. Na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie. Poskytuje klientovi poradenství v oblasti úpravy domácího prostředí, nácvik sebeobsluhy, plánuje výtvarné aktivity pro zlepšení motoriky a úchopu klienta. Zaměřuje se také na zlepšování psychické rovnováhy, provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních, sociálních dovedností. Doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, členy rodiny a ošetřovatele tyto pomůcky používat. Provádí ergodiagnostické vyšetření a předpracovní rehabilitaci. Podílí se na sociální rehabilitaci (Jelínková, Krivošíková, 2007).

Ergoterapie se uplatňuje v ambulantních a lůžkových zařízeních, rehabilitačních centrech a ústavech, lázeňských zařízeních, ergonomických pracovištích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, psychiatrických léčebnách, geriatrických zařízeních, denních stacionářích, domovech pro seniory (Votava, 2009).

d) logopedická terapie

Je poskytována klientům s poruchami komunikace centrálního nervového původu, jako je afázie, dysartrie, dysfagie (porucha polykání). Na základě výsledku vyšetření je vypracován plán rehabilitace řeči, který je zaměřen především na obnovu jazykového systému, kde výchozím bodem jsou jeho zachovalé složky a funkce. Dále podporuje schopnost srozumitelné komunikace v každodenních situacích a k vytvoření nejpříjemnější formy komunikace využívá vlastní kompenzační schopnost klienta

V logopedické terapii je užíváno různých pomůcek – obrázkový slovník, pracovní listy, diktafon, videokamera a další metody a cvičení využívána v logopedii, např. masáže mluvidel, orofaciální stimulace, dechová, artikulační cvičení a cvičení mluvidel (Votava, 2009).

e) psychoterapie

Jedná se o psychologickou rehabilitaci, která usiluje o zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci. Může zahrnovat individuální i skupinovou psychoterapii, aplikovanou psychoterapii (muzikoterapie, arteterapie) a trénink psychosociálních dovedností. Psychoterapie je aplikací psychologických prostředků či technik, které jsou komunikační, vztahové a aktivizační povahy. Psychoterapie působí na duševní život, chování, prožívání člověka a mezilidské vztahy. Probíhá jako záměrná, diferencovaná a odborně podložená interakce mezi klientem a terapeutem. Je významná při zvládání poúrazových stavů, mozkových příhod a jiných dlouhodobých nebo trvale život omezujících postižení (Novosad, 2000). V současné době je psychoterapie často aplikována v podobě muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie. Další formou je animoterapie (označovaná i jako zooterapie), což je terapeutické využití zvířat. Patří sem felinoterapie, hipoterapie a canisterapie (Renotířová, Bendová, 2005).

Nedílnou součástí psychologické práce je neuropsychologické vyšetření kognitivních funkcí (paměť, pozornost, percepce a další). Toto vyšetření je velmi důležité především u pacientů po kraniotraumatech (lebečních poraněních), cévních mozkových příhodách a u jiných neurologických postižení. Na základě vyšetření je sestaven plán rehabilitace zhoršených kognitivních funkcí. Cílem této léčby je nejlepší možná obnova těchto funkcí. Pro pacienta má tato rehabilitace často zásadní vliv na jeho současnou i budoucí kvalitu života (Powell, 2010). Po poškození mozku se dá s úspěchem využít funkční trénink paměti

a pozornosti pomocí doporučených počítačových programů Neurop, HAPPYneuron (www.cerebrum2007.cz)

3.4 Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace“ (Votava et. al., 2003, s. 70). Cílem sociální složky je vytvoření předpokladů pro samostatnost, integraci, nezávislost a také pracovní uplatnění (Jesenský, 1995). Sociální integrace je začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti. Primární jednotkou společnosti je bezesporu rodina, proto je podpora vztahů v rodině jedním ze základních cílů sociální rehabilitace (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

Sociální rehabilitace je souborem specifických činností, které se aktivně zaměřují na existenční (materiální) zabezpečení, legislativní ochranu, snížení stupně závislosti osob se zdravotním postižením, jejich začlenění do společnosti, uplatnění osobního potenciálu, (re)socializaci, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb či úpravy místních podmínek (Novosad, 2000). Z oblasti sociálního zabezpečení se jedná o možnost požádat o invalidní důchod, dále příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, na zvláštní pomůcku. Z oblasti sociálních služeb je důležité zmínit bezplatné sociální poradenství, služby sociální péče a sociální prevence. Pro integraci osob s tělesným postižením do běžného prostředí je nepostradatelná terénní služba osobní asistence.

Sociální rehabilitace je jednou z poskytovaných sociálních služeb dle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a je zde definována jako *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných pro samotný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“*

3.5 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je dalším z pilířů ucelené rehabilitace. Není ukotvena v žádném platném právním předpise. Je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje běžnými pedagogickými prostředky dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání. Její efektivita je důležitá v době dětství a dospívání, neboť právě v těchto životních obdobích je edukace a výchova základem, přestože se jedná o celoživotní proces. V dospělosti to může být doplnění vzdělání vysokoškolského či rekvalifikace, které zvýší možnost pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením (Votava et al. 2003).

Pedagogická rehabilitace čerpá nejen z obecné, ale i ze speciální pedagogiky. Cílem je především zajistit co nejoptimálnější rozvoj osobnosti, který jedincům se zdravotním postižením usnadní integraci do společnosti. Součástí pedagogické rehabilitace jsou další specifická hlediska, může se jednat o psychologii, ale také o pedagogiku volného času (Votava et al., 2003). Mezi její prostředky patří reedukace, kompenzace, vytváření a realizace individuálních vzdělávacích plánů (Novosad, 2000). Za součást pedagogické rehabilitace lze považovat i složku volnočasovou, která zahrnuje celé spektrum sportovních, kulturních a zájmových aktivit, jež směřují k opětovnému rozvoji osobnosti s omezením hybnosti (Renotierová, Bendová, 2005).

3.6 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je další složkou ucelené rehabilitace a zaměřuje na možnost pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením. Cílem pracovní rehabilitace je integrace osob se zdravotním postižením na trh práce, neboť práce je primární potřebou člověka a není-li uspokojována, může dojít k frustraci či izolaci jedince.

Pracovní rehabilitace je legislativně ukotvena v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů a v prováděcí vyhlášce č. 518/2004 Sb. Je zde vymezena jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené*“. Mezi nástroje pracovní rehabilitace dle výše uvedeného zákona patří profesní a pracovní poradenství zaměřené na volbu povolání. Dále je to samotná

volba zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretická a praktická příprava pro zaměstnání, která zahrnuje i specializované rekvalifikační kurzy, zprostředkování, udržení nebo změna zaměstnání, změna povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. S ohledem na zdravotní způsobilost osoby, její schopnost vykonávat soustavné zaměstnání a situaci na trhu práce, sestaví Krajská pobočka Úřadu práce individuální plán pracovní rehabilitace.

3.7 Činnost organizací

Aktivizační činnosti pro osoby s tělesným postižením poúrazové etiologie nabízejí a organizují formou poskytování sociálních služeb různé neziskové organizace, spolky, a společnost. Jejich náplní je také poskytování odborného poradenství, půjčování kompenzačních pomůcek, sociální rehabilitace, osobní asistence a odlehčovací služby. Není výjimkou, že jejími zakladateli jsou samotní lidé s postižením nebo jejich rodinní příslušníci. Mezi nejznámější patří například Svaz tělesně postižených v České republice, a.s., Centrum Paraple, Liga vozíčkářů, ParaCENTRUM Fenix v Brně, Spolek Trend vozíčkářů Olomouc a Česká asociace paraplegiků – CZEPA. Osobám po poškození mozku se věnuje Cerebrum – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin a po amputaci dolních končetin je to pražské sdružení No foot, no stress. Tyto společnosti pomáhají osobám s tělesným postižením po úrazech zlepšit fyzický i psychický stav, naučit se používat kompenzační pomůcky, dosáhnout co největší samostatnosti a nezávislosti, vrátit se k rodině, hledat nové bydlení a partnera, věnovat se zájmům, koníčkům a rovněž napomáhají při jejich návratu do zaměstnání.

V rámci aktivizačních programů se mohou osoby po úrazu věnovat sociálně terapeutickým činnostem - výtvarné a rukodělné, účastnit různých společenských a kulturních akcí, vzdělávacích kurzů, workshopů a tematických setkání se zapojením rodiny. Velkým přínosem je pro osoby s tělesným postižením poúrazové etiologie možnost zapojit se do relaxačních a pohybových cvičení a šance vyzkoušet si různé aplikované sportovní aktivity. Pro osoby na vozíku je to například jízda na speciálním kole - handbiku, plavání, terapie v bazénu, kajak, stolní tenis, florbal, boccia, rugby na vozíku, lyžování na monoski, hipoterapie, lukostřelba, potápění, handibox a sledge hokej. Někteří jedinci s tělesným

postižením našli ve sportu smysl svého života, začali provozovat sport vrcholově, účastní se různých soutěží a také paralympiády. Přímo v Olomouci se zaměřuje a věnuje sportu, tělesné výchově a volnočasovým aktivitám pro osoby se zdravotním postižením Centrum aplikovaných pohybových aktivit (APA) Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci. Sport má důležitou funkci při aktivním využití volného času. Jedním ze specifických cílů sportu je aktivizace, překonávání sociálních bariér a navázání nových společenských kontaktů (Ješina, 2012).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Cíle práce a výzkumné otázky

4.1 Stanovení cílů

Jak vyplývá již z názvu bakalářské práce, bude se cíl výzkumu dotýkat stěžejního tématu, kterými jsou aktivizační přístupy k osobám s tělesným postižením poúrazové etiologie. U jedinců po úrazu se zpravidla jedná o dlouhodobý rehabilitační proces, který zahrnuje významné přístupy a aktivity zejména v oblasti léčebné. Po návratu do domácího prostředí je důležité za účelem jejich aktivizace využívat i ostatní nástroje systému ucelené rehabilitace.

Ve výzkumné části práce byly zvoleny následující dva cíle:

Cíl č.1: Zjistit, které formy aktivizace absolvovaly osoby po úrazu v rámci léčby v rehabilitačním zařízení a případně v domácím prostředí.

Cíl č.2: Zjistit, jaké aktivizační činnosti vyhledávají osoby po úrazu ve volném čase, a v které oblasti aktivizaci postrádají.

4.2 Výzkumné otázky

- Které aktivizační přístupy využily osoby po úrazu v rámci léčebné rehabilitace?
- Jaké oblíbené aktivity vyhledávají osoby ve svém volném čase?
- V které oblasti vnímají aktivizační přístupy jako stále nedostačující?

5 Metodologický rámec práce

5.1 Metody výzkumu

Vzhledem k tématu práce byl pro šetření zvolen kvalitativní výzkum s využitím metody polostrukturovaného rozhovoru a také pozorování.

Jak uvádí Miovský (2006, s. 17), kvalitativní přístup „*je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných a nekvantifikovatelných vlastností zkoumaného fenoménu naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativní metody*“. Za kvalitativní výzkum bývá považován jakýkoli výzkum, jehož výsledky nejsou dosaženy pomocí statistických metod ani jiných způsobů kvantifikace. Zahrnuje popis a interpretaci sociálních nebo individuálních problémů. Jeho velkou předností je získání vhledu a podrobného popisu při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu v jeho přirozeném prostředí, což umožňuje výzkumníkovi studovat procesy a navrhopvat různé teorie. Nezůstává na jejich povrchu, ale provádí podrobné srovnání jednotlivých případů, sleduje jejich vývoj a podmínky vzniku. Zároveň citlivě zohledňuje působení kontextu, situace a podmínek. Tyto metody mu umožňují přiblížit se všednímu životu zkoumaných lidí a získat integrovaný pohled na předmět výzkumu (Hendl, 2005).

Při kvalitativním výzkumu se používají málo standardizované metody získávání dat, přičemž důležitou roli hraje sám výzkumník. „*Typy dat v kvalitativním výzkumu zahrnují přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, fotografie, audio a videozáznamy, deníky, osobní komentáře, poznámky, úřední dokumenty, úryvky z knih a všechno to, co nám přibližuje všední život zkoumaných lidí*“ (Hendl, 2005, s. 50). Pro polostrukturovaný rozhovor si výzkumník připravuje určité schéma, které obvykle specifikuje okruhy otázek pro respondenty, a toto schéma je pro výzkumníka závazné. Výzkumník si může dle potřeby a možností zaměřovat pořadí, ve kterém se okruhům otázek věnuje, aby tak maximalizoval výtěžnost interview. Pokud je to nutné, je možné od respondenta žádat upřesnění, vysvětlení jeho odpovědi, či pokládat doplňující otázky. Při polostrukturovaném interview lze dosáhnout větší přesnosti a výtěžnosti než při klasickém strukturovaném interview (Miovský, 2006). Tato výzkumná strategie je založená na hledání porozumění sociálního nebo lidského problému. „*Hlavním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce*“ (Hendl, 2005, s. 50).

5.2 Výběr respondentů

Aby bylo možné získat na problematiku komplexní náhled, zvolili jsme respondenty s různým tělesným postižením poúrazové etiologie, rozdílné věkové kategorie dospělosti, pohlaví a s odlišným časovým odstupem od vzniku tělesného postižení. Spolupráci jsme navázali s pěti respondenty převážně z olomouckého regionu. Jednalo se jak o účastníky aktivizačních činností poskytovaných ambulantně v zařízení poskytující sociální služby, tak také o osoby z okruhu známých. Všichni se výzkumu zúčastnili dobrovolně a nikdo spolupráci neodmítnul. Respondenti byli spíše rádi, že si mohou s někým popovídat o svém úrazu, současné sociální situaci a oblíbených aktivitách. Přestože žádný z nich nevyjádřil přání zůstat v anonymitě, v práci jsou zveřejněna pouze jejich křestní jména:

Respondent č. 1 – Daniela,

žena, 48 let, uklouznutí a pád s následným poraněním hlavy a mozku – kontuze, těžká levostranná centrální spastická hemiparéza, plegie, sekundární epilepsie, narušení kognitivních funkcí, zachována hybnost pravé horní a dolní končetiny, imobilní – invalidní mechanický vozík.

Respondent č. 2 – Josef,

muž, 57 let, nehoda na motocyklu, neurotmesis - poškození periferního nervu v oblasti pažní pleteně, plegie celé pravé horní končetiny, hybnost ramene zachována.

Respondent č. 3 – Jirka,

muž, 23 let, skok po hlavě do bazénu, fraktura krční páteře oblast C7, poškození míchy v etáži C6-Th1 - tetraplegie, imobilní – invalidní mechanický vozík.

Respondent č. 4 – Honza,

muž, 35 let, automobilová nehoda, amputace levé dolní končetiny v oblasti stehna, protéza.

Respondent č. 5 – Jitka,

žena, 41 let, automobilová nehoda, těžký otřes mozku, částečně mobilní, francouzské berle, porucha rovnováhy, zdvojené vidění – diplopie, narušení kognitivních funkcí.

5.3 Sběr a záznamy dat

Výzkum byl realizován v průběhu třech měsíců, a to od listopadu 2014 do ledna 2015 metodou polostrukturované interview a pozorování. Důležité poznatky byly získány také studiem odborné literatury a lékařských zpráv, rozhodnutí o invaliditě, které někteří respondenti poskytli. Základním předpokladem spolupráce je navázání kontaktu s respondentem, příjemná a otevřená atmosféra a motivace respondenta ke spolupráci. Při rozhovorech s pěti respondenty bylo tedy nezbytné, aby probíhaly v přirozeném prostředí, ve vhodné dobu a dostatečným časovým prostorem. Interview se uskutečnila převážně dle preferencí respondentů v domácím prostředí, s některými také při organizovaných skupinových aktivitách. Délka se odvíjela od ochoty respondentů odpovídat na otázky a v průměru tato doba činila 30 minut.

Rozhovor obsahoval celkem patnáct otázek a je uveden v příloze č. 1 této práce. Na úvod jsou kladeny nejobecnější otázky, jako je věk v době pořízení rozhovoru, pohlaví, příčina úrazu a následná poškození, jež uvedly respondenty do problematiky. Potom pokračovaly otázky týkající se aktivit a podmínek v průběhu rehabilitace. Při sestavení rozhovoru byly určeny oblasti, kterých se výzkum dotýká a současně bylo ponecháno dostatek prostoru pro další informace. Položky č. 1 až č. 10 se zaměřují ke zjištění prvního výzkumného cíle a otázky č. 11 až č. 15 se váží ke zjištění cíle druhého.

Se souhlasem respondentů byly v průběhu interview a pozorování zaznamenány písemné poznámky do předem připravených archů. Výsledky každého rozhovoru byly shrnuty do jednotlivých tabulek a doplněny ještě textem s dalšími získanými informacemi, postřehy, upřímnými vlastními pocity a názory komunikačních partnerů. Pomocí takto zpracovaných tabulek byly provedeny výsledky šetření a závěr.

Respondent č. 1	
Daniela	
Věk	48 let
Pohlaví	Žena.
Jaká byla příčina úrazu?	Uklouznutí a pád s nárazem na hlavu.
Jak dlouhou dobu jste po úrazu?	Po úrazu jsem 2 roky. Úraz se stal v listopadu 2012.

Jaké tělesné postižení vzniklo následkem úrazu?	Traumatické poranění mozku – kontuze, těžká levostranná spastická hemiparéza/plegie, sekundární epilepsie.
V kterém zdravotnickém zařízení probíhala Vaše léčba?	Fakultní nemocnice Olomouc, Odborný léčebný ústav Paseka, Rehabilitační ústav Hrabyně, Rehabilitace Darkov.
Jaké aktivizační činnosti jste tam absolvoval/a?	Fyzioterapie, vodoléčba, ergoterapie, skupinové cvičení na vozíku, MOTOMed, logoterapie, arteterapie, pracovní činnosti, 1 x za měsíc canisterapie, felinoterapie.
Využil/a jste podporu a pomoc psychologa?	Ano, pouze jednou návštěva psychologa v rehabilitačním centru.
Byl/a jste spokojen s aktivizačním přístupem zdravotnického personálu?	Byla jsem velice spokojena v Rehabilitačním ústavu Hrabyně - Chuchelná. Fyzioterapie a aktivizace byla intenzivní. Nejvíce mne bavily pracovní činnosti, např. modelování z hlíny na procvičení jemné motoriky.
Používáte po úrazu nějaké kompenzační pomůcky?	Invalidní vozík mechanický, elektrické polohovací lůžko pomůcky pro hygienu – toaletní křeslo.
Byla nutná úprava domácího prostředí?	Bude nutná úprava bytu na bezbariérový, chybí hlavně sprchový kout.
Je poskytována péče, aktivizační činnosti v domácím prostředí?	Domácí péče -fyzioterapie – 3x týdně, masáže – 1x týdně, cvičení paměti, pozornosti, činnostní terapie – 2x týdně.
Přístup v sociální oblasti?	Invalidní důchod – III. stupeň, příspěvek na péči III. stupeň, příspěvek na mobilitu. Vše pomohla vyřídit rodina.
Vliv úrazu na zaměstnání?	Původní profesi kadeřnice již nemohu vykonávat.
Provozování aktivit a koníčků?	Křížovky, sledování televize, malování, felinoterapie.
Aktivizační činnosti organizací?	Před měsícem rodina zařídila terénní službu osobní asistence a mohu se tak účastnit skupinových aktivit v organizaci Spolek Trend vozíčkářů Olomouc, např. přednášek, filmového klubu, pracovní terapie.
V které oblasti aktivizaci postrádáte?	Uvítala bych možnost podpory ergoterapeuta a psychologickou pomoc v domácím prostředí.

Tab. 2: Rozhovor č.1
Zdroj: Vlastní zpracování

Paní Daniela se narodila v roce 1966. Bydlí se svým manželem a dcerou v panelovém třípokojovém bytě. Před úrazem pracovala celkem 25 let jako kadeřnice.

V listopadu 2012 uklouzla na mokré podlaze a došlo k těžkému uzavřenému poranění hlavy a mozku - kontuzi. V bezvědomí byla celkem 24 hodin, objevilo se vnitřní - intracerebrální krvácení a následný otok mozku. Po úrazu byla diagnostikována těžká levostranná centrální hemiparéza/plegie, sekundární epilepsie, organický psychosyndrom, narušení kognitivních funkcí, zejména krátkodobé paměti. Levá horní končetina je bez možnosti aktivního pohybu – plegie a má spastické postavení v lokti. Levá dolní končetina rovněž plegie, spontánní hybnost nelze. Je zachována hybnost pravé horní a dolní končetiny, komunikace není narušena. Paní Daniela je imobilní a zcela odkázána na pomoc druhé osoby. Sama se nepostaví a neovládá mechanický vozík.

Po akutní péči následoval pobyt v Odborném léčebném ústavu Paseka a potom tříměsíční rehabilitace v Rehabilitačním ústavu Hrabyně – Chuchelná. Zde probíhala intenzivní fyzioterapie a ergoterapie, skupinové cvičení na vozíku, vertikalizace, cvičení na MOTOmedu, individuální cvičení na posteli, vodoléčba, masáže a balneoterapie. Paní Daniela někdy odmítla spolupracovat, ale personál byl při rehabilitaci přísný a důsledný. Z aktivizačních činností nejvíce paní Danielu zaujaly činnosti v dílně. Bavila ji zejména práce s hlínou na procvičení jemné motoriky.

Po návratu do domácího prostředí vyřídila rodina paní Daniele invalidní důchod, příspěvek na péči a příspěvek na mobilitu. Paní Daniela má invaliditu třetího stupně, její pracovní schopnost poklesla o 75% a není schopna výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek. V současnosti pečuje o paní Danielu v domácím prostředí osoba blízká – dcera, která právě ukončila vysokoškolské studium. Ambulantně dochází domů třikrát týdně fyzioterapeut, který provádí odborná protahovací cvičení, polohování, masáže a cvičení na MOTOmedu. Terénní pracovník v sociálních službách poskytuje denně dvě hodiny přímou péči a aktivizační činnosti zaměřené na procvičování kognitivních funkcí – dlouhodobá paměť, koncentrace pozornosti, prostorová představivost. Při svém pobytu v Odborném léčebném ústavu Paseka paní Danielu velice zaujala terapie s kočkami, a proto ji pořídila dcera domů rovnou dvě.

Péče o osobu po úraze je pro celou rodinu velká fyzická i psychická zátěž. Dcera uvedla: „*Nechtěla jsem dát maminku do nějakého ústavu, ale to sem netušila, jak je péče hrozně náročná. Nejen maminka, ale všichni potřebujeme pomoc psychologa, ale ta bohužel není v domácím prostředí*“. Paní Daniela má zajištěnou péči a aktivizaci v domácím prostředí, ale rodina si uvědomovala, že ji chybí kontakt se společenským prostředím. Rozhodla se využít službu osobní asistence a zajistit účast na aktivitách v blízké organizaci Spolek Trend vozíčkářů Olomouc. „*Moc se tam těším, protože se vždycky nasmějeme*“. Jedná se zejména o různé přednášky, pracovní činnosti, arteterapii, návštěvy kulturních akcí. Paní Daniela zde přijde do kontaktu s ostatními lidmi a získává větší motivaci pro rozvoj vlastní samostatnosti, soběstačnosti a také zájem o další aktivity. V oblasti přístupu k osobám po úraze se paní Daniela a její rodina shodli: „*Uvítali bychom pomoc a rady ergoterapeuta, abychom mohli konečně přestavět a upravit byt*“.

Rozhovor byl uskutečněn 10. 12. 2014.

Respondent č. 2	
Josef	
Věk	57 let
Pohlaví	Muž.
Jaká byla příčina úrazu?	Nehoda na motocyklu.
Jak dlouhou dobu jste po úraze?	Po úraze jsem již 40 let, úraz se mi stal v roce 1974.
Jaké tělesné postižení vzniklo následkem úrazu?	Poranění periferního nervu v oblasti pažní pleteně, úplná ztráta hybnosti – plegie celé pravé horní končetiny.
V kterém zdravotnickém zařízení probíhala Vaše léčba?	Fakultní nemocnice Olomouc, Rehabilitační ústav Kladruby.
Jaké aktivizační činnosti jste tam absolvovala?	Fyzioterapie, vodoléčba, ergoterapie, hlavně pracovní činnosti v tkalcovských dílnách na rozvoj jemné motoriky.
Využil/a jste podporu a pomoc psychologa?	Podpora psychologa nebyla v té době vůbec poskytována.
Byl/a jste spokojen s aktivizačním přístupem	Ano. V Kladrubech jsem strávil celkem 9 měsíců rehabilitace, potom jsem nastoupil na ekonomickou školu

zdravotnického personálu?	na Slovensku, která mi byla určena.
Používáte po úrazu nějaké kompenzační pomůcky?	Nepoužívám žádné kompenzační pomůcky.
Byla nutná úprava domácího prostředí?	Přizpůsobil jsem si sám domácí prostředí, hlavní byla úprava lůžka, aby nedocházelo k zatěžování a poškození páteře.
Je poskytována péče, aktivizační činnosti v domácím prostředí?	Na žádné rehabilitace nechodím, dle lékařů se jedná o zdravotní stav trvalý.
Přístup v sociální oblasti?	Byl mi přiznán invalidní důchod – II. stupeň, příspěvek na mobilitu, průkaz ZTP
Vliv úrazu na zaměstnání, studium?	Střední škola mi byla přidělena na Slovensku. Hned po škole jsem pracoval v Chronotechně 30 let jako nákupčí. Potom jsem byl propuštěn a práci jsem hledal celkem 5 let. Nyní pracuji na zkrácený úvazek jako vrátný.
Provozování aktivit a koníčků?	Manuální práce se dřevem, práce na zahradě.
Aktivizační činnosti organizací?	Nikdy jsem žádné nenavštěvoval.
V které oblasti aktivizaci postrádáte?	Určitě bych ocenil větší podporu osob s tělesným postižením v oblasti zaměstnání.

Tab. 3: Rozhovor č. 2
Zdroj: Vlastní zpracování

Pan Josef se narodil v roce 1957, je ženatý a má dvě dospělé děti. V současnosti bydlí se svou rodinou ve Šternberku.

Úraz se mu stal v sedmnácti letech při nehodě na motorce. Následkem havárie došlo k poškození periferního nervu v oblasti pažní pleteně – neurotméze. Nastala úplná ztráta hybnosti – plegie celé pravé horní končetiny Pan Josef musel podstoupit chirurgický zákrok a následně dlouhodobou rehabilitaci, přibližně 9 měsíců byl v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Tam probíhala léčebná terapie, hlavně intenzivní fyzioterapie, fyzikální terapie, LTV a polohování. Také elektrostimulace a aktivace, posilování neinervovaných svalových vláken „*V Kladrubech jsme pořád něco dělali v pracovních dílnách. Tkali jsme koberečky, brousili a opracovávali korálky*“. Jelikož byl přeučený levák, neměl žádný problém vykonávat všechny činnosti levou rukou.

Po návratu z rehabilitačního pobytu do domácího prostředí se u pana Josefa projevila úzkost a deprese. Před úrazem hodně sportoval, hrál aktivně hokej, což teď nemohl. „*Chodil jsem často k železniční trati a přemýšlel, jestli mám skočit pod vlak. Nejvíc mi v té době pomohla moje rodina*“. Pan Josef ještě neměl v sedmnácti letech ukončené středoškolské vzdělání, proto mu byla určena ekonomická škola s třídami zřízenými pro žáky s tělesným postižením až na Slovensku. Zde studoval celkem 4 roky ekonomický obor. „*No, byl to takový ústav pro odložené děti, ale pobyt tam mne vlastně zachránil od myšlenek na smrt. Ve třídě bylo s námi spoustu vozíčkářů a pořád jsme měli nějaké aktivity a činnost, jak v rámci výuky, tak i na internátu*“. Po studiu se mu podařilo sehnat zaměstnání v profesi nákupčího v Chronotechně ve Šternberku, kde nakonec pracoval celých 30 let. „*Práce mne hodně bavila a pomohla mi hlavně se začlenit*“. Cestoval jsem jako nákupčí po celé republice.

Po propuštění ze zaměstnání si našel vlastní aktivity, jako práci se dřevem a zahradničení. „*Vše se dá naučit a zvládnout i jednou rukou, třeba lopatou složit písek*“. Pan Josef nikdy nepoužíval žádné kompenzační pomůcky. Jeho zdravotní stav je trvalý, neměnný. Chodí pouze pravidelně k ortopedovi, který kontroluje stav páteře z důvodu jednostranného zatěžování na levou stranu. V současnosti má pan Josef přiznaný invalidní důchod ve II. stupni a vyřídil si i příspěvek na mobilitu. Je rád, že si nyní našel práci alespoň na zkrácený úvazek jako vrátný v Olomouci, než půjde do starobního důchodu. Pracovních nabídek je pro osoby se zdravotním postižením málo.

Rozhovor byl uskutečněn 15. 12. 2014.

Respondent č. 3	
Jírka	
Věk	24 let
Pohlaví	Muž.
Jaká byla příčina úrazu?	Skok po hlavě do bazénu.
Jak dlouhou dobu jste po úrazu?	Po úrazu jsem 3 roky. Úraz se stal v srpnu 2011.
Jaké tělesné postižení vzniklo následkem úrazu?	Fraktura krčního obratle C7 a poškození míchy, následná poúrazová tetraplegie

V kterém zdravotnickém zařízení probíhala Vaše léčba?	Fakultní nemocnice Olomouc, Spinální jednotka Brno Ponávka, v Rehabilitačním ústavu Kladruby.
Jaké aktivizační činnosti jste tam absolvoval/a?	Ergoterapie, MOTomed, fitness, plavání PARA, žíněnky TETRA, tkalcovská dílna, nácvik psaní a uchopování.
Využil/a jste podporu a pomoc psychologa?	Ano, pouze jednou návštěva psychologa v rehabilitačním centru
Byl/a jste spokojen/a s aktivizačním přístupem zdravotnického personálu?	Byl jsem spokojen. Rehabilitační cvičení, plavání a hlavně ergoterapie byly celých 6 měsíců velmi intenzivní a pro mou alespoň částečnou soběstačnost účinná.
Používáte po úrazu nějaké kompenzační pomůcky?	Invalidní vozík mechanický, elektrické polohovací lůžko, pomůcky pro hygienu – vanová sedačka, toaletní křeslo.
Byla nutná úprava domácího prostředí?	Původní byt byl v podlaží bez výtahu, a proto byla nutná výměna za podnájemní bezbariérový byt.
Je poskytována péče, aktivizační činnosti v domácím prostředí?	Docházím pravidelně na fyzioterapii na místní polikliniku, doma cvičím sám a využívám MOTomed.
Přístup v sociální oblasti?	Mám přiznaný invalidní důchod – III. stupeň, příspěvek na péči II. stupeň a příspěvek na mobilitu.
Vliv úrazu na zaměstnání, studium?	Ukončil jsem učební obor, střední školu s maturitou jsem nedostudoval.
Provozování aktivit a koníčků?	Rád bych časem věnoval nějaké sportovní aktivitě pro vozičkáře.
Aktivizační činnosti organizací?	V Přerově navštěvuji Aktivační centrum „Jsme tady“. Mohu zde cvičit na přístroji MOTREN, vertikalizačním stojanu a hlavně přicházím do kontaktu s lidmi.
V které oblasti aktivizaci postrádáte?	Možnost sportovního a pracovního uplatnění osob po úraze v blízkosti bydliště.

Tab. 4: Rozhovor č. 3
Zdroj: Vlastní zpracování

Pan Jirka se narodil v roce 1990 a v současnosti žije v Přerově v bezbariérovém třípokojovém bytě se svou matkou, která mu pomáhá.

Úraz se mu stal v srpnu roku 2011 nepovedeným skokem po hlavě do bazénu. Došlo k poranění – fraktuře obratle C7 a částečnému poškození míchy – tetraplegii s dysfunkcí močového měchýře. Následovala operace páteře, dvouměsíční pobyt na spinální jednotce v Brně – Ponávka, a potom 6 měsíců na spinální rehabilitační jednotce v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Před úrazem pan Jirka rád sportoval a byl velice aktivní. V důsledku úrazu se projevila u pana Jirky smíšená úzkostná a depresivní porucha. V Kladrubech probíhala intenzivní fyzioterapeutická cvičení a ergoterapie za účelem podpory částečně zachované hybnosti horních končetin a získání co největší soběstačnosti a samostatnosti v oblasti oblékání, sebesycení, osobní hygieny a přesunů z vozíku na lehátko. Nejvíce využíval pan Jirka fitness, plavání PARA, vertikalizační stojan a MOTomed. Díky své houževnatosti a pevné vůli byl na konci rehabilitace schopen sám sedět na vozíku, zvládat některé jednoduché úkony, ovládat počítač a dotykový telefon.

Po návratu do domácího prostředí, bylo nutné řešit bezbariérovost bydlení, a proto se nastěhoval se svou matkou do nájemního bytu. Ta mu pomohla vyřídít invalidní důchod, příspěvek na péči a příspěvek na mobilitu. Pan Jirka má invaliditu třetího stupně, jeho pracovní schopnost poklesla nejméně o 70% a je schopen výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek. Jirka začal co nejdříve docházet na pravidelná fyzioterapeutická cvičení na místní polikliniku a intenzivní cvičí i doma na MOTomedu. Účastnil se třítydenního intenzivního sociálně rehabilitačního pobytu v Centru Paraple. Kromě odborného cvičení s fyzioterapeuty a ergoterapeuty si zde s nadšením vyzkoušel různé sporty pro vozíčkáře jako potápění, pozemní hokej a jiné aktivity, např. hipoterapii. Velice kladně hodnotil přístup personálu a prohlásil, že se do Centra Paraple určitě vrátí. Nyní dochází v místě svého bydliště do Aktivačního centra „Jsme tady“. Má tak příležitost účastnit se společenských akcí, ale hlavně cvičit na novém profesionálním rehabilitačním přístroji MOTREN, který je poháněn elektromotorem a slouží pro kontinuální pohybovou léčbu dolních a horních končetin. Co pana Jirku nejvíce baví? *„Rád dělám na počítači. V budoucnu se chci hlavně osamostatnit, bydlet sám a být soběstačný. Kdyby tady tak bylo blízko nějaké zařízení, jako je Paraple, to by bylo super“*. Nejvíce pan Jirka postrádá v místě svého bydliště dostupnost komplexní služby a možnosti sportování pro osoby po poranění míchy, jaké poznal v Centru Paraple. Rovněž by uvítal větší možnosti pracovního uplatnění a seberealizace.

Rozhovor byl uskutečněn 10. 11. 2014.

Respondent č. 4	
Honza	
Věk	35 let
Pohlaví	Muž.
Jaká byla příčina úrazu?	Automobilová nehoda.
Jak dlouhou dobu jste po úrazu?	Po úrazu jsem 5 let a 7 měsíců.
Jaké tělesné postižení vzniklo následkem úrazu?	Došlo k rozdrčení a následné amputaci levé dolní končetiny v oblasti stehna.
V kterém zdravotnickém zařízení probíhala Vaše léčba?	Fakultní nemocnice Olomouc, Centrum léčebné rehabilitace Nemocnice Prostějov.
Jaké aktivizační činnosti jste tam absolvoval/la?	Fyzikální terapie, fyzioterapii a potom ergoterapie - hlavně dlouhodobý nácvik s protézou.
Využil/a jste podporu a pomoc psychologa?	Ano, ale z nemocnice nemám příliš dobré zkušenosti.
Byl/a jste spokojen/na s aktivizačním přístupem zdravotnického personálu?	Nejvíce jsem byl spokojen hlavně s přístupem protetiků, který mi pomáhal s výběrem a nastavením vhodné protézy.
Používáte po úrazu nějaké kompenzační pomůcky?	Když si sundám protézu, tak používám podpažní berle.
Byla nutná úprava domácího prostředí?	Úprava bydlení nebyla nutná. Bydlíme v rodinném domě.
Je poskytována péče, aktivizační činnosti v domácím prostředí?	Na cvičení jsem docházel ambulantně do Rehabilitačního léčebného centra v Prostějově.
Přístup v sociální oblasti?	Mám přiznaný invalidní důchod – II. stupeň.
Vliv úrazu na zaměstnání, studium?	Moji původní profesi zedníka nemohu již po úrazu s protézou vykonávat. Přijal jsem tedy práci v dílně a potom pomocné práce na stavbě.
Provozování aktivit a koníčků?	S oblibou se věnuji různým pracovním činnostem ve vlastní dílně, hlavně se dřevem.
Aktivizační činnosti organizací?	Žádné organizace nenavštěvuji. Rád jsem sportoval, jezdil na kole a lyžoval. Proto bych chtěl vyzkoušet nějaké sportovní aktivity pro osoby po amputaci.

V které oblasti aktivizaci postrádáte?	Přestože jsem po amputaci, chci pracovat, ale není to jednoduché. Možností sehnat práci po úrazu je velice málo.
--	--

Tab. 5: Rozhovor č. 4
Zdroj: Vlastní zpracování

Pan Honza se narodil v roce 1980 a žije nyní se svou manželkou a dítětem v malé obci u Prostějova. Úraz se mu stal ve třiceti letech při automobilové nehodě. Manželka byla v té době právě těhotná. Následkem úrazu došlo k těžkému postižení nosného ústrojí - amputaci levé dolní končetiny v oblasti stehna. Léčba byla po úraze velmi zdlouhavá, neboť pahýl se po amputaci skoro rok velice špatně hojil a nebylo možné včasné protézování. *„Po psychické stránce jsem na tom byl moc špatně. Představte si, že tak dlouho ležíte v nemocnici“*. Prováděna byla fyzikální terapie proti otokům a ovlivnění fantomových bolestí – střídavé koupele, fototerapie biolampou, magnetoterapie, TENS proudy a elektroneurostimulace. S podporou psychologa v nemocnici neměl pan Honza dobrou zkušenost. Potom následovaly návštěvy protetiky v Centru léčebné rehabilitace v Prostějově a výběr vhodné protézy. Komunikace s protetikem byla velice dobrá. *„Protézu jsem po fyzické stránce přijal během jednoho roku, ale po psychické stránce jsem se s ní srovnal až po čtyřech letech“*.

V rehabilitačním centru probíhal následně nácvik denních činností s ergoterapeutem. Ergoterapeutické postupy hodnotí jako velmi účinné a pozitivní. Uvedl, že by bylo dobré je absolvovat přímo v domácím prostředí. Stále dochází na kontroly k ortopedovi. Doma provádí dle pokynů masírování pahýlu a když si sundá protézu, používá podpažní berle. Návrat k původní profesi zedníka nebyl po amputaci končetiny možný, tak začal vykonávat pouze pomocné práce na stavbě. Požádal si o invalidní důchod, který mu byl přiznán ve II. stupni. Informace o jiných dávkách mu nikdo neposkytl. Protože je velice aktivní člověk, našel si práci v truhlářské dílně. Práce se dřevem ho začala bavit a nakonec si zřídil malou dílnu i doma. Se svým postižením se již vyrovnal a věnuje se hlavně rodině a práci. Před úrazem se pan Honza věnoval hodně sportovním aktivitám - jezdil na kole, lyžoval. Rád by si zase nějaký sport vyzkoušel, ale sám se bojí a neví, na koho by se mohl obrátit. Po našem rozhovoru byl panu Honzovi předán kontakt na Centrum Aplikovaných pohybových aktivit v Olomouci, kde se profesionálně věnují sportu pro osoby se zdravotním postižením.

Rozhovor byl uskutečněn 30. 11. 2014.

Respondent č. 5	
Jitka	
Věk	41 let
Pohlaví	Žena.
Jaká byla příčina úrazu?	Automobilová nehoda.
Jak dlouhou dobu jste po úrazu?	Po úrazu jsem 2 roky. Úraz se stal v roce 2012.
Jaké tělesné postižení vzniklo následkem úrazu?	Těžký otřes mozku – komoce, operace levé dolní končetiny, částečně mobilní, francouzská berle, porucha rovnováhy, zdvojené vidění – diplopie, narušení kognitivních funkcí.
V kterém zdravotnickém zařízení probíhala Vaše léčba?	Fakultní nemocnice Olomouc - rehabilitace lůžková část, Lázně v Hodoníně.
Jaké aktivizační činnosti jste tam absolvoval/la?	Denně fyzioterapii – LTV, balanční pomůcky, balón, bradla, elektrické masáže, nácvik rovnováhy pomocí počítače, 2x týdně logopedie
Využil/a jste podporu a pomoc psychologa?	Ano, protože po úrazu se projevila úzkostná, depresivní porucha. Psycholog docházel 2 x týdně.
Byl/a jste spokojen/na s aktivizačním přístupem zdravotnického personálu?	S rehabilitací jsem byla velmi spokojena – moc mi pomohli
Používáte po úrazu nějaké kompenzační pomůcky?	Používám pro stabilitu francouzské berle.
Byla nutná úprava domácího prostředí?	Úprava bydlení nebyla nutná, bydlíme v přízemí rodinného domu.
Je poskytována péče, aktivizační činnosti v domácím prostředí?	Doma cvičím sama dle pokynů, na rotopedu. Docházím ambulantně 2x za měsíc k fyzioterapeutovi.
Přístup v sociální oblasti?	Mám přiznaný invalidní důchod - I. stupeň. Uvítala bych větší informovanost o možnostech hned po úrazu.
Vliv úrazu na zaměstnání, studium?	Pracovala jsem v kanceláři, ale od června 2014 jsem nahlášena v evidenci úřadu práce.
Provozování aktivit a koníčků?	S oblibou mám ruční práce a zahradničení, hlavně kytičky.
Aktivizační činnosti organizací?	Žádné organizace nenavštěvuji, důvodem je špatná dostupnost.

V které oblasti aktivizaci postrádáte?	Psychologická podpora a možnost zaměstnání. Je málo pracovních nabídek pro osoby po úrazu.
--	--

Tab. 6: Rozhovor č. 5
Zdroj: Vlastní zpracování

Paní Jitka se narodila v 1973 a bydlí v rodinném domě ve vzdálenější obci u Olomouce. Úraz se jí stal v červnu 2012 při automobilové nehodě. Nárazem došlo k poranění levé dolní končetiny, která musela být operována a k traumatickému poranění mozku. Měla těžký otřes mozku - komoci. Od autonehody se u paní Jitky objevila diplopie - zdvojené vidění, porucha rovnováhy - vertigo, dále vysoká slabost, únavnost, poruchy dlouhodobé paměti a pozornosti. Léčba probíhala ve Fakultní nemocnici – rehabilitační lůžková část. Po úrazu probíhala hlavně fyzioterapie – formou léčebného cvičení na balónu, balančních pomůckách. Z fyzikální terapie to byly elektrické masáže a balneoterapie – perličkové koupele. Vyzkoušela i novinku - cvičení na udržení rovnováhy pomocí počítače. Logoped docházel během rehabilitace dvakrát týdně procvičovat řeč. V pracovní neschopnosti byla paní Jitka jeden rok a potom si požádala o invalidní důchod, který jí byl přiznán v I. stupni. Od úrazu se cítí stále unavená a projevila se u ní úzkostná, depresivní porucha. Pro stabilitu používá při chůzi francouzskou berli. Na fyzioterapii dochází ambulantně dvakrát za měsíc, jinak cvičí sama doma dle pokynů lékaře a jezdí na rotopedu. V současnosti je jí největší oporou rodina, hlavně dvě dospělé dcery. Zatím si netroufá docházet někam sama, jde raději vždy s doprovodem.

Paní Jitka pracovala dříve jako účetní v kanceláři, ale po úrazu by již náročnou práci nezvládala. Nyní je v evidenci úřadu práce a na základě doporučení lékaře může pracovat pouze na zkrácený úvazek 4 hodiny denně, nejlépe v kolektivu nebo v domácím prostředí. Paní Jitka nedochází do žádné organizace na skupinové aktivity. *„Z naší vesnice je špatná dostupnost. Doma můžu být chvilku na zahrádce, odpočívat, také ráda pečů a baví mne ruční práce. Občas čtu noviny, ale jen články, neudržím dlouho pozornost. Dříve jsem jezdila ráda na kole. Zaměstnání mi chybí, hlavně kolektiv lidí.“* Paní Jitka uvádí, že by po úrazu uvítala větší informovanost týkající se sociální oblasti hned v nemocnici a také psychologickou podporu po návratu do domácího prostředí. V jejím životě došlo k velkým změnám nejen po stránce zdravotní, ale i sociální a pracovní. *„Není to tak super, jak to bylo, ale jde to“.*

Rozhovor byl uskutečněn 5. 1. 2015.

6 Analýza a interpretace získaných dat

6.1 Analýza získaných dat

Zpracováním a vyhodnocením rozhovorů s pěti respondenty byly získány informace, které přinesly odpovědi na uvedené výzkumné otázky a samozřejmě vedly především ke zjištění stanovených cílů práce.

- Které aktivizační přístupy využily osoby po úrazu v rámci léčebné rehabilitace?

K vyhodnocení uvedené otázky byly použity odpovědi respondentů na otázky č. 4 až č. 10 rozhovoru. Dotazované osoby s tělesným postižením poúrazové etiologie absolvovaly léčebnou rehabilitaci v různých zdravotnických zařízeních – nemocnicích, rehabilitačních ústavech, odborných léčebných ústavech a centrech léčebné rehabilitace.

Nejintenzivněji probíhala léčba v rehabilitačních ústavech, kterou absolvovali po úrazu celkem 3 respondenti - Daniela, Jirka a Josef. Využívali zde jednak fyzioterapii, zahrnující léčebnou tělesnou výchovu, cvičení pomocí balančních pomůcek, přístroje MOTOMed, vertikalizaci, plavání. Dále jim byla z fyzikální terapie nabídnuta vodoléčba, balneoterapie, elektroterapie. Nejvíce si v průběhu rehabilitace respondenti chválili přístup ergoterapeutů, kteří jim pomáhali v nácviku denních činností, používání kompenzačních pomůcek, cvičení kognitivních funkcí a věnovali se jim v pracovních dílnách, kde procvičovali po úrazu jemnou motoriku – pracovali s hlínou, tkali, opracovávali různé materiály. 2 respondenti po traumatickém poranění mozku – paní Daniela a paní Jitka začaly hned po úrazu procvičovat s logopedem řeč a díky tomu dnes nemají žádné problémy v komunikaci. Daniela jako jediná uvedla, že si mohla při pobytu v Odborném léčebném ústavu vyzkoušet i jiné terapeutické přístupy, jako jsou canisterapie a felinoterapie. S psychologickou podporou po úrazu se setkali 4 respondenti, ale nebyli příliš spokojeni s intenzitou poskytované pomoci.

- Jaké oblíbené aktivity vyhledávají osoby ve svém volném čase?

Přestože se jedná o osoby s omezenou hybností, snaží se po úrazu všichni trávit čas aktivně. Dva respondenti s těžkým zdravotním postižením - paní Daniela a Jirka se pravidelně věnují cvičení v domácím prostředí, kdy fyzioterapeut dochází v rámci poskytování domácí péče.

Dva respondenti pan Josef a Honza, kteří jsou po úrazu více jak pět let, již rehabilitaci nemají. Paní Jitka dochází ambulantně na fyzioterapii dvakrát za měsíc a cvičí hlavně doma na rotopedu. Co se týká aktivit ve volném čase, tak z výpovědí respondentů vyplynulo, že upřednostňují především manuální činnosti - práci na zahrádce, práci se dřevem. Pan Jirka a pan Honza, kteří věkově spadají do období mladé dospělosti, aktivně před úrazem sportovali a sport je stále láká. Jirka měl možnost vyzkoušet si několik aktivit pro osoby po poranění míchy v Centru Paraple a byl nadšený. Aktivizačních činností u poskytovatelů sociálních služeb se účastní pouze 2 respondenti - paní Daniela a Jirka, tedy osoby s těžkým zdravotním postižením. Důvodem je hlavně lepší dostupnost sociálních služeb ve větších městech. Ostatní 3 respondenti se neúčastní aktivizačních činností v rámci podpůrných organizací. Uvádějí horší dostupnost ze svého bydliště a málo informací o těchto službách.

- V které oblasti vnímají aktivizační přístupy jako stále nedostačující?

K uvedené výzkumné otázce se váží odpovědi respondentů na otázky č. 11, 12, 14 a 15. Co se týká přístupu v oblasti sociální, tak se všichni respondenti shodli, že jim nebyly poskytnuty v průběhu hospitalizace a rehabilitace dostatečné informace v této oblasti. S vyřízením dávek pro osoby se zdravotním postižením, které zahrnují invalidní důchod, příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním postižením, pomohla všem respondentům až rodina. Na výši těchto dávek si žádný z respondentů nestěžoval.

Čtyři respondenti uvedli, že největší nedostatky v přístupu k osobám se zdravotním postižením vidí v oblasti pracovní. V důsledku úrazu nemůže žádný z nich vykonávat svou původní profesi. Najít si vhodné zaměstnání s ohledem na zdravotní omezení není lehké. Dle výpovědí celkem 3 respondenti postrádají aktivizační přístupy v oblasti psychologické. Chybí jim hlavně dlouhodobá psychologická podpora po úrazu i v rámci rodiny. Paní Daniela uvedla, že by uvítala odbornou pomoc ergoterapeuta v domácím prostředí při nácviku denních činností a jeho radu při přestavbě bytu. Jirka postrádá v místě svého bydliště dostupnost komplexní služby na jednom místě a možnost vyzkoušet si sportování pro osoby po poranění míchy.

6.2 Diskuze a doporučení pro praxi

Prvním cílem práce bylo zjistit, které formy aktivizace absolvovaly osoby po úrazu v rámci léčby v rehabilitačním zařízení a případně v domácím prostředí.

Na základě analýzy získaných dat bylo zjištěno, že všechny dotazované osoby po úrazu byly velmi spokojeny s aktivizačním přístupem v rámci léčebné rehabilitace. U osob po úrazu se jedná zpravidla o dlouhodobý proces, který u některých pokračuje i v domácím prostředí. Aktivizace probíhala především formou fyzioterapie - hlavně léčebné tělesné výchovy a cvičení pomocí různých přístrojů. Dále to byla fyzikální terapie, zahrnující balneoterapii, vodoléčbu, a elektroléčbu. U osob po úrazu mozku se osvědčila včas zahájená logoterapie. Nejvíce si však respondenti chválili přístupy ergoterapeutické, které zahrnovaly především nácvik samostatnosti a soběstačnosti v běžných denních aktivitách, používání kompenzačních pomůcek, procvičování kognitivních funkcí u osob po úrazovém poškození mozku. Psychologická podpora nebyla dle sdělení respondentů tak intenzivní. Rehabilitace v domácím prostředí pokračuje pouze u osob s těžkým zdravotním postižením, kterým byl přiznán invalidní důchod ve III. stupni. Poskytování služeb fyzioterapeuta a ošetřovatelů prostřednictvím agentury domácí péče je pro osoby po úrazu velmi prospěšné. Velký význam v praxi by měl určitě přístup ergoterapeuta přímo v domácím prostředí, kde by poradil s úpravou bytu a pomohl by i se zaškolením a zapojením rodinných příslušníků při péči. Vhodná by byla návštěva fyzioterapeuta, ergoterapeuta a současně sociálního pracovníka a tím by došlo k propojení jednotlivých složek, které jsou potřebné k aktivizaci

Druhým cílem bylo zjistit, jaké aktivizační činnosti vyhledávají osoby po úrazu ve volném čase, a v které oblasti aktivizaci postrádají.

Z výzkumu vyplynulo, že ačkoliv došlo u osob po úrazu k omezení hybnosti, snaží se trávit čas především aktivně. Respondenti uvedli, že rádi vykonávají hlavně zahradnické práce, muži se zaměřují na manuální práci se dřevem a rádi by se věnovali zase sportovním aktivitám. Nedostatky vnímají osoby po úrazu hlavně v poskytování intenzivní psychologické podpory v rámci rodiny a také v oblasti poskytování informací týkajících se sociální oblasti již v průběhu hospitalizace. Aktivizaci postrádají ve sféře zaměstnávání osob po úrazu, stále je pro ně málo možností pracovního uplatnění. Řešením by bylo včasné poskytování předpracovní ergodiagnostiky osobám po úrazu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá aktivizačními přístupy k osobám dospělého věku s tělesným postižením poúrazové etiologie. Úraz a jeho následky jsou velkým zásahem do života nejen jedince po úrazu, ale celé jeho rodiny. Každý z nás by si měl uvědomit, že se kdykoliv můžeme ocitnout ve stejné situaci my sami nebo naši nejbližší příbuzní a přátelé. Nejen odborníci z oblasti léčebné, pedagogické, sociální a pracovní, ale i široká veřejnost by měla usilovat o budování bezbariérového prostředí a hlavně zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti. Pomocí vhodné motivace a individuálního přístupu je důležité tyto osoby podporovat, aktivizovat a přispět tak ke zlepšení kvality jejich života.

V teoretické části práce, kterou tvoří celkem tři kapitoly, jsou shrnuty základní pojmy dané problematiky. V první kapitole je vysvětlen obecný termín zdravotní postižení, uvedeno jeho vymezení v české legislativě a charakterizováno období dospělosti. Druhá kapitola se zaměřuje na klasifikaci tělesného postižení, jeho etiologii, úraz a následná poškození, jako jsou amputace končetin, traumatická poranění mozku, míchy a poškození periferních nervů. Je zde popsána také psychická a sociální adaptace jedinců po úrazu. Třetí kapitola popisuje aktivizační přístupy k osobám s tělesným postižením ve všech složkách ucelené rehabilitace - oblasti léčebné, sociální, pedagogické a pracovní. Pro znovuzачlenění osob po úrazu je důležitá a nenahraditelná činnost podpůrných organizací.

V praktické části práce byly stanoveny dva hlavní cíle a tři výzkumné otázky. Jako výzkumná metoda byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Celkem bylo vybráno pět respondentů, kteří při rozhovorech poskytli důležité informace pro zodpovězení cílů. Výzkum byl zaměřen na zjištění aktivizačních přístupů u osob po úrazu v rámci léčby a následně v domácím prostředí. Bylo zjištěno, že osoby po úrazu jsou s přístupy v rámci léčebné rehabilitace velmi spokojeni. Ergoterapii uvádějí jako nejprínosnější pro návrat do domácího prostředí. Dále byly zkoumány aktivity těchto osob ve volném čase. Přestože po úrazu došlo k omezení jejich hybnosti, snaží se trávit volný čas aktivně. Výzkum v závěru poukázal na oblasti, ve kterých hodnotí přístupy jako stále nedostačující. Jedná se o deficit v poskytování dlouhodobější psychologické podpory a podávání informací týkajících se sociální oblasti. Další nedostatky vidí osoby po úrazu v možnosti vhodného zaměstnání. Výzkum tedy poukázal na nutnost koordinace a návaznosti aktivizačních přístupů ve všech oblastech ucelené rehabilitace osob s tělesným postižením poúrazové etiologie.

Seznam literatury

BENDOVIÁ, P. 2010. *Základy somatopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 51 s. ISBN 978-80244-2620-4.

FALTÝNKOVÁ, Z. 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. 1. vyd. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple. 84 s. Bez ISBN.

FALTÝNKOVÁ, Z. 2012. *Vše okolo tetraplegie*. 1. vyd. Praha: Česká asociace paraplegiků. 55 s. Bez ISBN.

FIALOVÁ, I., OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L. 2012. *Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 222 s. ISBN 978-80-7315-233-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. 2005. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.

JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha Karolinum. 159 s. ISBN 80-7184-030-0.6.

KOLÁŘ, P. et al. 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

KOMAČEKOVÁ et al. 2006. *Fyzikální terapie*. 2. vyd. Martin: Osveta. 363 s. ISBN 80-8063-230-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. 1985. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 163 s. ISBN 08-032-85.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ D., 2006. *Vývojová psychologie - 2.*, aktualizované vyd. Praha: Grada Publishing, 368 s. ISBN 978-80-247-1284-0.

MICHALÍK, J. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1 vyd. Praha: Portál, 511 s. ISBN 978-807-3678-593.

MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NOVOSAD, L. 2000. *Základy speciálního poradenství*. 1. vyd. Praha: Portál, 160 s. ISBN 80-7178-179-5

OPATRÍLOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 180 s. ISBN 978-80-210-4575 - 0.

PFEIFFER, J. 2007. *Neurologie v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 352 s. ISBN 978-80-247-1135-5.

POWELL, T., 2010. *Poškození mozku*. Přel. Magda Wdowyszynová, 1. vyd. Praha: Portál, 197 s. ISBN 978-80-7267-667-4.

RENOTIÉROVÁ, M. 2002. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 87 s. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ, M., BENDOVIÁ, P. 2005. *Somatopedie pro výchovné pracovníky I*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 56 s. ISBN 80-244-1097-4.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-17333.

VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychologie dospělosti II.: dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 461 s. ISBN 978-80246-1318-5

VÁGNEROVÁ, M. 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha: Portál, 444 s. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁŇÁTKOVÁ, V. 2002. *Léčebná tělesná výchova v traumatologii a chirurgii*. In HROMÁDKOVÁ, J. et al. *Fyzioterapie*. 1. Vyd. Praha: H+H Vyšehradská s.r.o., s. 15- 94. ISBN 80-86022-45-5.

VÍTKOVÁ, M. 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 304 s. ISBN 80-7315-134-0.

VOTAVA, J. et al. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

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

WHO, 2004. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

Legislativa

ZÁKON č. 435/2004 Sb., *o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů*.

ZÁKON č. 561/2004 Sb., *o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů*.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*.

ZÁKON č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

VYHLÁŠKA č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

Elektronické zdroje

CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. *Počítačový program HAPPYneuron* [online]. [cit. 2015-02-16]. Dostupné z: <http://www.cerebrum2007.cz/nase-sluzby/kupte-si-pocitacovy-program-happyneuron-v-cerebru.html>

JEŠINA, O. 2012. *Co to je APA? - nejen sport, tělesná výchova a volnočasové aktivity osob se zdravotním postižením* [online]. [cit. 2014-12-25]. Dostupné z: <http://www.apa.upol.cz/web/index.php/component/content/article/398-co-to-je-apa.html>.

KOHOUTEK, R. *Aktivizace*. Slovník cizích slov. [online]. [cit. 2014-20-12]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/aktivizace-aktivisace-aktyvizace>

KRIVOŠÍKOVÁ, M., JELÍNKOVÁ, J. 2007. *Koncepce oboru ergoterapie*. [online]. Praha: Česká asociace ergoterapeutů (ČAE). 16 s. [cit. 2014-11-25]. Dostupné z: http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf

KŘÍŽ, J. 2013. *Spinální program v České republice - historie, současnost, perspektivy*. Neurologie pro praxi [online]. roč. 3, č. 14, s. 140-143 [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf>

Statistika počtu pacientů na Spinálních rehabilitačních jednotkách za rok 2013. Společnost pro míšní léze ČLS JEP ©2015 [online]. [cit. 2015-01-03]. Dostupné z: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/statistiky/pocet-pacientu-srj13.pdf

ŠVESTKOVÁ, O., HOSKOVCOVÁ, S. 2010. *Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. In:

E-psychologie [online], 4 (4), 27-40 [cit. 2014-11-30]. Dostupný z www: <http://e-psycholog.eu/pdf/psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf>. ISSN 1802-8853.

VOJÍŘOVÁ, D. 2012. *Aktivizace - proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti*. [online]. [cit.2014-12-05]. Dostupné z: <http://proutek-vzdelavani.cz/wp-content/uploads/2012/11/Aktivizace-proces-kter%C3%BDm-jsou-lid%C3%A9-vedeni-k-%C4%8Dinorodosti.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

ADL Aktivita denního života

LTV Léčebná tělesná výchova

MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví

MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí - desátá revize

Např. Například

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Počet pacientů na spinálních rehabilitačních jednotkách za rok 2013.....	21
Tabulka č. 2: Rozhovor 1	41
Tabulka č. 3: Rozhovor 2.....	44
Tabulka č. 4: Rozhovor 3.....	46
Tabulka č. 5: Rozhovor 4.....	49
Tabulka č. 6: Rozhovor 5.....	51

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Rozhovor

PŘÍLOHA č.1: Rozhovor

1. Jaká byla příčina vašeho úrazu?
2. Jak dlouhou dobu jste po úrazu?
3. Jaké tělesné postižení vzniklo následkem úrazu?
4. V kterém zdravotnickém zařízení probíhala vaše léčebná rehabilitace?
5. Jaké aktivizační činnosti jste tam absolvoval/la?
6. Využil/la jste podporu a pomoc psychologa?
7. Byl/la jste spokojen/a s aktivizačním přístupem zdravotnického personálu?
8. Používáte po úrazu nějaké kompenzační pomůcky?
9. Byla nutná úprava domácího prostředí?
10. Je Vám poskytována péče a aktivizační činnosti v domácím prostředí, např. pracovníkem v sociálních službách, ošetřovatelem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem nebo docházíte do zdravotnického zařízení?
11. Jak hodnotíte přístup v oblasti sociální - invalidní důchod, příspěvek na péči a dávky pro osoby se zdravotním pojištěním?
12. Měl úraz vliv na Vaše zaměstnání, studium?
13. Jaké provozujete po úrazu oblíbené aktivity a koníčky?
14. Účastníte se nějakých aktivizačních činností, které zajišťují organizace v rámci poskytování sociální služby osobám s tělesným postižením?
15. V které oblasti hodnotíte aktivizační přístupy jako stále nedostačující pro osoby s tělesným postižením (léčebná, psychologická sociální, pracovní)?