

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Ucelená rehabilitace u dospělých osob s mentální retardací

Lucie Matějčíková

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Matějčková**
Osobní číslo: **Z10222**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Úcelená rehabilitace u dospělých osob s mentální retardací**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**


Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení podmínek, metod a cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek.
4. Konzultace vybrané metodiky výzkumu s vedoucím práce.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Zhodnocení výsledků práce.

Obsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická
Seznam odborné literatury:

1. BENEŠ, Milan. Andragogika. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 135 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
2. JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace. 1. vyd. České Budějovice: JU, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 103 s. ISBN 80-7040-828-X.
3. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. 1. české vyd. Překlad Jan Pfeiffer, Olga Švestková. Praha: Grada, 2008, 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.
4. RŮŽIČKOVÁ, Kamila. Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, 72s. ISBN 80-7041-139-2.
5. ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. 4. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011, 221 s. ISBN 978-80-7307-889-0.
6. VOTAVA, Jiří a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

Vedoucí bakalářské práce: PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce
Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pelián, DrSc.
děkan

I.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 13. 7. 2013

.....

Lucie Matějčková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PaedDr. Zdence Šáňdorové, PhD. za všechny rady, připomínky, ochotu i trpělivost v průběhu tvorby bakalářské práce. Dále děkuji své rodině za podporu během celé doby studia.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je ucelená rehabilitace pro dospělé osoby s mentální retardací. Práce se v teoretické části zabývá popsáním ucelené rehabilitace a jejích složek, charakteristikou dospělé osoby a vymezením mentální retardace a jejím dělením. Ve výzkumné části je zjišťováno, zda pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb vnímají rehabilitaci v zařízení jako ucelenou. Součástí bakalářské práce jsou i dvě kazuistiky pro doplnění přehledu o tom, jakým způsobem jsou v zařízení používány součásti ucelené rehabilitace.

KLÍČOVÁ SLOVA

ucelená rehabilitace, andragogika, mentální retardace, složky ucelené rehabilitace

TITLE

Comprehensive rehabilitation for adults with mental retardation

ANNOTATION

The topic of the Bachelor Thesis is comprehensive rehabilitation for adults with mental retardation. The theoretical part of the work deals with description of the comprehensive rehabilitation and its components, characteristic of adults and definition of mental retardation and its division. At research part, it is determined whether the rehabilitation at the institution of social services is perceived as comprehensive by workers of the selected institution of social services. The Bachelor Thesis also includes two case studies which complete the survey of using components of comprehensive rehabilitation at the institution of social services.

KEY WORDS

comprehensive rehabilitation, andragogy, mental retardation, components of comprehensive rehabilitation

Obsah

Úvod.....	9
Cíle práce	10
I. Teoretická část.....	11
1 Ucelená rehabilitace	11
1.1 Vymezení pojmů	11
1.1.1 Ucelená rehabilitace.....	11
1.1.2 Habilitace	12
1.2 Právní vymezení ucelené rehabilitace	12
1.2.1 Historie Věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením 13	
2 Složky ucelené rehabilitace	14
2.1 Léčebná rehabilitace.....	14
2.1.1 Terapeutické prostředky léčebné rehabilitace.....	15
2.1.2 Terapeutické prostředky léčebné rehabilitace dle rozdělení Jankovského	15
2.2 Sociální rehabilitace	19
2.2.1 Sport jako součást sociální rehabilitace	20
2.2.2 Služby související se sociální rehabilitací	20
2.3 Pedagogická rehabilitace.....	21
2.3.1 Speciální pedagogika	22
2.3.2 Výchova a vzdělávání osob s mentální retardací.....	22
2.4 Pracovní rehabilitace	23
2.4.1 Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením.....	24
2.4.2 Abilympiáda.....	24
3 Andragogika	26

4	Mentální retardace.....	27
4.1	Definice mentální retardace	27
4.2	Příčiny mentální retardace.....	28
4.3	Rozdělení mentální retardace	28
4.3.1	Lehká mentální retardace.....	28
4.3.2	Středně těžká mentální retardace	28
4.3.3	Těžká mentální retardace	29
4.3.4	Hluboká mentální retardace	29
4.3.5	Další druhy mentální retardace	29
4.4	Práva osob s mentální retardací.....	29
II.	Výzkumná část	31
5	Metodika výzkumu.....	31
5.1	Výzkumný vzorek	32
5.2	Zpracování dat.....	32
5.3	Výzkumné otázky.....	32
6	Analýza a zhodnocení dat.....	33
7	Kazuistiky.....	43
7.1	Kazuistika č. 1	43
7.2	Kazuistika č. 2.....	45
8	Diskuze.....	47
9	Závěr.....	51
	Seznam bibliografických citací	52
	Seznam zkratk	55
	Seznam tabulek	56
	Seznam obrázků	56
	Seznam příloh	56

Úvod

Téma Ucelené rehabilitace pro dospělé osoby s mentálním postižením jsem si zvolila na základě své odborné praxe v jednom zařízení sociálních služeb Pardubického kraje pro osoby se zdravotním postižením, kam jsem následně po dobu svého studia docházela i v rámci dobrovolnictví a s nímž jsem také v rámci bakalářské práce navázala spolupráci.

Ucelená rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením je důležitá z hlediska jejich rozvoje, popř. zabránění progresu onemocnění nebo následku úrazu. Ucelená rehabilitace se také snaží zlepšit kvalitu života osob se zdravotním postižením. Sama kvalita života osob se zdravotním postižením je v dnešní době také mnohem více aktuální téma než dříve a i společnost vychází různými způsoby vstříc osobám se zdravotním postižením, ať již upravováním legislativy či prostřednictvím programů na vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Jedním z těchto programů je např. Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, který je v České republice zaveden již od roku 1998 (www.vlada.cz).

Ucelená rehabilitace se prostřednictvím využití svých složek, ať už léčebné, sociální, pedagogické či pracovní rehabilitace snaží o zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením a jejich integraci do společnosti. V bakalářské práci je nejen popsána ucelená rehabilitace a její složky, zahrnut byl ale např. i sport nebo abilympiáda jako součást života osob se zdravotním postižením, která přispívá k možnostem jejich rozvoje, a sociální služby, které napomáhají integraci osob se zdravotním postižením do společnosti.

Cíle práce

Teoretický cíl:

Popsat ucelenou rehabilitaci a její složky, které mají vliv na rozvoj dospělé osoby s mentální retardací.

Praktický cíl:

Zjistit, za pomoci dotazníkového šetření, zda pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje vnímají rehabilitaci prováděnou v zařízení jako ucelenou.

Další cíle:

- zjistit, zda pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje znají pojem ucelená rehabilitace,
- zjistit, zda pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje jsou informováni o činnosti ostatních pracovníků v rámci ucelené rehabilitace,
- zjistit, zda pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje spolupracují s ostatními pracovníky daného zařízení v rámci ucelené rehabilitace.

I. Teoretická část

1 Ucelená rehabilitace

Ústředním tématem bakalářské práce je ucelená rehabilitace, a tak je tedy důležité ji definovat, a vyjmenovat a popsat si její části.

1.1 Vymezení pojmů

1.1.1 Ucelená rehabilitace

V literatuře se můžeme setkat s více definicemi ucelené rehabilitace. Samotný pojem rehabilitace byl zaveden v 19. století a zahrnoval pouze léčebné postupy, které měly za cíl návrat do stavu funkční schopnosti (Votava, 2003, s. 9). Jankovský (2005, s. 8) tyto léčebné postupy ve své publikaci více specifikuje a charakterizuje je jako soubor činností, které mají za úkol pomáhat člověku, který má z důvodu poruchy nebo ztráty některého orgánu sníženou nebo znemožněnou aktivitu, např. chůzi, smyslové funkce, mluvu atd. Tyto poruchy, jejichž následkem je omezení aktivity, vznikaly (a vznikají) v důsledku nějaké nemoci, úrazu či vrozené vady (Jankovský, 2005, s. 8). Výsledkem rehabilitace by tedy mělo být odstranění všech těchto důsledků a snaha o navrácení do původního stavu (Růžičková, 2005, s. 17).

Růžičková (2005, s. 17), která ve své publikaci často vychází z Jesenského (1995), dále uvádí, že se chápání pojmu rehabilitace od jeho zavedení v 19. století změnilo. V současnosti má tento pojem nejen širší význam, ale zahrnuje také rozsáhlejší možnosti stanovení cíle – ať už jde o celkový návrat do původního stavu nebo o prevenci a udržování stávajícího stavu, pokud návrat k původnímu stavu není možný.

Termín ucelená rehabilitace byl přejat z angličtiny, respektive z překladu anglického *comprehensive rehabilitation*, kde slovo *comprehensive* překládáme jako úplný, ucelený nebo celkový. Výraz ucelená rehabilitace používáme, pokud máme na mysli jak zdravotnické, tak i nezdravotnické prostředky, které se využívají u osob, jejichž stav je v důsledku nemoci, úrazu či vrozené vady trvalý či dlouhodobý a tento stav nelze jakýmkoliv způsobem změnit k lepšímu nebo jej zcela odstranit (Votava, 2003, s. 14).

Světová zdravotnická organizace (WHO) poprvé definovala rehabilitaci v roce 1969 jako „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů

se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ (Votava, 2003, s. 14-15).

1.1.2 Habilitace

S pojmem rehabilitace se zároveň často, především u osob raného věku, používá výraz *habilitace*, což znamená snahu o rozvoj schopností a dovedností u osoby se zdravotním postižením (dále jen OZP), která tyto schopnosti a dovednosti rozvinuté dosud neměla (Šándorová, 2005, s. 47). S pojmem *habilitace* se můžeme setkat např. i v Národním plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014.

1.2 Právní vymezení ucelené rehabilitace

S pojmem *ucelená rehabilitace*, resp. *rehabilitace*, se můžeme setkat v mnoha mezinárodních dokumentech. Výše zmíněná definice *ucelené rehabilitace* pochází z materiálů WHO, se specifikováním *ucelené rehabilitace* se ale můžeme setkat i v materiálech OSN či v Národních plánech (Jankovský, 2005, s. 6-7).

V České republice ale doposud není pojem *ucelená rehabilitace* v žádných dokumentech definován ani neexistují právní předpisy, které by tento pojem upravovaly. Přesto existují některé dokumenty, kde se můžeme s *rehabilitací* setkat a kde se mimo jiné řeší i problematika integrace OZP. Těmito dokumenty jsou např. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví či Listina základních práv a svobod ČR (Růžičková, 2005, s. 38).

Jak již bylo zmíněno výše, s pojmem *rehabilitace* se lze setkat i v Národním plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014. *Rehabilitace* je zde definována jako *„vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince“* a důraz, v této *rehabilitaci*, se klade především na její časnost, návaznost a komplexnost (Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, 2010, s. 31-32).

1.2.1 Historie Věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením

V roce 2012 byl ministrem práce a sociálních věcí předložen Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením. Dle Plánu legislativních prací vlády na rok 2013 však tento rok ještě nebude Věcný záměr projednáván (www.vlada.cz).

Na návrhu Věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením se mimo jiné podíleli Doc. MUDr. Jiří Votava CSc., Prof. MUDr. Jan Pfeiffer CSc. nebo Doc. PhDr. Iva Švarcová CSc.. Samotný Věcný záměr předkládá seznam zákonů a vyhlášek, ve kterých se lze setkat s vymezením složek ucelené rehabilitace, přestože nemusí být jako rehabilitace definovány. Vymezení pojmu lékařské rehabilitace a její poskytování lze nalézt v právních předpisech Ministerstva zdravotnictví, sociální rehabilitaci upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, s pracovní rehabilitací se lze setkat v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. Jedině pedagogická rehabilitace není doposud přesně definována, je však upravena v právních předpisech Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Mimo tohoto seznamu a popisu současného stavu těchto čtyř složek ucelené rehabilitace a jejich nedostatků, Věcný záměr zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením obsahuje i návrh věcného řešení, který za hlavní úkoly při dalším rozvoji ucelené rehabilitace v České republice, považuje zakotvení právního rámce ucelené rehabilitace, její institucionální zajištění a rozvoj jednotlivých složek ucelené rehabilitace (www.nrzp.cz).

2 Složky ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace zahrnuje několik důležitých složek. Mezi čtyři nejdůležitější patří rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. Mimo tyto čtyři složky můžeme ale do ucelené rehabilitace zařadit ještě rehabilitaci psychologickou, která má za úkol motivovat k přijetí nemoci, postižení či vrozené vývojové vady a dopomoci aktivnímu způsobu života. Dále do ucelené rehabilitace můžeme zahrnout i rehabilitaci technickou, zabývající se např. kompenzačními pomůckami, rehabilitaci právní či ekonomickou (Jesenský in Růžičková, 2005, s. 43-44). Stejně rozdělení používá i Votava (2003, s. 15-16), který toto dělení ještě rozšiřuje a do ucelené rehabilitace zařazuje, mimo již uvedených, složky architektonické či otázky volného času.

2.1 Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je jednou z hlavních složek ucelené rehabilitace. Je to soubor různých prostředků, postupů a technik, které zasahují nejen do oblasti rehabilitace, ale i do oblasti diagnostiky a terapie, a jejich úkolem je odstranit nebo zmírnit důsledek nemoci, úrazu či vrozené vady (Neubauerová, 2012, s. 19).

Dle Votavy (2003, s. 26-27) můžeme léčebnou rehabilitaci dělit na vertikální nebo horizontální. Pod pojmem vertikální rehabilitace si lze představit takový druh rehabilitace, při níž se zdraví zhoršené důsledkem nějaké poruchy postupně navrátí na původní úroveň a dojde k obnovení stavu před poruchou. Rehabilitace horizontální je taková, která se vyskytuje u osob, jejichž postižení je trvalé a nelze tedy dosáhnout původního stavu. V tomto případě lze tedy poruchu pouze určitými způsoby kompenzovat.

Léčebná rehabilitace je obvykle prováděna ve zdravotnických zařízeních a je zajištěna týmem pracovníků s různým odborným zaměřením, kteří mezi sebou vzájemně spolupracují a snaží se o dosažení společně stanoveného cíle nebo cílů. V tomto tzv. *rehabilitačním týmu* by měl být přítomen lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, klinický psycholog, sociální pracovník nebo pracovnice, tým můžou na základě diagnózy popř. doplnit ještě logoped, speciální pedagog, zdravotní sestra či protetický odborník (Votava, 2003, s. 24-27).

2.1.1 Terapeutické prostředky léčebné rehabilitace

Mezi základní terapeutické prostředky léčebné rehabilitace můžeme zařadit různé druhy fyzikálních terapií, léčebnou tělesnou výchovu, ergoterapii, animoterapii, další druhy specifických terapií a další postupy, které souvisejí s léčebnou rehabilitací, např. chirurgické zákroky, farmakoterapie či léčba za pomoci úpravy životosprávy (Jankovský, 2005, s. 41-45). Podobné prostředky léčebné rehabilitace uvádí i Neubauerová (2012, s. 19), která je ovšem mnohem více specifikuje. Naopak Růžičková (2005, s. 45) do léčebné rehabilitace nezahrnuje ani ergoterapii, animoterapii či jiné druhy terapií, na druhou stranu do léčebné rehabilitace začleňuje navíc aplikaci technických pomůcek a nácvik běžných denních činností.

2.1.2 Terapeutické prostředky léčebné rehabilitace dle rozdělení Jankovského

2.1.2.1 Fyzikální terapie

Fyzikální terapií rozumíme tradiční léčbu, která ke svému působení využívá energie a přírodní zdroje a používá se zejména při bolestech nebo problémech s pohybovým ústrojím. Léčba fyzikální terapií je pasivní a proto se využívá krátkodobě. Mimo masáže zahrnuje elektroterapii, fototerapii, magnetoterapii, akustoterapii nebo mechanoterapii. K fyzikálním terapiím řadíme i lázeňskou léčbu, která do této kategorie spadá z důvodu využívání přírodních zdrojů. Jedná se o balneoterapii, která zahrnuje především hydroterapii neboli léčbu vodou (Votava, 2003, s. 57).

2.1.2.2 Léčebná tělesná výchova (LTV)

Stejně jako fyzikální terapie, tak i léčebná tělesná výchova působí převážně v oblasti pohybového ústrojí a to formou tělesného cvičení, kdy k působení využívá buď různé gymnastické cviky, nebo reflexní motoriku (Jankovský, 2005, s. 41). Představitelem reflexní motoriky je známá a efektivní Vojtova metoda reflexní lokomoce. Reflexní lokomoce je terapie, která využívá reflexu, čili neuvědomělé reakce na určitý podnět, k vyvolání lokomoce neboli pohybu. Cílem této terapie je ovlivnit CNS natolik, aby se i osoba se zdravotním postižením vzniklým důsledkem nemoci, úrazu či vrozené vady, mohla naučit používat pohybové mechanismy, které by bez tohoto zásahu nedokázala nebo nemohla využít (Orth, 2009, s. 71-73). Základními prvky reflexní terapie je reflexní plazení a reflexní otáčení. Pojem reflexní plazení je dílem Vojty a je založen na faktu, že prvky této terapie zahrnují i plazení. Jak reflexní plazení, tak i reflexní otáčení zahrnují několik druhů cvičení, reflexní otáčení má navíc ještě několik druhů výchozích poloh (Orth, 2009, s. 80, 120-121).

Mimo Vojtovu terapii můžeme do léčebné tělesné výchovy zařadit ještě např. metodiku manželů Bobathových, tzv. Bobath koncept, který se snaží o dosažení rovnováhy a využití správného tonu před, během i po pohybu. Cílem Bobath konceptu je podpořit motorický vývoj, zabránit rozvoji patologických reflexů a facilitace pohybu (Kolář, 2013, s. 310).

Mezi další terapie léčebné tělesné výchovy můžeme jmenovat ještě např. komplexní metodiku prof. Tardieu využívající kompenzační pomůcky a pečlivé hodnocení OZP, Pöteho metodiku konduktivní pohybové pedagogiky nebo Kabatovu metodiku (Jankovský, 2005, s. 42).

2.1.2.3 Ergoterapie

Ergoterapie je specifická profese zahrnující řadu různorodých technik, metod a činností. Dle definice České asociace ergoterapeutů z roku 2008 je ergoterapie „*profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení*“ (www.ergoterapie.cz).

Za hlavní cíl oboru je umožnit OZP provádět samostatně a nezávisle běžné denní činnosti, práce a aktivity volného času. Mezi další cíle patří podpora jak tělesného tak duševního zdraví, správné plnění sociálních rolí a integrace do společnosti zahrnující účast na aktivitách komunity i každodenního života (Jelínková, 2009, s. 16-17).

Základními kameny ergoterapie jsou činnost a zaměstnávání. Zaměstnávání zahrnuje různé aktivity jako běžné denní činnosti a sebeobsahu, pracovní činnosti či volnočasové aktivity. Činnost je charakterizována buď jako cíl, kdy OZP vykonává činnost, protože ji ta činnost uspokojuje, baví nebo je pro ni důležitá, anebo jako nástroj k dosažení jiného cíle (Jelínková, 2009, s. 64-71).

Jelínková (2009, s. 237-249) dále uvádí, že v ergoterapii se využívá široká škála technických pomůcek či prostředků, ať už se jedná o pomůcky pro běžné denní činnosti, pomůcky, které pomáhají s rozvojem komunikace, pohyblivosti, pracovních dovedností atd., či o pomůcky technicky na vyšší úrovni jako jsou např. elektrické vozíky či speciálně upravené počítače, mobilní telefony atd. Do ergoterapeutických pomůcek patří i ortopedická protetika i jiné další kompenzační pomůcky.

2.1.2.4 Animoterapie

Animoterapie, nebo také zooterapie, je druh léčebné rehabilitace, který využívá léčebných prostředků a metod za pomoci zvířat na člověka. Mezi nejznámější a nejčastěji využívané animoterapie patří canisterapie a hipoterapie, svůj rozvoj prožívá i felinoterapie (léčba pomocí koček), delfinoterapie nebo animoterapie za pomoci hospodářských, exotických nebo drobných zvířat. Animoterapie mohou probíhat individuálně či skupinově, za pomoci jednoho nebo více zvířat, pasivně či aktivně, s využitím různých pomůcek, za účelem navození sociálního kontaktu a zlepšení sociálních dovedností, či za účelem zlepšení fyzického nebo psychického stavu (Velemínský, 2007, s. 30-33).

Canisterapie je léčba za pomoci psa. Využívá se jí při rozvoji komunikace, jemné a hrubé motoriky, pozitivně působí na tělesné i psychické zdraví člověka, pomáhá se sociálním začleňováním, zlepšuje koncentraci a pozornost, pomáhá ke snížení agresivity. Pes v této terapii funguje jako tzv. koterapeut, prostředník (Velemínský, 2007, s. 60).

Galajdová (2011, s. 95-99) vymezuje dva způsoby, jakými mohou být psi (ale i jiná zvířata) využívána v rámci animoterapie. Jedná se o aktivity a terapie realizované za pomoci zvířat. Aktivity za asistenci zvířat (tzv. AAK neboli animal assisted activities) mohou být realizovány bez nějakého léčebného záměru, v podstatě se jedná o návštěvy různých zdravotnických nebo sociálních zařízení, kde zvíře, v canisterapii pes, pomáhá uvolnit atmosféru, odvést pozornost od starostí či nemoci, vyvolává úsměv.

Terapie za asistence zvířat (tzv. AAT neboli animal assisted therapy) sledují nějaký léčebný záměr. Zvířata (psi) se mohou využívat při rehabilitaci, v pracovní rehabilitaci, v logopedii, pomáhají s jemnou i hrubou motorikou, rozvojem komunikace, navázání sociálních vztahů, se spoluprací atd.

Hipoterapie je metoda léčebné rehabilitace, která využívá působení koně na člověka. Jedná se o metodu využívající pohyb koně ke zvětšení rozsahu pohybů, lepší koordinaci i k celkovému zlepšení kvality života. Terapie může být realizována formou péče o koně, zahrnující např. hřebelcování nebo krmění, či formou léčebně pedagogicko-psychologického ježdění (Velemínský, 2007, s. 213, 222-223).

2.1.2.5 Muzikoterapie

Muzikoterapie je obtížně definovatelný obor, neboť ji lze chápat mnoha způsoby, ať už jako vědní obor, umění či profesi. Existuje tedy mnoho definic muzikoterapie. Obecně lze

řící, že muzikoterapie je druh expresivní terapie, která ke svému působení využívá hudbu nebo hudební elementy. Jejím cílem je rozvoj komunikace, usnadnění interakce s prostředím, učení, sebevyjádření, tedy udržení nebo obnova zdraví OZP (Kantor a kol., 2009, s. 21-27).

Muzikoterapie může být aplikována dvěma formami – individuálně nebo skupinově. Individuální muzikoterapie je přizpůsobena individuálním potřebám klienta. Skupinová muzikoterapie by měla být aplikována najednou maximálně dvanácti klientům a je zde možnost vzájemné interakce a vyzkoušení různých rolí (Zeleviová, 2007, s. 40).

Kantor a kol. (2009, s. 123, 209) skupinovou muzikoterapii ještě dále dělí na muzikoterapii u krátkodobých a dlouhodobých skupin a muzikoterapii uzavřených a otevřených skupin a na aktivní, zahrnující využití různých hudebních činností a prostředků, a na receptivní, do které patří především poslech hudby.

2.1.2.6 Arteterapie v užším slova smyslu

Arteterapii můžeme definovat jako léčbu za pomoci umění, která využívá různých výtvarných prostředků a jimi působí na člověka za účelem zmírnění důsledků nemoci, úrazu či vrozené vady, integrace do společnosti či rozvoje osobnosti a zlepšení sebevědomí. Můžeme ji dělit na receptivní, kdy se daná osoba „pouze“ vciťuje do určitého uměleckého díla a touto cestou nachází cestu ke svému nitru, a na produktivní, kdy osoba praktikuje nějakou výtvarnou činnost (Šicková-Fabrici, 2008, s. 30-32).

Šicková-Fabrici (2008, s. 125-133) dále uvádí některé z metod, které se dají v arteterapii použít. Jednou z arteterapeutických metod je např. imaginace nebo animace, kdy arteterapeut hovoří k osobě prostřednictvím postavy nakreslené na obrázku. V arteterapii se může použít i kreslení mandal stejně jako kreslení stromu života, mezi další techniky můžeme ještě zařadit transformaci, kdy se např. znázorňují pocity vyvolané úryvkem textu z určité knihy, a dále rekonstrukce, jejíž nejjednodušší formou je dokreslování kusu nějakého obrázku.

U osob s mentálním postižením je arteterapie velmi rozmanitá, zaměřená dle stupně jejich mentální retardace. U těchto osob je cílem arteterapie především udržení, popř. rozvoj jejich intelektových schopností, mezi další cíle může patřit nácvik nových dovedností spojených s výtvarnou činností, rozvoj komunikace, nácvik chování a aktivizace (Šicková-Fabrici, 2008, s. 81).

2.2 Sociální rehabilitace

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, je sociální rehabilitace definována jako soubor činností, jejichž cílem je především samostatnost, soběstačnost a nezávislost osob. Tohoto cíle lze dosáhnout nácvičkem běžných denních činností a pomocí při integraci do společnosti. Sociální rehabilitace zahrnuje i různé aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Votava (2003, s. 70-73) vymezuje několik pojmů důležitých pro sociální rehabilitaci. V první řadě definuje sociální integraci jako snahu o zařazení jedince s poruchou do intaktní společnosti. V sociální integraci je kladen důraz na rodinu a vztahy v rodině, které tvoří základ pro sociální integraci. Jak již bylo zmíněno výše, v sociální rehabilitaci je důležitá samostatnost a soběstačnost, což obsahuje rozhodování o vlastním životě, plnění potřeb a zájmů a uplatňování práv. Samostatnost a soběstačnost OZP závisí na stupni a druhu postižení. U osob s těžkým motorickým nebo kombinovaným postižením je možnost využití osobní asistence. Ke snadnější integraci OZP slouží vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, ať už v oblasti vzdělávání, zaměstnávání, cestování dopravními prostředky či kultury atd.

Dle Růžičkové (2005, s. 47-48) je sociální rehabilitace pokračováním rehabilitace léčebné, využívá individuální přístup k osobám dle stupně a druhu jejich postižení, snaží se o integraci OZP a to jak do kulturního, tak i sociálního prostředí a podporuje rozvoj dovedností k tomu potřebných.

V sociální rehabilitaci lze sledovat několik cílů. Jedná se např. o zajištění finančních prostředků pro OZP. Toto zajištění může být poskytnuto formou dávek, na které mají osoby se zdravotním postižením nárok, nebo formou různých výhod, slev apod. Dalším cílem sociální rehabilitace je vytvářet těmto osobám příležitosti pro samostatné bydlení, k čemuž dopomáhají bezbariérové byty nebo rodinné domy, popř. speciální úpravy bytů (rodinných domů), které mají k bezbariérovosti obydlí přispět. U OZP je také velmi důležité rozvíjet jejich koníčky a zájmy a dát těmto osobám možnost sdružovat se do organizací, kde nejenže mohou získávat informace, učit se novým věcem, popř. získat vzdělání, ale také mohou vyjádřit své názory a požadavky (Votava, 2003, s. 74-76).

Sociální rehabilitace k plnění daných cílů využívá několika prostředků. Jedná se o reedukaci, kompenzaci a akceptaci. Pod pojmem reedukace si lze představit úsilí o obnovení poškozených funkcí, termín kompenzace zahrnuje nahrazení poškozené funkce

jinou funkcí a akceptace je snaha o přijetí důsledků nemoci, úrazu či vývojové vady OZP. Tyto prostředky sociální rehabilitace se využívají v zařízeních, která sociální rehabilitaci nabízejí svým klientům (Jankovský, 2005, s. 46).

Votava (2003, s. 76-78) prezentuje pracovníky, kteří se mohou na sociální rehabilitaci podílet. V první řadě jde především o sociální pracovníky/pracovnice, kteří poskytují OZP, ale i jejich rodinám, poradenství, pomáhají při kontaktu s úřady, při uplatnění na trhu práce atd. Druh a způsob pomoci poskytnuté OZP se může lišit dle zařízení, ve kterém je sociální pracovník/pracovnice zaměstnán/a, přestože některé typy pomoci jsou shodné pro všechny druhy zařízení. Dalšími pracovníky, kteří se mohou podílet na sociální rehabilitaci, jsou např. posudkový lékař, osobní asistent nebo pečovatelka. Významnou roli v sociální rehabilitaci hrají i různé organizace, jichž mohou být osoby s poruchou členy.

2.2.1 Sport jako součást sociální rehabilitace

Sport, stejně jako celkové využívání volného času, tvoří důležitou součást života OZP. Je pro ně nejen možností, jak zvýšit pohyblivost a udržet si stávající tělesnou kondici, ale je také způsobem aktivního vyplnění volného času, trávení času s lidmi, kteří mají podobné záliby a koníčky, příležitostí navázat nové vztahy, ale i získání nových dovedností (Votava, 2003, s. 89).

Sport může osobám s poruchou sloužit jako druh terapie, rekreace nebo jako uplatnění se v různých soutěžích. Co se týče sportu OZP, existuje mnoho organizací, ať už na mezinárodní nebo státní úrovni, které tyto sportovce sdružují a pořádají pro ně letní a zimní paralympijské hry i jiné sportovní soutěže. Organizací, která zastřešuje všechny jiné sportovní organizace na mezinárodní úrovni (kromě organizace sluchově postižených sportovců), je Mezinárodní paralympijský výbor. V České republice vznikl na výzvu Mezinárodního paralympijského výboru i Český paralympijský výbor (Votava, 2003, s. 89-93).

2.2.2 Služby související se sociální rehabilitací

Růžičková (2005, s. 46-47) vyjmenovává služby a prostředky, které do ucelené rehabilitace nepatří, ale přesto s rehabilitací OZP souvisejí. Jedná se o dávky státní sociální podpory a sociální péče pro osoby, sociální služby a různá zvýhodnění pro osoby se zdravotním postižením.

Do dávek na které mají nárok OZP lze zařadit dávky dle zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění, a to příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku, dále dávky dle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, v platném znění, a to příspěvek na dítě, příspěvek na bydlení, porodné, rodičovský příspěvek, pohřebné, a ještě příspěvek na péči ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Mezi sociální služby, které lze využít při uplatňování sociální rehabilitace můžeme zařadit např. chráněné bydlení nebo osobní asistenci, které podporují samostatnost a nezávislost OZP (Votava, 2003, s. 87-89). Chráněné bydlení je v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, charakterizováno jako pobytová služba, která může být poskytována skupinově nebo individuálně a je určena osobám se sníženou soběstačností z důsledku nějaké nemoci, úrazu či vrozené vady. Služba chráněného bydlení poskytuje takové činnosti jako zajištění stravy, pomoc při chodu domácnosti apod. Osobní asistence je v tomtéž zákoně definována jako terénní služba, taktéž poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, ale v tomto případě se může jednat o soběstačnost sníženou z důvodu věku, a je uplatňována v prostředí a při činnostech, které daná osoba vyžaduje.

Mezi další služby, které mohou OZP využívat, můžeme zařadit např. denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, mohou se účastnit i sociálně aktivizačních služeb pro osoby se zdravotním postižením či navštěvovat sociálně terapeutické dílny (zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

2.3 Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace jako jediná z hlavních složek ucelené rehabilitace není přesně definována v žádném z právních předpisů. Pedagogická rehabilitace je nejvýznamnější v dětství a dospívání, přesto je u OZP považována za proces, který probíhá celoživotně a aplikuje speciální metody a techniky při výchovném a vzdělávacím působení na tyto osoby (Votava, 2003, s. 123).

Pedagogická rehabilitace je úzce spojena s ostatními složkami ucelené rehabilitace, se kterými spolupracuje za účelem větší efektivity výchovného a vzdělávacího působení. Může být využívána v různých speciálních školách, poradnách či neziskových organizacích, setkáme se s ní ale i v rodinách osob se zdravotním postižením (Růžičková, 2005, s. 49-50).

Cílem pedagogické rehabilitace je co nejvyšší stupeň vzdělání, s přihlédnutím k jejich individuálním možnostem a stupni postižení. Stejně jako u sociální rehabilitace je i cílem pedagogické rehabilitace co největší samostatnost, podpora zapojení se do aktivit společnosti prostřednictvím speciálních metod nebo získání pracovního uplatnění (Votava, 2003, s. 123-126).

2.3.1 Speciální pedagogika

Důležitou roli v pedagogické rehabilitaci hraje speciální pedagogika a speciální pedagog. Speciální pedagogika je podobor pedagogiky a je zaměřen na výchovu a vzdělávání osob se speciálními potřebami či znevýhodněním, ať už fyzickým, psychickým či sociálním. Jeho cíle se shodují s cíli pedagogické rehabilitace, jde tedy o maximální možnou integraci OZP do společnosti. Cílem speciální pedagogiky je také to, aby byly OZP přijímány většinou společností. Speciální pedagogiku lze rozčlenit na několik disciplín orientovaných na různé cílové skupiny. Jedná se o etopedii, psychopedii, somatopedii, logopedii, surdopedii a oftalmopedii. Disciplínou, která se zabývá výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením, je psychopedie (Fischer, Škoda, 2008, s. 13-18).

2.3.2 Výchova a vzdělávání osob s mentální retardací

U osob s mentální retardací je vzdělávání proces, který probíhá celý život a může být realizován jak formou rodinné nebo ústavní výchovy, tak i v rámci školského systému. Nejvhodnějším a nejpřirozenějším prostředím pro rozvoj osobnosti a schopností člověka s mentální retardací je rodina, přestože i v ústavní péči má tato osoba spoustu možností rozvoje, např. různé výchovné a vzdělávací aktivity, je mu věnována specializovaná celodenní péče, včetně různých druhů rehabilitací (Fischer, Škoda, 2008, s. 99-102).

Co se školského systému týče, je zaměřen především na vzdělávání dětí a mladistvých, přestože existují i možnosti následného vzdělávání pro dospělé osoby s mentální retardací. Děti, které mají mentální retardaci, tak dle stupně jejich postižení mohou navštěvovat speciální nebo běžnou mateřskou školu, základní školu běžnou, speciální nebo praktickou, popř. přípravný stupeň pomocné školy nebo rehabilitační vzdělávací program. Následně pak mohou nastoupit na odborná učiliště nebo praktické školy (Fischer, Škoda, 2008, s. 102-105). Mezi možnostmi vzdělávání pro osoby s mentální retardací, které ukončí školní docházku, patří večerní školy, různé druhy kurzů zaměřené na doplnění vzdělání nebo činnosti aktivizačních center (Švarcová, 2011, s. 109-110).

Večerní školy jsou určeny pro všechny osoby s mentální retardací nehledě na to, zda absolvovali nebo neabsolvovali školní docházku. Jejich zřizovateli jsou občanská sdružení a večerní školy probíhají většinou 2x týdně a vyučuje se v nich komunikačním dovednostem, orientaci v okolním světě, práci s počítačem, provozují se různé výtvarné aktivity, opakuje se učivo, v některých školách se vyučují i cizí jazyky. Dále zde existuje možnost probírat učivo dle zájmu žáků. Ve večerních školách vyučují především speciální pedagogové. Cílem večerních škol je, kromě prohlubování znalostí osob s mentální retardací, také aktivizace těchto žáků a jejich socializace (Švarcová, 2011, s. 110-112).

Švarcová (2011, s. 112-113) dále popisuje činnost aktivizačních center. Ty jsou provozovány stejně jako večerní školy občanskými sdruženími a specializují se na osoby s mentální retardací, které jsou absolventy speciálních základních škol, ale zatím se jim nepovedlo se pracovním uplatnit. Stejně tak vzdělávání těchto center se zaměřuje na dovednosti potřebné k uplatnění na trhu práce. Vzdělávání v těchto centrech probíhá formou jednorozhodných kurzů, kde se osoby s mentální retardací učí obecným znalostem a praktickým dovednostem.

2.4 Pracovní rehabilitace

V zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, je pracovní rehabilitace popsána jako souvislá činnost, jejímž cílem je buď získání nebo udržení zaměstnání. Zahrnuje poradenství, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání, pomáhá zaměstnání zprostředkovat, podílí se na jeho udržení nebo změně, a snaží se vytvářet vhodné podmínky pro výkon zaměstnání.

V § 71 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, je dále teoretická a praktická příprava na zaměstnání dělena na přípravu na budoucí povolání, přípravu k práci a speciální rekvalifikační kurzy. V § 72 téhož zákona je příprava k práci specifikována jako činnost zaměřená na zapracování klienta na jeho pracovní místo. Tato příprava může být realizována na pracovištích zaměstnavatele, na chráněných pracovních místech či ve speciálních zařízeních.

Růžičková (2005, s. 53) charakterizuje pracovní rehabilitaci jako snahu o rozvoj pracovních schopností, dovedností a návyků OZP. Na základě jejich dosavadních schopností se sestavuje individuální plán činností, které by měly tyto osoby zvládnout, aby to pomohlo jejich rozvoji. V pracovní rehabilitaci lze využít i pracovní přípravu.

2.4.1 Pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením

OZP mohou být na trhu práce uplatněny díky rekvalifikaci, vytváření speciálních chráněných pracovních míst (popř. chráněných dílen) nebo prostřednictvím podporovaného zaměstnávání (Jankovský, 2005, s. 50).

V § 75-77 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, je chráněné pracovní místo vymezeno jako pracovní místo vytvořené speciálně pro OZP. Chráněné pracovní místo je vytvářeno nejméně na dobu 3 let a Úřad práce na jeho zřízení poskytuje zaměstnavateli za určitých podmínek příspěvek. Charakteristiku chráněného pracovního místa, druhy provozních i dalších nákladů a podmínky výpočtu příspěvku na chráněné pracovní místo upravuje vyhláška č. 518/2004, kterou se upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění.

Podporované zaměstnávání je služba provozovaná agenturami podporovaného zaměstnávání, jejímž úkolem je vyhledávání vhodného pracovního místa pro OZP na volném trhu práce. Pro osoby, které jsou z důvodu nějaké nemoci nebo úrazu pouze v pracovní neschopnosti, připadá v úvahu přechodné zaměstnávání, tedy zaměstnání na přechodnou dobu (Votava, 2003, s. 109).

Ze zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění, mají zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více jak 25 zaměstnanců, povinnost zaměstnat 4% OZP, což při počtu 25 zaměstnanců vychází právě na jednu OZP. Zaměstnavatelé tuto povinnost mohou plnit buď formou přímého zaměstnání OZP nebo odebíráním služeb nebo výrobků od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více jak 50% OZP, popř. ještě odvodem do státního rozpočtu, který činí 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy.

Prozatím neexistuje vzdělávání zaměřené přímo na pracovní rehabilitaci. Na pracovní rehabilitaci se podílejí pracovníci úřadu práce, zaměstnavatel zaměstnávající osobu se zdravotním postižením, svou roli mohou hrát i posudkový lékař a ergonomové, významnou roli hrají i zaměstnanci agentur podporovaného zaměstnávání (Votava, 2003, s. 109-111).

2.4.2 Abilympiáda

Pro OZP je často velmi důležité pracovní se uplatnit. Proto byla do bakalářské práce zahrnuta i abilympiáda, kde mohou předvést něco ze svých dovedností.

Abilympiáda je soutěž v pracovních dovednostech, která vznikla v 70. letech 20. století v Japonsku. V České republice proběhla první abilympiáda až v roce 1992 v Pardubicích

na popud Jana Venzary. Abilympiáda zahrnuje řadu jak profesních disciplín, tak disciplín z oblasti volného času. Patří sem disciplíny obsahující práci na počítači, disciplíny výtvarného zaměření či z běžné profesní oblasti (Votava, 2003, s. 119- 122). Tento rok má již národní abilympiáda vyhlášených 43 disciplín, můžeme jmenovat např. tvorba www stránek, origami, malba na hedvábí, dřevořezba, paličkování, pletení z papíru atd. Nově byla do disciplín zařazena i enkaustika a pletení z papíru, vyřazena byla naopak disciplína recyklace odpadu. Dle nových pravidel se každý účastník abilympiády může zúčastnit pouze tří disciplín (www.abilympiada.cz).

3 Andragogika

Jelikož je bakalářská práce zaměřená na ucelenou rehabilitaci dospělých osob s mentální retardací, je důležité definovat také pojem „dospělý“.

Andragogika je vědní disciplína zabývající se vzděláváním, výchovou a vyučováním dospělých osob. Zároveň je také studijním oborem, který je součástí pedagogických věd a je orientován na způsoby vzdělávání dospělých (Beneš, 2009, s. 11).

Hlavním předmětem andragogiky je učící se dospělá osoba. Andragogika se ve čtyřech různých rovinách zabývá způsoby, jakými se dospělý jedinec učí a které mají vliv na jeho schopnosti vyrovnávat se s náročnými životními situacemi. Andragogika zkoumá učení se dospělých z hlediska makrosociálního vývoje, kdy se zaměřuje především na struktury a změny sociálního, kulturního nebo politického rázu, které mají vliv na vzdělávání dospělých. Dalším zkoumaným hlediskem je institucionální a organizační zázemí vzdělávání dospělých, dále se zkoumají různé interakce, metodiky a vztahy určitých druhů učení, důležité je i individuální hledisko (Beneš, 2009, s. 35-36).

V různých disciplínách se můžeme setkat s mnoha odlišnými definicemi dospělosti. Mezi disciplíny, které mají vlastní definici dospělosti, lze zařadit např. lékařství, sociologii, psychologii, antropologii nebo právní vědy. Z pohledu lékařských věd je dospělým ten jedinec, který dosáhl fyzické zralosti. V sociologii se můžeme setkat s definicí dospělého jako osoby, která přijala nové sociální role. Mezi nejdůležitější role patří role rodiče či zaměstnance. V psychologickém pojetí je dospělým každý jedinec, který dosáhl stabilizace v chování a myšlení. Co se právního hlediska týče, jedinec se stává dospělým po překročení určité věkové hranice, která je v každém státě stanovena jinak, a s tím spojeným získáním práv a odpovědností (Beneš, 2009, s. 79).

4 Mentální retardace

4.1 Definice mentální retardace

Osoby s mentální retardací (nebo mentálním postižením) jsou osoby, u nichž vlivem organického poškození mozku či špatné funkce centrální nervové soustavy, které měly za následek odlišný vývoj jedince, došlo k zaostání rozumových schopností a změnám adaptačních schopností. Mentální retardace vzniká buď v prenatálním, perinatálním či postnatálním období, což se označuje jako oligofrenie, nebo v pozdějším věku, většinou po druhém roce věku života jedince, kdy mluvíme o demenci. Mentální retardace je trvalý stav, nelze jej tedy zcela vyléčit, různými prostředky ucelené rehabilitace se však dá podporovat jeho zlepšení (Švarcová, 2011, s. 28-31).

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2008, s. 236) je mentální retardace definována jako *„stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“*.

S vymezením mentálních funkcí se můžeme setkat i v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (2001, s. 60-73). Pro osoby s mentálním postižením hrají v jejich rozvoji důležitou roli i faktory prostředí. Zde můžeme jmenovat např. rodinné vztahy, vztahy s vrstevníky a dalšími blízkými osobami, technologie potřebné pro rozvoj komunikace, technologie využívané v denním životě, služby, které může osoba se zdravotním postižením využívat, postoje společnosti atd. (MKF, 2001, s. 182-216).

Dle Valenty a kol. (2012, s. 29-32) existuje rozdíl mezi pojmy mentální postižení a mentální retardace. Mentální postižení zahrnuje jak mentální retardaci, tak mentální opoždění způsobené nevyhovujícím sociálním prostředím. Mentální retardaci lze charakterizovat jako *„vývojovou poruchu rozumových schopností ..., která oslabuje adaptační schopnosti jedince“*.

Mentální retardace se diagnostikuje podrobným psychologickým vyšetřením, jehož základ tvoří testy inteligence, jejichž hodnoty však často závisí na momentálním emočním naladění testované osoby, na prostředí, ve kterém je test prováděn, či na otázkách a kvalitě testu. Kromě testů inteligence se k diagnostice osoby s mentálním postižením využívá i klinické hodnocení chování a osobnosti a celkové anamnézy (Švarcová, 2011, s. 33-35).

4.2 Příčiny mentální retardace

Mentální retardace může mít jak vnitřní příčiny, např. dědičnost, tak vnější příčiny, např. vlivy prostředí nebo výchovy. U převážné většiny osob s mentální retardací nelze stanovit příčinu jejich postižení, existují však určitá onemocnění, poruchy nebo jiné stavy, které mohou mít na vznik mentální retardace vliv. Patří sem následky různých infekcí a intoxikací, úrazů, poruchy růstu, výživy nebo výměny látek, makroskopické léze na mozku, anomálie chromozomů, nezralost, duševní poruchy a jiné nespecifické etiologie (Švarcová, 2011, s. 41-43).

4.3 Rozdělení mentální retardace

Dle Švarcové (2011, s. 37) se k určení stupně mentální retardace používá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (WHO). Podle této revize se mentální retardace rozděluje do šesti kategorií.

4.3.1 Lehká mentální retardace

IQ osob s lehkou mentální retardací se pohybuje v rozmezí 50-69 (mentální věk 9-12 let). Tento stupeň mentální retardace zahrnuje lehkou slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu a debilitu (MKN-10, 2008, s. 236).

Tento stupeň mentálního postižení má 80-85% osob z celkového počtu osob s mentální retardací. Osoby s tímto postižením dovedou běžně užívat řeč, zvládají sebeobsluhu, mohou se vzdělávat ve speciálních základních školách a následně absolvovat i praktické školy a učiliště a často se uplatňují na trhu práce při vykonávání různých manuálních prací (Švarcová, 2011, s. 37-38).

4.3.2 Středně těžká mentální retardace

IQ osob s tímto stupněm postižení je v rozmezí 35-49 (mentální věk 6-9 let). K tomuto stupni mentální retardace patří střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost a imbecilita (MKN-10, 2008, s. 236).

U osob s tímto postižením je zhoršené chápání i použití řeči, při správném vzdělávání si ale tyto jedinci dokážou osvojit čtení, psaní a počítání. Osoby se středně těžkou mentální retardací potřebují pomoc jak při sebeobsluze, tak při vykonávání nějaké pracovní činnosti. Tyto osoby se obvykle dokážou pohybovat bez cizí pomoci a velmi často se u nich vyskytuje epilepsie (Švarcová, 2011, s. 38-39).

4.3.3 Těžká mentální retardace

IQ osob s tímto postižením se pohybuje od 20 do 34 (mentální věk 3-6 let). Do tohoto stupně mentální retardace je zařazena těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost a idioimbecilita (MKN-10, 2008, s. 237).

Podle Švarcové (2011, s. 39-40) jsou osoby s těžkou mentální retardací schopny osvojit si některé dovednosti, nedokážou se však naučit ani psát, číst či počítat. S tímto stupněm postižení se často pojí různé přidružené vady a poruchy motoriky. Tyto osoby potřebují neustále podporu.

4.3.4 Hluboká mentální retardace

IQ osob s hlubokou mentální retardací nepřekračuje hranici 20 (mentální věk méně jak 3 roky). Patří sem těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost a idiocie (MKN-10, 2008, s. 237).

Osoby s tímto stupněm postižení potřebují trvalou pomoc a podporu, bývají často imobilní a možnosti jejich rozvoje jsou po všech stránkách značně omezené (Švarcová, 2011, s. 40).

4.3.5 Další druhy mentální retardace

Mezi další dva druhy mentální retardace patří Jiná mentální retardace a Nespecifikovaná mentální retardace. Oba tyto druhy mentální retardace se používají, pokud je diagnostika jedince nesnadná či nemožná a není možné jej zařadit do výše zmíněných stupňů postižení (Švarcová, 2011, s. 40-41).

4.4 Práva osob s mentální retardací

Jak uvádí Sobek (2007, s. 9), je respektování práv osob s mentální retardací spojeno s integrací těchto osob do společnosti, tedy se sociální rehabilitací, je proto důležité se o nich zmínit.

Osoby s mentální retardací mají stejná práva jako jakýkoliv jiný občan České republiky a tato práva jim nemohou být žádným způsobem odebrána. Existuje zde rozdíl mezi právními úkony, kterých může být osoba s mentální retardací zbavena nebo v nich může být omezena, a lidskými právy, která omezena a odebrána být nemohou. Mezi základní lidská práva patří mimo jiné nedotknutelnost osoby, zachování lidské důstojnosti, osobní svoboda, právo

na soukromí, svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání, právo vlastnit majetek a právo na rodinný život (Sobek, 2007, s. 13-18).

Po transformaci sociálních služeb se osoby s mentální retardací stali spíše partnery v poskytování služeb a v aktivním plánování vlastního rozvoje, namísto pasivního postoje, který do té doby zaujíмали. Osoba s mentální retardací je dnes již respektována jako rovnocenná. Na základě Listiny základních práv a svobod má osoba s mentálním postižením právo např. na volbu místa pobytu, na soukromí, na kontakt s přáteli i partnerský a sexuální život, na možnost sociálního začlenění, na práci i odměnu za odvedenou práci i právo na rozhodování (Sobek, 2007, s. 65-86).

II. Výzkumná část

5 Metodika výzkumu

Data k výzkumné části bakalářské práce byla získána kvantitativním výzkumem formou strukturovaného dotazníku, který byl námi speciálně vytvořen pro účely bakalářské práce, a byl zcela anonymní. Dále bylo využito kvalitativního výzkumu, a to formou zpracování kazuistik.

Dotazník je „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“ (Gavora in Chráska, 2007, s. 163). Dotazník se skládá z různého počtu různých druhů otázek, které jsou seřazeny dle určitého systému a na něž respondent odpovídá písemně (Chráska, 2007, s. 163-164).

Dotazník obsahoval celkem 12 otázek, které jsou uzavřené (strukturovaného typu) a polouzavřené typu. Polouzavřené otázky byly v dotazníku použity 2, z toho 1 otázka výčtová (možnost zvolit více odpovědí). Uzavřené typy otázek zahrnují výběrové otázky (možnost výběru jedné alternativy), kterých bylo využito 6, a škálové otázky, které byly použity 2. Mimo tyto typy položek byly použity ještě filtrační otázky, které byly v dotazníku použity 2x. Celkem bylo rozdáno 32 dotazníků, návratnost byla taktéž 32 dotazníků, tedy 100%. Výzkum probíhal v období březen – duben 2013.

Kazuistika je formou kvalitativního výzkumu, při kterém se zkoumá určitý případ z různých druhů pohledů (medicína, právo, pedagogika, psychologie). V kazuistice může být popsán vznik a průběh diagnózy nebo určitého sociálního problému, anamnéza klienta nebo různé postupy při práci s klientem. Kazuistika je často zpracována až po ukončení práce s klientem a slouží ke shromažďování a analýze dostupných materiálů o klientovi a následnému systematickému zkoumání (Hučík, Hučíková, 2009, s. 11-13).

Kazuistiky byly zpracovány, po obdržení souhlasů zákonných zástupců, na základě informací z informačního systému určeného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje. Dále na základě informací poskytnutých vrchní sestrou zařízení, vedoucí pracovnící chráněného a podporovaného bydlení a pracovnící chráněné výtvarné dílny. Doplnující informace byly zjištěny volným rozhovorem přímo od klientů.

5.1 Výzkumný vzorek

Použitý dotazník byl rozdán mezi 32 různých pracovníků zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje, kteří byli vybráni náhodně. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 20 let až do 65 let. Respondenti měli dosažen různý nejvyšší stupeň vzdělání, délku praxe v zařízení i různé pracovní pozice. Do výzkumu byly zařazeny jak ženy, tak i muži, kteří nějakým způsobem přijdou do styku s klienty zvoleného zařízení.

Návratnost dotazníků byla 100% z důvodu osobního předání dotazníků respondentům. Respondentům byl dotazník ponechán na určitou, individuálně domluvenou dobu, a následně byl opět osobně vybrán.

5.2 Zpracování dat

Pro zpracování dat byl použit program Microsoft Office Word 2007 (pro psaný text) a Microsoft Office Excel 2007 pro zpracování tabulek a grafů. V tabulkách jsou uvedeny hodnoty absolutní, relativní a celkové četnosti. Absolutní četnost v tabulce (n_i) představuje počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku. Relativní četnost (f_i) představuje podíl absolutní četnosti (n_i) a celkové četnosti (n). Relativní četnost je vyjádřena v procentech. Celková četnost (Σ) udává celkový počet respondentů.

Vzorec pro výpočet relativní četnosti: $f_i (\%) = n_i \times 100$

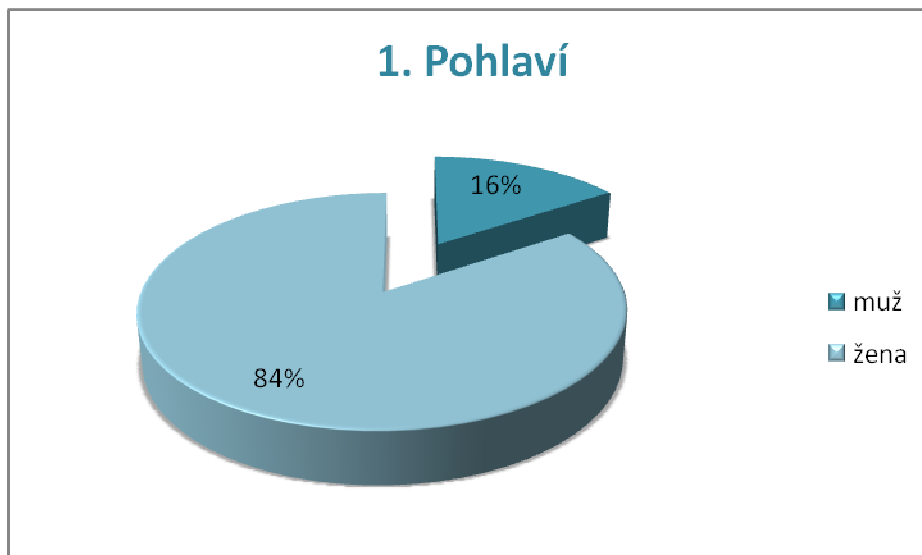
5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly stanoveny na základě studia odborné literatury a stanovených cílů práce:

- 1. Výzkumná otázka:** Zná většina pracovníků (alespoň 50%) zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje pojem ucelená rehabilitace?
- 2. Výzkumná otázka:** Je většina pracovníků daného zařízení informována o činnostech ostatních pracovníků s klienty v rámci ucelené rehabilitace?
- 3. Výzkumná otázka:** Spolupracuje většina pracovníků daného zařízení s ostatními pracovníky v rámci ucelené rehabilitace?
- 4. Výzkumná otázka:** Je ucelená rehabilitace využívána v zařízení vnímána jako potřebná?

6 Analýza a zhodnocení dat

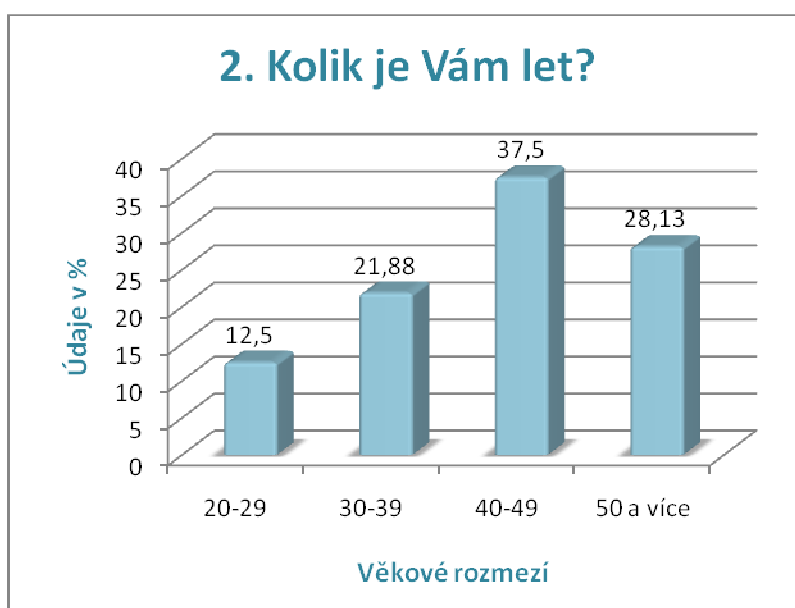
Položka č. 1: Pohlaví



Obr. 1 Pohlaví

Z uvedeného grafu vyplývá, že **většina** dotazovaných respondentů **byly ženy**, a to 27 respondentů (84%). Zbývajících 5 respondentů (16%) byli muži.

Položka č. 2: Kolik je Vám let?



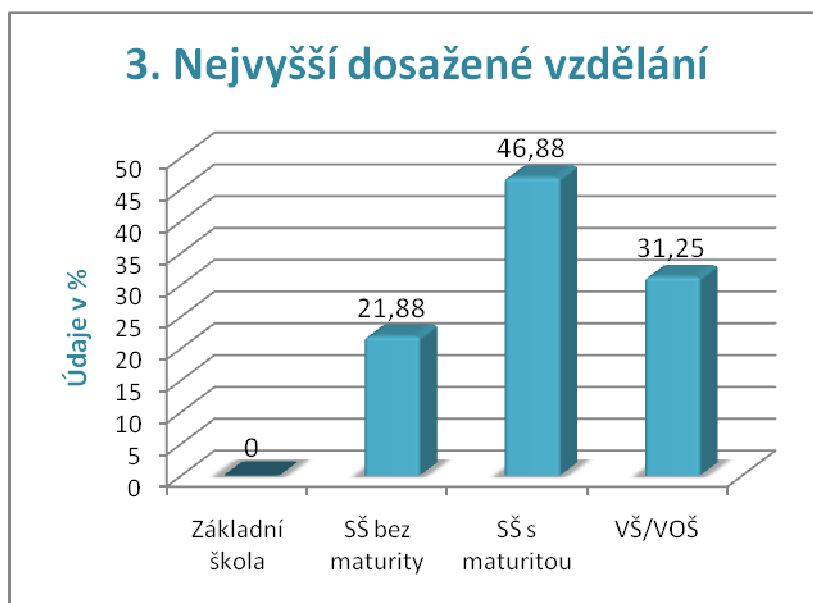
Obr. 2 Věkové rozmezí

Z výše uvedeného grafu lze zjistit, že **nejvíce** dotazovaných respondentů **spadalo do věkového rozmezí 40-49 let**, a to 12 respondentů (37,5%), z toho 1 muž a 11 žen. Druhou nejpočetnější skupinou byli respondenti ve věkovém rozmezí 50 a více let, tedy 9 respondentů (28,13%). Následovalo 7 respondentů (21,88%) ve věkovém rozmezí 30-39 let a nejméně početnou skupinu respondentů představovali respondenti ve věkovém rozmezí 20-29 let, tedy 4 respondenti (12,5%).

Položka č. 3: Vaše nejvyšší ukončené vzdělání

Tab. 1 Nejvyšší ukončené vzdělání

	n_i	p_i v %
Základní škola	0	0
SŠ bez maturity	7	21,88
SŠ s maturitou	15	46,88
VŠ/VOŠ	10	31,25
Σ	32	100



Obr. 3 Nejvyšší ukončené vzdělání

Z uvedeného grafu a tabulky je zřejmé, že **nejvyšší ukončené vzdělání u téměř poloviny** respondentů, tedy u 15 respondentů (46,88%), byla **střední škola s maturitou**. Další početnou skupinou byli respondenti, kteří dosáhli vzdělání na vysokých nebo vyšších odborných školách, a to přesně 10 respondentů (31,25%). Následující skupinu respondentů představuje 7 respondentů (21,88%), kteří ukončili své vzdělání střední školou bez maturity. Žádný z respondentů (0%) neměl splněnu pouze povinnou školní docházku, všichni respondenti se po základní škole dále vzdělávali.

Položka č. 4: Jakou pracovní pozici v zařízení, ve kterém pracujete, zastáváte?

Tab. 2 Pracovní pozice

	n_i	p_i v %
Lékař	0	0
Zdravotní sestra	1	3,13
Ošetřovatel	12	37,5
Fyzioterapeut	0	0
Ergoterapeut	0	0
Speciální pedagog	4	12,5
Sociální pracovník	2	6,3
Animoterapeut	0	0
Muzikoterapeut	0	0
Pracovník chráněných dílen	3	9,38
Jiné	10	31,3
Σ	32	100



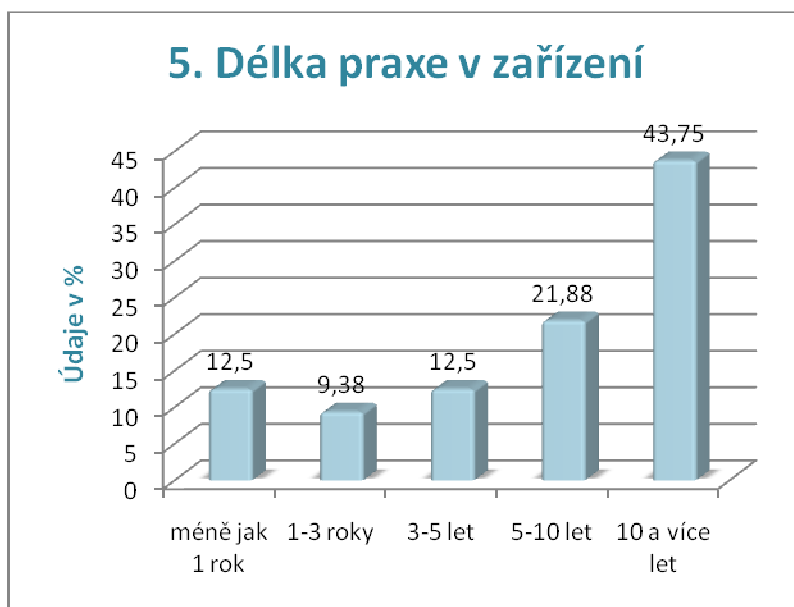
Obr. 4 Pracovní pozice

U této otázky měli respondenti uvést svou pracovní pozici ve zvoleném zařízení. V tabulce jsou uvedeny všechny druhy možností, které mohli respondenti zvolit, do grafu jsem pro větší přehlednost zahrnula pouze pracovní pozice, které respondenti vybrali, v grafu tedy nejsou znázorněny pracovní pozice lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, animoterapeut (canisterapeut, hipoterapeut) a muzikoterapeut. Respondenty, kteří by zastávali tyto pracovní pozice v zařízení, se mi nepodařilo kontaktovat převážně z důvodu jejich externí působnosti v zařízení.

Největší počet respondentů tvořili respondenti s **pracovní pozicí Ošetřovatel**, tedy 12 respondentů (37,5%, v grafu zaokrouhлено na 38%). Druhou největší skupinu představovali respondenti, kteří uvedli pracovní pozici Jiné, a to 10 respondentů (31,3%). Následující skupinu představovali 4 respondenti na pracovní pozici Speciální pedagog (12,5%, v grafu zaokrouhлено na 13%), dále pak 3 respondenti na pozici Pracovníků chráněných dílen (9,38%), 2 respondenti zastávající pracovní pozici Sociálního pracovníka (6,3%) a 1 respondent na pozici Zdravotní sestra (3,13%).

Respondenti, kteří uvedli možnost **Jiné**, uvedli pracovní pozice: Vedoucí pracovník (1), Speciální pedagog a muzikoterapeut (1), Údržba (1) a Pracovník v sociálních službách (7). Při konzultaci s Vedoucím pracovníkem jsem se setkala se špatnou interpretací pracovní pozice Ošetřovatel, protože většina pracovníků v zařízení jsou Pracovníci v sociálních službách. Taktéž pracovní pozici Pracovník chráněných dílen by bývalo bylo vhodnější pojmenovat jako Pracovník aktivizačního centra.

Položka č. 5: Jak dlouho již v zařízení pracujete?



Obr. 5 Délka praxe v zařízení

Z Grafu délky praxe v zařízení vyplývá, že **největší počet** respondentů **pracuje v zařízení 10 nebo více let**, a to 14 respondentů (43,75%). Jeden z respondentů dokonce uvedl, že ve zvoleném zařízení pracuje již 32,5 let. Druhou nejpočetnější skupinu představovali respondenti pracující v zařízení 5-10 let, a to 7 respondentů (21,88%). Třetí nejpočetnější skupinou jsou respondenti pracující v zařízení 3-5 let a méně jak rok, tedy

4 respondenti v každé z kategorií (12,5%). Nejméně početnou skupinou jsou respondenti pracující v zařízení 1-3 roky, a to 3 respondenti (9,38%).

Položka č. 6: Znáte pojem ucelená rehabilitace, a co všechno zahrnuje?

Možné odpovědi:

- a) Ano, vím přesně, co tento pojem znamená a co všechno zahrnuje
- b) Ano, vím, co tento pojem znamená, i co zahrnuje, ale nedokázal/a bych ho přesně definovat
- c) Ano, vím, co tento pojem znamená, ale nevím, co všechno zahrnuje
- d) Ano, setkal/a jsem se již s tímto pojmem, ale nevím, co přesně znamená, ani co zahrnuje
- e) Nevím, možná mi to něco říká
- f) Ne, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a ani jsem se s ním neseťkal/a



Obr. 6 Znalost pojmu ucelená rehabilitace

V grafu jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku, zda znají pojem ucelená rehabilitace a její složky. Jak je vidět z grafu, **téměř polovina** respondentů **zná pojem ucelená rehabilitace, ví, co znamená, i co zahrnuje**, přesněji je to 15 respondentů (47%). 7 respondentů (22%) zvolilo možnost **b)**, tedy, že pojem ucelené rehabilitace znají, vědí, i co zahrnuje, ale nedokázali by ho přesně definovat. Možnost **c)** zvolili 4 respondenti (13%) a možnost **d)** 3 respondenti (9%). 2 respondenti (6%) nevěděli, co tento pojem znamená a pouze 1 respondent (3%) tento pojem nikdy neslyšel, ani se s ním neseťkal.

Tato položka sloužila zároveň jako filtrační otázka, respondenti, kteří zakroužkovali možnost **c)** nebo **d)** nevyplňovali následující otázku, a respondenti, kteří zakroužkovali možnost **e)** nebo **f)** zbytek dotazníku již nevyplňovali. Zbytek dotazníku ovšem nevyplnil i jeden respondent, který zakroužkoval v této otázce možnost **d)**. V následující položce jsou tedy zpracována data pouze z 22 dotazníků, ve zbytku položek z 28 dotazníků.

Položka č. 7: Využívá se v zařízení, ve kterém pracujete složek ucelené rehabilitace?

Možné odpovědi:

- a) Ano, využívá se jich velmi často a u klientů se všemi stupni mentální retardace
- b) Ano, využívá se jich velmi často, ale pouze u klientů s lehčí a střední mentální retardací
- c) Ano, využívá se jich, ale ne příliš často
- d) Ne, nevyužívá se jich vůbec

Tab. 3 Využívání složek ucelené rehabilitace v zařízení

	n_i	p_i v %
a)	17	85
b)	3	15
c)	0	0
d)	0	0
Σ	20	100

V tabulce lze zjistit, jakým způsobem respondenti odpovídali na otázku, zda se v zařízení využívá složek ucelené rehabilitace. **Nejvíce** respondentů, tedy 17 (85%), **zvolilo** možnost **a)**, tedy, že se v zařízení složek ucelené rehabilitace využívá často a u klientů se všemi stupni mentální retardace. 3 respondenti (15%) zvolili možnost **b)**, možnost **c)** a **d)** ne zvolil žádný z respondentů. **Jeden respondent** uvedl, že se ucelená rehabilitace v zařízení „používá, ale za krátkou dobu, co tu jsem, nechci hodnotit do jaké šíře“, a ještě **jeden respondent** uvedl, že „ucelená rehabilitace se v našem zařízení používá, ale u velice malého množství klientů našich služeb“. Tito dva respondenti ne zvolili tedy žádnou z nabízených možností.

Položka č. 8: Víte, jaké služby využívají klienti, se kterými pracujete, do jakých center docházejí a jakým činnostem se zde věnují?

Možné odpovědi:

- a) Ano, vím přesně, jaké služby klienti využívají, do jakých center docházejí a jakým činnostem se zde věnují
- b) Ano, vím, jaké služby klienti využívají, i do jakých center docházejí, ale nevím, čemu se zde věnují
- c) Ne, vím jen něco málo z toho, jaké služby klienti využívají a do jakých center docházejí
- d) Ne, nevím, jaké služby klienti využívají ani do jakých center docházejí

Tab. 4 Povědomí o službách využívaných klienty

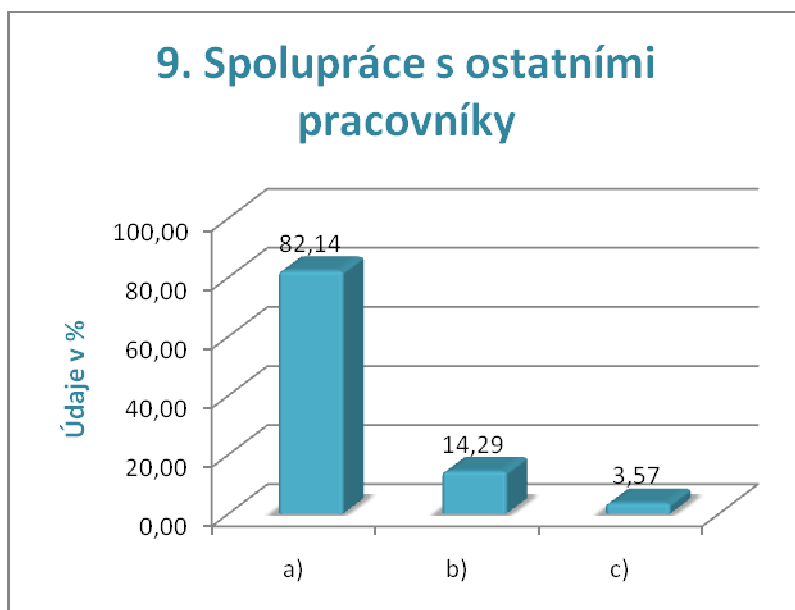
	n_i	p_i v %
a)	27	96,43
b)	1	3,57
c)	0	0
d)	0	0
Σ	28	100

Ve výše uvedeném grafu je vidět, že téměř 100% respondentů má přehled o službách navštěvovaných klienty i o činnostech, kterým se zde věnují. **Odpověď a) zvolilo** 27 respondentů (96%), možnost **b)** vybral pouze 1 respondent (4%). Možnosti **c)** a **d)** nezvolil žádný z respondentů.

Položka č. 9: Spolupracujete s ostatními pracovníky v rámci ucelené rehabilitace?

Možné odpovědi:

- a) Ano, spolupracuji se všemi pracovníky, kteří pracují s „mými“ klienty
- b) Ano, spolupracuji s ostatními pracovníky, kteří pracují s „mými“ klienty, ale pouze s několika, ne se všemi
- c) Ne, s ostatními pracovníky nespolupracuji



Obr. 7 Spolupráce s ostatními pracovníky

Z grafu můžeme vidět, jakým způsobem respondenti odpovídali na otázku, zda spolupracují s ostatními pracovníky zařízení. **Většina respondentů**, tedy 23 respondentů (82,14%) **vybralo možnost a)**, tedy, že s ostatními pracovníky spolupracují. Respondenti (14,29%) zvolilo možnost **b)** a pouze jediný respondent (3,57%) zakroužkoval možnost **c)**. Tato otázka zároveň sloužila jako filtrační, respondent, který zakroužkoval možnost **c)**, nemusel následující otázku vyplňovat.

Položka č. 10: S jakými pracovníky nejčastěji spolupracujete v rámci ucelené rehabilitace?

Respondenti zde měli možnost zakroužkovat více odpovědí.

Tab. 5 Nejčastější spolupráce

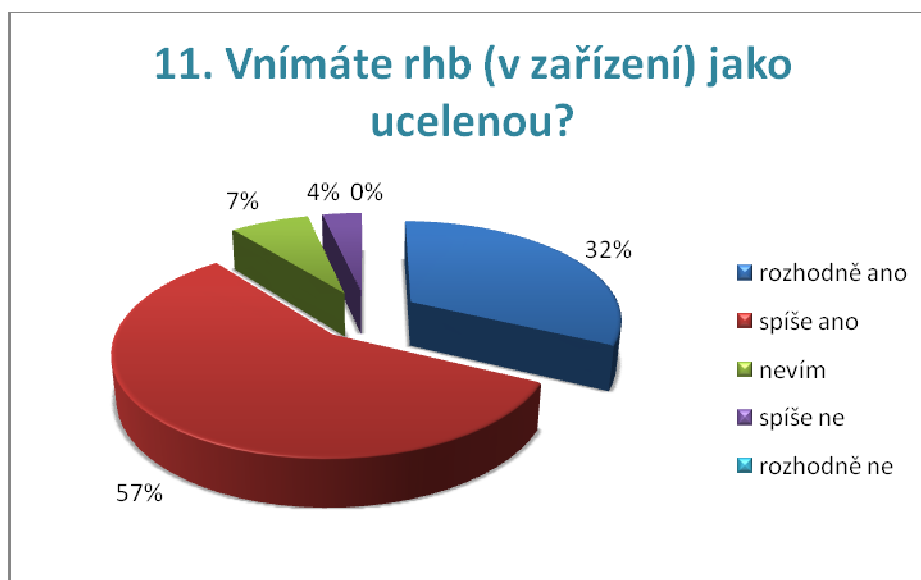
	n_i
Sociální pracovník	23
Fyzioterapeut	21
Muzikoterapeut	21
Zdravotní sestra	20
Speciální pedagog	19
Ošetřovatel	16
Pracovník chráněných dílen	16
Animoterapeut	13
Lékař	12
Ergoterapeut	9
Jiné	8

Z výše uvedené tabulky lze zjistit, že respondenti **nejčastěji spolupracují se sociálním pracovníkem**. Tuto možnost zakroužkovalo 23 respondentů. Dále 21 respondentů uvedlo spolupráci s fyzioterapeutem a stejné množství zakroužkovalo i spolupráci s muzikoterapeutem. 20 respondentů často spolupracuje se zdravotní sestrou, 19 respondentů se speciálním pedagogem, 16 respondentů zvolilo častou spolupráci s pracovníkem chráněných dílen a ošetřovatelem. 13 respondentů také spolupracuje s animoterapeutem (canisterapeutem, hipoterapeutem), 12 respondentů s lékařem a 9 respondentů s ergoterapeutem. Nejméně respondentů, tedy 8 respondentů (4,49%), uvedlo možnost Jiné.

Do možnosti jiné respondenti dopisovali: spolupráci s rehabilitační sestrou (1), s pracovníkem v sociálních službách (3), s vrchní sestrou (2). Jeden respondent definoval ergoterapeuta jako pedagogického pracovníka v centrech a jeden respondent uvedl spolupráci se zaměstnavateli klientů mimo zvolené zařízení sociálních služeb.

U této položky jsem se také setkala s tím, že respondenti nedovedli posoudit, s kým spolupracují nejčastěji a často zakroužkovali všechny možnosti.

Položka č. 11: Vnímáte rehabilitaci prováděnou v zařízení, ve kterém pracujete, jako ucelenou?



Obr. 8 Vnímání rhb jako ucelené

V této škálové otázce měli respondenti vybrat odpověď na to otázku, zda rehabilitaci v zařízení vnímají jako ucelenou. **Větší polovina respondentů**, tedy 16 respondentů (57%) odpovědělo „*spíše ano*“. 9 respondentů (32%) odpovědělo, že rehabilitaci prováděnou v zařízení rozhodně vnímají jako ucelenou. 2 respondenti (7%) zvolilo možnost „*nevím*“.

Pouze 1 respondent (4%) spíše nevnímal rehabilitaci v zařízení jako ucelenou. Žádný z respondentů (0%) nezvolil možnost „rozhodně ne“ – rozhodně nevnímal rehabilitaci prováděnou v zařízení jako ucelenou. Jeden z respondentů dále do dotazníku doplnil, že rehabilitaci v zařízení vnímá jako ucelenou „ale pouze u zlomku uživatelů našich služeb, u všech uživatelů není z důvodu personálních a kapacitních možností“.

Položka č. 12: Je ucelená rehabilitace ve Vašem zařízení podle Vás potřebná a efektivní?

Tab. 6 Tabulka potřebnosti a efektivity ucelené rehabilitace

	n_i	p_i v %
rozhodně ano	15	57,69
spíše ano	11	42,31
nevím	0	0
spíše ne	0	0
rozhodně ne	0	0
Σ	26	100

Z výše uvedené tabulky je patrné, že **téměř všichni** respondenti **posuzují ucelenou rehabilitaci v zařízení jako potřebnou a efektivní**. Že tato rehabilitace taková rozhodně je, odpovědělo 15 respondentů (57,69%). Odpověď, že je ucelená rehabilitace spíše potřebná a efektivní zvolilo 11 respondentů (42,31%). Žádný z respondentů (0%) nezvolil ani odpověď „nevím“, „spíše ne“ a „rozhodně ne“. Jeden z respondentů uvedl, že ucelená rehabilitace v zařízení „potřebná je, ale efektivní nedovedu posoudit“. Jeden z respondentů tuto otázku nevyplnil, pouze u této položky vyznačil otazník. Z uvedené odpovědi jednoho z respondentů usuzují, že by bývalo bylo lepší tuto položku rozdělit na dvě otázky.

7 Kazuistiky

7.1 Kazuistika č. 1

Klient Přemysl – muž, 40 let, dg. lehká mentální retardace, hluchota

Rok narození: 1973

Trvalé bydliště: Pardubický kraj

Zákonný zástupce: Sestra klienta

Vývoj klientovy situace:

Klient se narodil roku 1973. Do roku 1988 bydlel se svými rodiči a jako patnáctiletý byl poté umístěn do zařízení sociálních služeb Pardubického kraje, ve kterém žije dodnes. Původně klient Přemysl bydlel v hlavní budově zařízení, kde žije většina klientů zařízení převážně se střední, těžkou a hlubokou mentální retardací. Od roku 2005, kdy byla otevřena služba chráněného bydlení, byl klient Přemysl zařazen do této služby.

Charakteristika klienta:

Klient Přemysl je velmi ochotný a pracovitý, přestože jeho pracovitost je často ovlivněna jeho náladovostí. S klientem je zhoršená komunikace z důvodu jeho hluchoty, za pomoci neverbální komunikace však rychle pochopí, co se po něm žádá. Klient Přemysl má sklony ke kleptomanii a hypochondriismu, pokud ho něco začne bolet, okamžitě odmítá dál pracovat. Klient je velmi zručný a šikovný a tyto své přednosti má možnost uplatnit v chráněných dílnách, do kterých dochází. Klient také rád masíruje zádá pracovníkům zařízení sociálních služeb Pardubického kraje.

Rodinná anamnéza:

Rodiče klienta již zemřeli. Klient má sestru a bratra, s bratrem se ale nestýká. Sestra (zákonný zástupce) si klienta bere vždy dvakrát ročně k sobě domů na dobu přibližně dvou měsíců, obvykle to bývá během letních prázdnin a přes Vánoce. Klient je svobodný a bezdětný, má ale přítelkyni, která je umístěna v jednom zařízení sociálních služeb. S touto přítelkyní se klient vídá na plesech, věnečcích nebo při příležitosti různých akcí pořádaných ať už v rámci zařízení, ve kterém je klient umístěn, nebo na akcích pořádaných jinými zařízeními.

Sociální anamnéza:

V zařízení sociálních služeb Pardubického kraje je klient umístěn v chráněném bydlení, které zde představují rodinné domky, kde bydlí 4 klienti pohromadě. Klient Přemysl je tedy v rámci možností samostatný a soběstačný.

Klient nedosáhl žádného vzdělání, v době jeho dětství nebylo mnoho takovýchto možností. Klient má základy čtení a psaní.

Činnosti realizované klientem v rámci ucelené rehabilitace:

Pracovní rehabilitace: Klient samostatně dojíždí autobusem do Ústí nad Orlicí (zhruba 12km), kde pracuje v cukrárně zaměstnávající osoby se zdravotním postižením. Myje zde nádobí.

V rámci zařízení sociálních služeb Pardubického kraje, kde je klient umístěn, navštěvuje chráněné dílny. Klient Přemysl je natolik zručný, že jako jediný dochází do tkalcovské dílny, kde tká různé koberce a brašny. Mimo tkalcovské dílny ještě klient navštěvuje výtvarnou dílnu. Zde se klient věnuje mnoha rozmanitým činnostem. Plete košíky a misky z pedigu a papíru, maluje obrazy, které jsou následně prodávány na akcích pořádaných zařízením, vyrábí náhrdelníky a zvířátka z korálků. Výrobě zvířátek z korálků se klient věnuje i ve svém volném čase a příležitostně tato zvířátka prodává (ukázka prací klienta viz Příloha B).

Mimo rukodělných prací se klient mnoha činnostem nevěnuje, protože o ně nemá zájem. Nenavštěvuje ani keramickou dílnu, ani canisterapie nebo hipoterapie, které jsou velmi oblíbené u jiných klientů. Čas od času klient Přemysl dochází do tanečního kroužku a dovednosti zde získané následně uplatňuje na plesech. Klient se nevěnuje ani žádnému sportu, ale v létě si občas s dalšími klienty zařízení zahraje házenou.

Léčebná rehabilitace: Kvůli bolestem zad klient dochází na rehabilitační cvičení, ale pokud může, tak se tomuto cvičení vyhýbá.

Sociální rehabilitace: Mimo běžných aktivit, které jsou nabízeny v rámci zařízení, se klient účastní i různých akcí, ať už pořádaných zařízením sociálních služeb Pardubického kraje, ve kterém je klient umístěn, tak i akcí, které jsou pořádány mimo zařízení. Kromě plesů nebo věnečků se tak účastní např. dětského dnu nebo letního hudebního festivalu (tyto akce jsou pořádány v rámci zařízení, ve kterém je klient umístěn), každoročně také vyjíždí na akci „Chceme žít s vámi“, která je pořádána televizí Nova. Je také častým účastníkem výletů, které

pro klienty pořádají pracovníci zařízení. Tyto výlety jsou často mířené do přírody nebo na hrady a zámky.

7.2 Kazuistika č. 2

Klient Bořivoj – muž, 45 let, dg. středně těžká mentální retardace, spastická mozková obrna, epilepsie

Rok narození: 1968

Trvalé bydliště: Pardubický kraj

Zákonný zástupce: úředník

Vývoj klientovy situace:

Klient se narodil roku 1968. V dětském věku byl odebrán soudem rodičům kvůli nevyhovujícím podmínkám v domácnosti rodičů. Byl umístěn do kojeneckého ústavu a následně žil v dětském domově v Hradci Králové až do roku 1985, kdy byl jako sedmnáctiletý přestěhován do zařízení sociálních služeb Pardubického kraje, ve kterém žije dodnes. Klient Bořivoj původně bydlel na hlavní budově zařízení ve zdravotnickém oddělení až do roku 2005, kdy se přestěhoval do nově otevřené služby chráněného bydlení, kde byl ubytován v jednom z bezbariérových bytů.

Charakteristika klienta:

Klient Bořivoj je v rozsahu svých možností velmi zručný, nejradši ze všeho maluje. Je také velmi skromný a plachý, lekne se každého nečekaného pohybu nebo zvuku. Klient se pohybuje na elektrickém vozíku, většinou s pomocí pracovníků zařízení nebo jiných klientů, krátkou vzdálenost ale dokáže překonat i bez cizí pomoci. Klient má rád psy.

Rodinná anamnéza:

Klient byl již v raném věku odebrán soudem rodičům a ti o něj již neprojevili zájem stejně jako ostatní rodinní příslušníci. Jeho rodinu zde nahrazuje zákonný zástupce, který ho během roku navštěvuje a telefonuje mu.

Sociální anamnéza:

V zařízení sociálních služeb Pardubického kraje je klient zařazen ve službě chráněného bydlení, které zde představují rodinné domky, kde bydlí 4 klienti pohromadě. Klient obývá bezbariérový pokoj v přízemí jednoho z domků, společně s dalším klientem, který mu pomáhá se sebeobsluhou a plněním jeho potřeb.

Klient nedosáhl žádného vzdělání, neumí ani číst ani psát, dokáže se ale podepsat. Často podepisuje obrazy, které namaloval.

Činnosti realizované klientem v rámci ucelené rehabilitace:

Pracovní rehabilitace: V rámci zařízení sociálních služeb Pardubického kraje klient navštěvuje keramickou a výtvarnou dílnu. V keramické dílně se klient Bořivoj věnuje malování obrázků, občas si něco malého vyrobí i z keramiky. Stejně tak ve výtvarné dílně se klient věnuje převážně malování obrázků, které ho velmi baví, pokud má ovšem zájem o jinou činnost, je mu to umožněno. Klient maluje trojhrannými pastelkami, které jsou pro něj z důvodu jeho postižení mnohem vhodnější než obyčejné pastelky.

Mimo rukodělných prací je klient ještě součástí hudební skupiny Barbušáci, která se skládá z klientů zařízení a vystupuje na různých akcích, ať už pořádaných zařízením, či pořádaných mimo zařízení. Z důvodu svého postižení se klient nevěnuje žádnému sportu, dříve však jezdil společně s ostatními klienty na plavání.

Léčebná rehabilitace: Klient Bořivoj dochází na rehabilitaci, kde s ním rehabilitační pracovníce procvičuje různé protahovací cviky, klient dochází také na magnetoterapii. Pravidelně také podstupuje různé masáže a dochází do vířivé vany. Klient se také účastní logopedie, která se zaměřuje na sociální oblast, v jeho případě především na rozvoj osobnostních dovedností. Jelikož klient Bořivoj má velmi rád psy, účastní se také často canisterapie, kterou v zařízení praktikují externí pracovníci.

Sociální rehabilitace: Mimo běžných aktivit zařízení se klient účastní i různých akcí. Z důvodu jeho postižení a skutečnosti, že se pohybuje na vozíku, jsou však pro něj některé akce mimo zařízení sociálních služeb Pardubického kraje méně dostupné, akcí pořádaných zařízením se však účastní rád a z důvodu jeho bezproblémového chování také často vyjíždí na výlety pořádané pracovníky zařízení.

8 Diskuze

Hlavním praktickým cílem bakalářské práce bylo zjistit, za pomoci dotazníkového šetření, zda pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje vnímají rehabilitaci jako ucelenou. Od tohoto hlavního cíle byly odvozeny další cíle. Pro splnění stanovených cílů jsme zvolili metodu kvantitativního výzkumu formou strukturovaného dotazníku, který byl vytvořen speciálně pro potřeby bakalářské práce. Do kvantitativního výzkumu bylo zahrnuto 32 respondentů, kteří jsou pracovníky zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje.

Výsledky výzkumu jsou následující:

Vnímají pracovníci zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje rehabilitaci prováděnou v zařízení jako ucelenou?

Z 28 respondentů pouze 1 respondent nevnímal rehabilitaci prováděnou v zařízení sociálních služeb Pardubického kraje jako ucelenou a 2 respondenti si nebyli jisti. Většina respondentů tedy vnímala rehabilitaci prováděnou ve zvoleném zařízení jako ucelenou. Domnívám se, že respondenti takto odpovídali na základě velké škály různých aktivit, které zařízení nabízí uživatelům svých služeb. Zařízení sociálních služeb Pardubického kraje nabízí např. službu domov pro osoby se zdravotním postižením, služby chráněného a podporovaného bydlení či odlehčovací služby. Samozřejmostí je zdravotnická péče poskytovaná klientům, kteří ji potřebují, ať již se jedná o rehabilitační cvičení nebo např. magnetoterapii či masáže.

Klienti zde mají také možnost vzdělávat se v předškolní, povinné školní a navazující školní docházce. Mimo to mají možnost navštěvovat různá centra aktivit, která pro své klienty zařízení sociálních služeb provozuje. Klienti tak mohou navštěvovat např. muzikoterapii, navštěvovat keramickou nebo výtvarnou dílnu, podílet se na péči o domácí zvířata chovaná v zařízení sociálních služeb (králíci, morčata, koně), účastnit se canisterapie či hipoterapie, pracovat v zahradnictví nebo pomáhat udržovat areál zařízení sociálních služeb. Zařízení pro klienty nabízí i různé zájmové aktivity jako natáčení filmů následně prezentovaných na filmovém festivalu Mental Power Prague Film Festival, sportovní klub nebo taneční a hudební soubor, které vystupují na různých akcích, které buď pořádá zařízení sociálních služeb ve svém areálu, nebo které s klienty navštěvuje. Zařízení sociálních služeb Pardubického kraje se tedy snaží svým klientům předložit co nejširší nabídku aktivit.

Výzkumná otázka č. 1: Zná většina (alespoň 50%) pracovníků zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje pojem ucelená rehabilitace?

Dle výzkumu většina respondentů (82%) zná pojem ucelená rehabilitace nebo se s ním alespoň setkala. Pouze 69% respondentů tento pojem zná i ví, co pojem ucelená rehabilitace zahrnuje. 13% respondentů se s tímto pojmem pouze setkalo a zbytek respondentů (18%) pojem ucelená rehabilitace nikdy neslyšelo. Tento výsledek je překvapující, původní předpoklad byl, že pojem ucelená rehabilitace bude znát pouze okolo 50% respondentů. Domnívám se, že tento stav je způsoben aktivitami ředitele zařízení sociálních služeb a touhou pracovníků zařízení po doplnění vzdělání. Nedostatky ve vědomostech jsou často způsobeny krátkou praxí v zařízení sociálních služeb Pardubického kraje.

Výzkumná otázka byla potvrzena.

Výzkumná otázka č. 2: Je většina pracovníků daného zařízení informována o činnostech ostatních pracovníků s klienty v rámci ucelené rehabilitace?

Z výzkumu vyplývá, že většina respondentů (96%) je informována o všech službách a aktivizačních centrech, která navštěvují klienti, se kterými pracují. Respondenti jsou také informováni o činnostech, kterým se zde klienti věnují společně s jinými pracovníky zařízení. Tato vysoká míra informovanosti pracovníků zařízení je zřejmě dána vysokou mírou spolupráce mezi různými pracovníky zařízení.

Výzkumná otázka byla potvrzena.

Výzkumná otázka č. 3: Spolupracuje většina pracovníků daného zařízení s ostatními pracovníky v rámci ucelené rehabilitace?

Většina respondentů (96%) dle výzkumu spolupracuje se ostatními pracovníky zařízení, kteří pracují s „jejich“ klienty, přestože pouze 82% respondentů uvedlo, že spolupracuje se všemi pracovníky zařízení sociálních služeb. 14% respondentů uvedlo, že spolupracuje pouze s některými pracovníky zařízení a pouze 4% respondentů uvedlo, že s ostatními pracovníky zařízení nespolupracuje. Vysoká míra spolupráce pracovníků je podpořena snahou zařízení využívat ucelenou rehabilitaci u všech klientů, která ze spolupráce a koordinace mezi různými složkami ucelené rehabilitace vychází.

Respondenti nejčastěji uváděli spolupráci se sociálním pracovníkem. Tato spolupráce je zřejmě dána tím, že sociální pracovníci zařízení přijímají klienty do zařízení, provádějí u klientů sociální šetření, často komunikují s rodinami klientů, pomáhají vyřizovat různé

žádosti (občanský průkaz, průkaz ZTP, ...) a stížnosti klientů, popř. vyřizují pohřby či přestěhování klienta do jiného zařízení či zpátky k rodině. S různými pracovníky zařízení tak přijdou velmi často do kontaktu. Jako další pracovníky, se kterými nejčastěji spolupracují, uváděli respondenti fyzioterapeuta a muzikoterapeuta. S těmito dvěma pracovníky respondenti často spolupracují z důvodu toho, že většina klientů navštěvuje různé rehabilitace, cvičení, masáže, atd. a velká část klientů se účastní muzikoterapie nebo je součástí hudební skupiny zařízení Barbušáci.

Výzkumná otázka byla potvrzena.

Výzkumná otázka č. 4: Je ucelená rehabilitace využívaná v zařízení vnímána jako potřebná?

Z odpovědí respondentů v dotazníku lze usuzovat na to, že vnímají ucelenou rehabilitaci v zařízení jako potřebnou a to především u klientů s těžkou a hlubokou mentální retardací, kteří nemají tolik možností aktivizace a rozvoje jako klienti s lehkou nebo střední mentální retardací a to z důvodu závažnosti jejich postižení. Ucelenou rehabilitaci jako potřebnou pro klienty vnímá 100% respondentů.

Výzkumná otázka byla potvrzena.

Kazuistiky klientů.

Součástí bakalářské práce jsou dvě kazuistiky (jedna u klienta s lehkou mentální retardací a druhá u klienta se střední mentální retardací). Tyto kazuistiky byly do bakalářské práce vloženy pro doplnění přehledu o možnostech, které zařízení sociálních služeb Pardubického kraje nabízí svým klientům v rámci ucelené rehabilitace. V kazuistikách je popsán vývoj životní situace, rodinná i sociální anamnéza a činnosti, kterým se klient věnuje v rámci ucelené rehabilitace.

Klienti, u kterých byly kazuistiky zpracovány, byli vybráni na základě doporučení vedoucí pracovnice chráněného a podporovaného bydlení a po konzultaci s pracovnící aktivizačního centra. Tito klienti byli vybráni kvůli ochotě zákonných zástupců i samotných klientů spolupracovat při vytváření bakalářské práce. Z tohoto důvodu nebyly zpracovány kazuistiky klientů s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, kde získat souhlas zákonných zástupců se zpracováním osobních údajů je často obtížné.

Poznatky z literatury

V použité literatuře jsem se často setkávala s pojmem rehabilitace, tedy snahou o navrácení osoby do původního stavu a zapojení OZP do všech aktivit společnosti (viz kapitola Vymezení pojmů). Málokdy jsem narazila na použití pojmu habilitace, kdy osoba s mentální retardací teprve získává určité dovednosti a schopnosti. Přestože tato bakalářská práce pojednává o ucelené rehabilitaci dospělých osob s mentální retardací, v některých případech by bylo vhodnější u těchto osob použít pojem habilitace spíše než rehabilitace, např. u pracovní rehabilitace, kde dospělá osoba s mentální retardací určité pracovní návyky a dovednosti teprve získává. Nejde, v tomto případě, o rehabilitaci jako takovou, kdy si např. osoba po úraze tyto pracovní návyky a dovednosti znovu osvojuje.

9 Závěr

Tato bakalářská práce se v teoretické části zabývá ucelenou rehabilitací, její definicí a složkami, následně je charakterizován pojem dospělá osoba a nakonec mentální retardace a práva osob s mentální retardací. Ucelená rehabilitace je důležitá pro rozvoj osob s mentální retardací jak po fyzické, tak i po psychické, sociální a spirituální stránce. Různé složky ucelené rehabilitace napomáhají nejen rozvoji osob s mentální retardací, ale mohou přispívat i k udržení současného stavu osob s mentální retardací, popř. zabraňovat progresi.

Ve výzkumné části jsme nejprve sestavili dotazník, který byl určen pro různé pracovníky zvoleného zařízení sociálních služeb Pardubického kraje, např. zdravotní sestry, pracovníky v sociálních službách, ošetrovatelky, sociální pracovníky či různé druhy terapeutů. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že většina pracovníků zařízení vnímá rehabilitaci prováděnou v zařízení jako ucelenou, přestože někteří pracovníci takto rehabilitaci vnímají pouze u některých klientů zařízení, ne u všech, a to z důvodu nedostatečných personálních a kapacitních možností. Všichni dotazovaní pracovníci se ale shodli v názoru, že ucelená rehabilitace je pro klienty zařízení sociálních služeb potřebná, tedy je důležité ji rozvíjet a snažit se ji zpřístupnit všem klientům zařízení.

Aby mohla být ucelená rehabilitace poskytována všem klientům zařízení, nehledě na stupeň jejich postižení, v co největší možné šíři, bylo by nutné zvýšit počty pracovníků, kteří by tak mohli klientům věnovat více času a péče a zpřístupnit tak klientům nabídku služeb zařízení v co největším možném rozsahu. Tato idea je samozřejmě problematická, a tedy obtížně uplatnitelná, především z hlediska finančních zdrojů a jejich rozdělení. Z nabídky, kterou zařízení sociálních služeb Pardubického kraje, se kterým bylo spolupracováno v rámci bakalářské práce, nabízí svým klientům, je však vidět, že má na rozvoji schopností a dovedností klientů zájem.

Seznam bibliografických citací

1. ABILYMPIÁDA. *Abilympiáda* [online]. ©2012 [cit. 2013-04-21]. Dostupné z: <http://www.abilympiada.cz/>
2. BENEŠ Milan. *Andragogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 136 s. ISBN 978-80-247-2580-2.
3. ČESKO. Vyhláška č. 518 ze dne 23. září 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 178, s. 9935-9942. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.
4. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.
5. ČESKO. Zákon č. 117 ze dne 26. května 1995 o státní sociální podpoře. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 31, s. 1634-1653. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.
6. ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů (zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.
7. ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270-8316. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.
8. FISCHER Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2008, 208 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
9. GALAJDOVÁ Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ. *Canisterapie: Pes lékařem lidské duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, 168 s. ISBN 978-80-7367-879-1.
10. HUČÍK Ján a Alena HUČÍKOVÁ. *Kazuistika v sociálnej práci*. 1. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžběty, 2009, 203 s. ISBN 978-80-89271-66-5.
11. CHRÁSKA Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.

12. JANKOVSKÝ Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: JU, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
13. JELÍNKOVÁ Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
14. KANTOR Jiří, Matěj LIPSKÝ, Jana WEBER a kol. *Základy muzikoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
15. KOLÁŘ Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
16. LEGISLATIVNÍ RADA VLÁDY. Plán legislativních prací vlády na rok 2013. *Vláda České republiky* [online]. ©2009-2013 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/lrv/dokumenty/Plan-legislativnich-praci-vlady-na-rok-2013.pdf>
17. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: Desátá revize*. 2. aktualizované vyd. Překlad Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Praha: BOMTON, 2008, 862 s. ISBN 978-80-904259-0-3.
18. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. Praha, 2010, 46 s. Dostupný také z: <http://www.vlada.cz/> ISBN 978-80-7440-024-7.
19. NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM ČR. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. ©2010 [cit. 2013-04-26]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/index.php>
20. NEUBAUEROVÁ Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. 2., upravené vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, 135 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
21. ORTH Heidi. *Dítě ve Vojtově terapii: Příručka pro praxi*. 1. vyd. České Budějovice: KOPP, 2009, 216 s. ISBN 978-80-7232-378-4.
22. ROD Michal. Co je ergoterapie?. In: *Česká Asociace Ergoterapeutů* [online]. ©2008 [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>
23. RŮŽIČKOVÁ Kamila. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, 72 s. ISBN 80-7041-139-2.

24. SOBEK Jiří a kol. *Práva lidí s mentálním postižením: Příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007, 99 s. ISBN 978-80-239-9399-8.
25. ŠÁNDOROVÁ Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky raného věku: Učební text pro studující speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, 97 s. ISBN 80-7041-259-X.
26. ŠICKOVÁ-FABRICI Jaroslava. *Základy arteterapie*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 176 s. ISBN 978-80-7367-408-3.
27. ŠVARCOVÁ Iva. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. vyd. Praha: portál, 2011, 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.
28. VALENTA Milan, Jan MICHALÍK, Martin LEČBYCH a kol. *Mentální postižení: V pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
29. VELEMÍNSKÝ Miloš a kolektiv autorů. *ZOOTERAPIE ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice: DONA, 2007, 334 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
30. VOTAVA Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
31. ZELEIOVÁ Jaroslava. *Muzikoterapie: Východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

Seznam zkratek

a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
CNS	centrální nervová soustava
č.	Číslo
dg.	diagnóza
IQ	intelligenční kvocient
např.	například
Obr.	obrázek
OSN	Organizace Spojených Národů
OZP	Osoba se zdravotním postižením
popř.	popřípadě
s.	strana
Sb.	Sbírka
Tab.	tabulka
tzv.	takzvaný
vyd.	vydání
WHO	World Health Organization

Seznam tabulek

Tab. 1 Nejvyšší ukončené vzdělání	34
Tab. 2 Pracovní pozice.....	35
Tab. 3 Využívání složek ucelené rehabilitace v zařízení.....	38
Tab. 4 Povědomí o službách využívaných klienty	39
Tab. 5 Nejčastější spolupráce	40
Tab. 6 Tabulka potřebnosti a efektivity ucelené rehabilitace	42

Seznam obrázků

Obr. 1 Pohlaví.....	33
Obr. 2 Věkové rozmezí.....	33
Obr. 3 Nejvyšší ukončené vzdělání	34
Obr. 4 Pracovní pozice.....	35
Obr. 5 Délka praxe v zařízení	36
Obr. 6 Znalost pojmu ucelená rehabilitace	37
Obr. 7 Spolupráce s ostatními pracovníky.....	40
Obr. 8 Vnímání rhb jako ucelené.....	41
Obr. 9 Hrad	60
Obr. 10 Krajina	60

Seznam příloh

Příloha A – Dotazník

Příloha B – ukázky prací klienta Přemysla

Příloha A - dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Matějíčková a jsem studentkou 3. ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Tento dotazník je určen pro mou bakalářskou práci na téma Ucelená rehabilitace u dospělých osob s mentální retardací, ve které se zabývám informovaností a povědomím pracovníků domovů pro osoby se zdravotním postižením o ucelené rehabilitaci. Dotazník je zcela anonymní a zjištěné údaje využiji pouze pro vlastní potřebu. Předem děkuji za Vaši ochotu a Váš čas při vyplňování dotazníku. Vámi zvolenou možnost prosím zakroužkujte.

2. Pohlaví:

- a) Žena
- b) Muž

3. Kolik Vám je let?

- a) 20 až 29 let
- b) 30 až 39 let
- c) 40 až 49 let
- d) 50 a více let

4. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání:

- a) Základní škola
- b) Střední škola bez maturity
- c) Střední škola s maturitou
- d) Vysoká škola / Vyšší odborná škola

5. Jakou pracovní pozici v zařízení, ve kterém pracujete, zastáváte?

- a) Lékař/ka
- b) Zdravotní sestra
- c) Ošetřovatel/ka
- d) Fyzioterapeut/ka
- e) Ergoterapeut/ka
- f) Speciální pedagog
- g) Sociální pracovník
- h) Canisterapeut/ka, hipoterapeut/ka
- i) Muzikoterapeut/ka
- j) Pracovník/pracovnice chráněných dílen
- k) Jiné – prosím uveďte:

.....

6. Jak dlouho již v zařízení pracujete?

- a) Méně jak 1 rok
- b) 1 až 3 roky
- c) 3 až 5 let
- d) 5 až 10 let
- e) 10 a více let

7. Znáte pojem ucelená rehabilitace, a co všechno zahrnuje?

- a) Ano, vím přesně, co tento pojem znamená a co všechno zahrnuje
- b) Ano, vím, co tento pojem znamená, i co zahrnuje, ale nedokázal/a bych ho přesně definovat
- c) Ano, vím, co tento pojem znamená, ale nevím, co všechno zahrnuje
- d) Ano, setkal/a jsem se již s tímto pojmem, ale nevím, co přesně znamená, ani co zahrnuje
- e) Nevím, možná mi to něco říká
- f) Ne, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a ani jsem se s ním nesetkal/a

Pokud jste zakroužkoval/a možnost c) nebo d), následující otázku vyplňovat nemusíte.

Pokud jste zakroužkoval/a možnost e) nebo f), dotazník již dále vyplňovat nemusíte.

8. Využívá se v zařízení, ve kterém pracujete, složek ucelené rehabilitace?

- a) Ano, využívá se jich velmi často a u klientů se všemi stupni mentální retardace
- b) Ano, využívá se jich velmi často, ale pouze u klientů s lehčí a střední mentální retardací
- c) Ano, využívá se jich, ale ne příliš často
- d) Ne, nevyužívá se jich vůbec

9. Víte, jaké služby využívají klienti, se kterými pracujete, do jakých center docházejí a jakým činností se zde věnují?

- a) Ano, vím přesně, jaké služby klienti využívají, do jakých center docházejí a jakým činností se zde věnují
- b) Ano, vím, jaké služby klienti využívají, i do jakých center docházejí, ale nevím, čemu se zde věnují
- c) Ne, vím jen něco málo z toho, jaké služby klienti využívají a do jakých center docházejí
- d) Ne, nevím, jaké služby klienti využívají ani do jakých center docházejí

10. Spolupracujete s ostatními pracovníky v rámci ucelené rehabilitace?

- a) Ano, spolupracuji se všemi pracovníky, kteří pracují s „mými“ klienty
- b) Ano, spolupracuji s ostatními pracovníky, kteří pracují s „mými“ klienty, ale pouze s několika, ne se všemi
- c) Ne, s ostatními pracovníky nespolupracuji

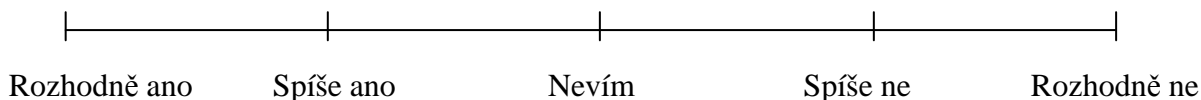
Pokud jste zakroužkoval/a možnost c), další otázku vyplňovat nemusíte.

11. S jakými pracovníky nejčastěji spolupracujete v rámci ucelené rehabilitace? Můžete zakroužkovat i více možností.

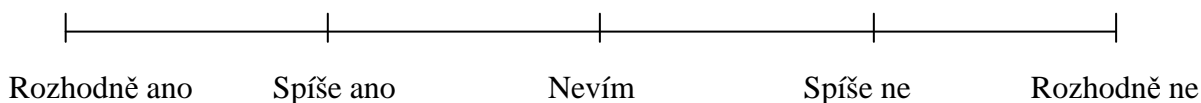
- a) Lékař/ka
- b) Zdravotní sestra
- c) Ošetřovatel/ka
- d) Fyzioterapeut/ka
- e) Ergoterapeut/ka
- f) Speciální pedagog
- g) Sociální pracovník
- h) Canisterapeut/ka, hipoterapeut/ka
- i) Muzikoterapeut/ka
- j) Pracovník/pracovnice chráněných dílen
- k) Jiné – uveďte:

.....

12. Vnímáte rehabilitaci prováděnou v zařízení, ve kterém pracujete, jako ucelenou?



13. Je ucelená rehabilitace ve Vašem zařízení podle Vás potřebná a efektivní?



Příloha B – Ukázky prací klienta Přemysla



Obr. 9 Hrad



Obr. 10 Krajina