

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

Integrace paraplegiků do společnosti

Bakalářská práce

Mgr. Adéla Hanáková

2007

Petra Kadlečková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Integrace paraplegiků do společnosti vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 14.5.2007

Petra Kadlečková

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Adéle Hanákové za spolupráci při řešení bakalářské práce a vedení RÚ Kladruby za spolupráci.

Obsah:

Úvod

1. Současný stav
 - 1.1 Příčiny a druhy tělesného postižení
 - 1.2 Ucelená rehabilitace
 - 1.2.1 Léčebná rehabilitace
 - 1.2.2 Sociální rehabilitace
 - 1.2.3 Pedagogická rehabilitace
 - 1.2.4 Pracovní rehabilitace a ergonomie
 - 1.3 Ergoterapie
 - 1.3.1 Psychoterapie
 - 1.4 Socializace a integrace
 - 1.5 Psychologie v životě osob s tělesným postižením
 - 1.6 Význam pohybu a sportu
 - 1.7 Dopravní prostředky používané pro zdravotně handicapované
 - 1.8 Používání počítačů
 - 1.9 Bezbariérové prostředí
 - 1.10 Sociální služby
 - 1.11 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením
2. Cíl práce a hypotézy
 - 2.1 Cíl práce
 - 2.2 Hypotézy
3. Metodika
 - 3.1 Použitá metoda
 - 3.2 Technika sběru dat
4. Výsledky výzkumu
 - 4.1 Sociodemografická charakteristika výzkumného souboru
 - 4.2 Charakteristika „socioekonomického a pracovního statusu“ respondentů
 - 4.3 Bezbariérové bydlení
 - 4.4 Role sociálního pracovníka

- 4.5 Adaptace na změněné podmínky
- 4.6 Zájmové a sportovní aktivity
- 5. Diskuse
- 6. Závěr
- 7. Seznam použité literatury
- 8. Klíčová slova
- 9. Přílohy

The theme of the submitted Baccalaureate Thesis is as follows, “Integration of Paraplegics in Society”. The theoretical part of the work maps the current state of the given subject from different points of view. It concentrates on rehabilitation as a whole and description of the individual factors for example: medical rehabilitation, social rehabilitation, pedagogical rehabilitation as well as rehabilitation at work. Further on, the role of ergo therapy and psychotherapy, not only in rehabilitation centers, is briefly analyzed. One of the chapters is devoted to the important process of incorporating paraplegics back into society, which means socialization and integration. The following chapters deal with analyzing actualities concerning psychology in the lives of people with physical handicaps and the importance of exercise and sport. In the text we shall also find reference to various employment possibilities of handicapped citizens including the use of computers in incorporating them back into work environment. The issue of social services is treated in the thesis as well.

In order to evaluate the importance of long-term rehabilitation, questionnaires that had been filled out by paraplegics themselves, are analyzed in the practical part of the work.

Research was carried out by a qualitative method of interrogation. The research team consisted of clients from RU Kladruby that had absolved a repeated stay there during the period of 1.8.2006 to 30.12.2006. Graphs and tables, which clearly picture the actualities ascertained, are also included.

The research that had been carried out unambiguously confirmed the presumed hypothesis that the rehabilitation offered in RU Kladruby develops in paraplegic patients all competencies necessary for integration into everyday life. It also showed that the reasons for a stay in rehabilitation facilities are not only to improve the state of health of the patient, but also to renew his work abilities, to regain independence in home environment, and thus become adapted and integrated back into society.

The Baccalaureate Thesis ends with a short discussion comparing the results of the research with facts being described in professional literature as they are presented in the theoretical part of the work submitted.

Úvod

Téma předložené bakalářské práce zní: „Integrace paraplegiků do společnosti“. Toto zaměření své písemné práce jsem si zvolila, protože je mi velice blízké. Měla jsem a stále ještě mám možnost poznávat svět „jiných“ lidí v praxi z mnoha úhlů pohledů, které jsou široké veřejnosti mnohdy skryty. Práce s handicapovanými lidmi mi umožnila poznat život, nejen paraplegiků, z jeho jiné stránky. Vědomosti, postřehy a zkušenosti při péče o ně mi pomohly pochopit mnohé a byly také nedílnými částmi mozaiky při psaní této práce.

Teoretická část práce nevychází tedy pouze z knih, ale v nemalé míře také z poznatků, které jsem během let při práci s postiženými nasbírala, tedy přímo z praxe. Svět handicapovaných je velice široký, než by se snad na první pohled mohlo zdát, a proto jsem se soustředila na osoby s paraplegií. První velká kapitola je věnována popisu současné situace. Druhá její podkapitola popisuje ucelenou rehabilitaci jako interdisciplinární obor, který zahrnuje jak péči zdravotnickou a sociální, tak také péči pedagogickou, psychologickou a v neposlední řadě také péči pracovní. Cílem všech rehabilitačních zařízení je proto tedy nejen zlepšení celkového zdravotního stavu pacienta a znovuzískání relativní soběstačnosti pacienta v mnoha směrech, ale také obnova pracovních schopností či rekvalifikace a integrace do společnosti. Mnohdy nezáměr okolí vede paraplegiky ke ztrátě sebevědomí a postupné izolovanosti, a proto je celostní rehabilitace tak důležitá. Vyrovnání se s následky postižení a adaptace na změněné podmínky života vyžaduje dlouhodobý proces a spolupráci mnoha odborníků, jak bylo již výše zmíněno.

Praktická část práce vychází z výzkumu uskutečněného přímo v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Pro sepsání druhé až čtvrté kapitoly byla stěžejní analýza a interpretace odevzdaných dotazníků. Dotazník je součástí práce a je zařazen v přílohách. Vyplněné dotazníky byly shromážděny anonymně a data z nich jsou interpretována s ohledem na zadané téma. Komplexní péče, která je poskytována paraplegikům v rehabilitačním ústavu v Kladrubech, je podrobně popsána a prolíná několika kapitolami.

Cílem celé práce bylo zhodnocení významu dlouhodobé rehabilitační péče a jejích jednotlivých složek na život osob s paraplegií, které absolvovaly opakovaný pobyt v Rehabilitačním ústavu Kladruby v období od 1.8.2006 do 30.12.2006. Dalším z cílů bylo také potvrzení či vyvrácení hypotézy, že rehabilitační péče poskytovaná v Rehabilitačním ústavu Kladruby rozvíjí u osob s paraplegií všechny kompetence nezbytné pro začlenění do běžného života. Práce obsahuje rovněž odpověď na předpokládanou hypotézu, tak jak to vidí sami respondenti, tj. lidé s paraplegií.

1. Současný stav

1.1 Příčiny a druhy tělesného postižení

Dopravní nehody, hlavně skoky po hlavě do vody, pády z výšky, úrazy, civilizační choroby, vrozené nebo získané vady, stavy po operacích, to jsou nejčastější příčiny pro rehabilitaci v rehabilitačním ústavu v Kladrubech. Tělesné postižení je vážným zásahem téměř do všech oblastí života člověka. Neinformovanost nebo nezáměr okolí vede mnohdy tělesně postiženého k izolovanosti, ztrátě sebevědomí a ztrátě sociálních kontaktů. Komplexní rehabilitační proces by měl být těmto osobám nápomocen ve všech složkách ucelené rehabilitace. Cílem rehabilitačních ústavů je zlepšení zdravotního stavu, obnova pracovní schopnosti, soběstačnost v domácím prostředí a integrace do života.

Při postižení pohybového systému se nejčastěji používá léčebné rehabilitace a mnohdy tato postižení vyžadují aplikaci technických pomůcek a odstranění bariér v okolí. Jejich léčbou se zabývá především neurologie, ortopedie, traumatologie, revmatologie a rehabilitační lékařství. Všichni pacienti s problémy pohybového ústrojí, nezávisle na jakém z uvedených oddělení byli léčeni, potřebují léčebnou rehabilitaci a často i další složky ucelené rehabilitace. Neurologická onemocnění jsou rozdělována podle etiologie. Různá onemocnění však mají stejné příznaky a proto se v rehabilitaci řeší obdobnými postupy. Nutné je rozlišit, zda jde o jednorázové onemocnění pacienta nebo o chronické progresivní onemocnění. Využívá se základních poruch nervové soustavy podle lokalizace poškození a následného syndromu. **(33)**

Paréza je odborný název pro obrnu částečnou. Pro obrnu úplnou se používá název plegie. Pokud jsou poškozena periferní vlákna, hovoříme o paréze periferní. Porucha mozku nebo míchy je popisována jako paréza centrální. Obrnu můžeme dále rozdělit podle postižené části těla. Postižení dolních končetin nazýváme paraparéza, postižení horních a dolních končetin kvadruparéza. Hemiparéza znamená postižení poloviny těla. Pokud se jedná o úplné ochrnutí hovoříme o paraplegii, kvadruplegii, hemiplegii. Do vertebrogenních onemocnění řadíme různé příčiny bolestí páteře.

Oslabené svaly, vadné držení těla, výhřezy plotének, přetížení svalů, degenerativní změny na obratlích a meziobratlových ploténkách apod. **(30)**

Roztroušená skleróza je chronická neurologická nemoc. Poruchy hybnosti jsou způsobeny poruchou myelinových pochev v mozku a míše. Tato porucha vede i k poruše zraku.

Parkinsonova choroba je degenerativního původu a patří mezi extrapyramidové syndromy. Vyznačuje se klidovým třesem, omezenou mimikou, pomalostí, pohybovou chudostí a rigiditou.

Myopatie je onemocnění svalů. Projevuje se snížením svalové síly, sníženou výkonností, ubýváním svalové síly a rychle nastupující únavou. Většinou se jedná o onemocnění chronicko progresivní. **(33)**

Cévní mozkové příhody jsou nejčastější příčinou vzniku centrálních paréz. Vznikají nejčastěji na podkladě aterosklerózy mozkových tepen a cévních změn zapříčiněných kardiovaskulární hypertenzí. Nejčastěji se jedná o hemiparézy, hemiplegie což znamená poruchy hybnosti pravé nebo levé poloviny těla. **(10)**

Skolióza je vada páteře. Vychýlení a deformace v rovině frontální a i v rovině transversální. Skoliózu můžeme rozdělit na skoliózu nestrukturální při které nejsou změny na kostře a oblouk je zakřivený a viditelný. U strukturální skoliózy jsou změny na skeletu páteře zaznamenány. **(5)**

Artrózy jsou velmi běžné. Jedná se o degenerativní změny kloubů, které začínají destrukcí kloubní chrupavky. Obvykle jsou postiženy nosné klouby dolních končetin s onemocněním zvaným koxatróza nebo gonartróza. Artróza se projevuje omezením pohybu a bolestí.

Totální endoprotéza znamená chirurgickou náhradu kloubní hlavice i jamky. Nahrazuje se umělým kloubem a důvodem náhrady je nejčastěji artróza kloubu.

Progresivní polyartritida a Bechtěrevova nemoc patří k revmatologickým onemocněním. Projevují se bolestí a deformitou kloubů. **(33)**

1.2 Ucelená rehabilitace

Jedná se o současné pojetí rehabilitace, která není chápána výhradně jako zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie, ale jako interdisciplinární obor. Zahrnuje péči zdravotnickou, sociální, pedagogickou, psychologickou a pracovní. (5)

Jesenský, J. užívá pro ucelenou rehabilitaci termínu komprehenzivní rehabilitace a člení ji podle zaměření při plnění úkolů. Jejím cílem je co nejúplnější začlenění osob se zdravotním postižením do aktivního života. Rehabilitace se týká nejen osob, kteří původně žily jako zdraví jedinci a teprve v důsledku nemoci či úrazu byly vyřazeny ze svých každodenních aktivit, ale týká se těch osob, kteří se s postižením již narodily. (4)

WHO definovala rehabilitaci následujícím způsobem již v roce 1969: Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik jedince k dosažení nejvyšší možné funkční schopnosti.(5)

1.2.1 Léčebná rehabilitace

Cílem léčebné rehabilitace je odstraňování následků nemoci nebo úrazu a zlepšení funkčního stavu. Je součástí rehabilitace a je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními. Léčebnou rehabilitaci zajišťuje tým odborníků s různými zdravotnickými odbornostmi. Můžeme ji dělit na vertikální a horizontální. Rehabilitace vertikální je postup při kterém se funkční porucha postupně zlepšuje až k návratu do původního stavu. Při trvalém postižení probíhá horizontální rehabilitace. Funkční poruchu lze upravit jen v malé míře. Cílem léčebné rehabilitace je kompenzace zhoršeného zdravotního stavu nácvikem činností na zvládnutí handicapu. (33)

Základem je léčebná tělesná výchova, kterou dělíme na individuální a skupinovou. Do skupinové jsou zařazeni pacienti s podobným postižením. Individuální léčebná tělesná výchova je zvolena u závažnějších postižení nebo na začátku rehabilitačního programu. Pohybovou léčbu rozdělujeme na pohyby aktivní, prováděné pacientem a pohyby pasivní, prováděné fyzioterapeutem nebo speciálními přístroji.

Mezi nejčastější vyšetřovací metody patří elektrodiagnostické vyšetření nervosvalového aparátu – elektromyografie EMG. Pomáhá určit diagnózu, prognózu a

rehabilitační plán. (2) K dalším často používaným vyšetřením patří goniometrie, která se zabývá měřením úhlů. Zjišťuje se úhel, ve kterém je kloub schopen pohybu a rozsah tohoto pohybu. Vyhodnocením svalového testu se zjišťuje jakou sílu je testovaný sval schopen vyvinout. Vyhodnocení se provádí slovně nebo v číselné stupnici. (11)

Fyzioterapie je praktické uplatnění fyzikálních léčebných postupů a můžeme je rozdělit do několika skupin. Kinezioterapie je formou léčebné tělesné výchovy, která využívá k léčebným účelům pohybovou energii. Léčba mechanickými podněty se nazývá mechanoterapie. Mezi masáže patří klasické, reflexní a přístrojové. Dále se používá ultrazvuk, různé typy polohování, mobilizační techniky a techniky měkkých tkání (32) Termoterapii dělíme na pozitivní a negativní. Při pozitivní termoterapii dochází k vzestupu tělesné teploty. Do pozitivní patří horké zábaly, parafínové zábaly apod. Negativní termoterapie se označuje kryoterapie a jedná se o procedury s teplotou od 0° C a méně. Magnetoterapie využívá pro terapeutické účely obecné biologické účinky magnetické složky elektromagnetického pole. Používá se většinou u bolestivých stavů kloubů, poruch svalového tonu. (25) Fototerapie je léčba elektromagnetickým zářením v rozsahu viditelné části spektra, ultrafialové a infračervené oblasti. Využívá účinky energie fotonů. Hydroterapie je metodická aplikace vodou s různou teplotou a v různých skupenstvích. Spojení termoterapie a hydroterapie je zažité. Bývá kombinována s pohybovou terapií a je označována hydrokinezioterapie (24) Velký význam má Vojtova metoda. Po úspěchu, který zaznamenali terapeuti u dětí se používá i u dospělých. Podařilo se obnovení motoriky i v případech, v kterých to lékaři nepředpokládali. Vojtova metoda dokázala, že je postižený schopen většího zlepšení než jaké bylo odborníky připuštěno. Největší význam Vojtova postupu spočívá v tom, že v sobě integruje kroky diagnostické, preventivní a léčebné. (32)

1.2.2 Sociální rehabilitace

U člověka dochází v rámci lidské společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. To platí i o člověku s postižením. Záleží na jeho společenském postavení a na roli, kterou ve společnosti zaujímá. Úkolem rehabilitace je, aby člověk byl schopen svůj handicap přijmout a v co největší míře se integrovat do společnosti.

Rehabilitace musí předcházet všemi svými složkami k izolovanosti člověka s handicapem. Sociální prostředky rehabilitace řeší problémy reedukace, kompenzace a akceptace. **(5)** Sociální práce s klientem ve zdravotnickém nebo jiném zařízení s pobytem má za úkol zjistit v jakých rodinných poměrech klient žije a zda je možný jeho návrat do domácího prostředí. Důležitým úkolem socioterapeutů je podpora klienta v jeho tíživé situaci. Podporu můžeme rozdělit na poradenskou činnost týkající se všech oblastí života se zdravotním postižením a zprostředkování služeb, které pomohou člověku se vyrovnat s nároky samostatného života. **(19)**

Úkoly a cíle sociálních prostředků jsou podle Jesenského, J. **(37)** rozpracovány v programech. Tyto programy by měly být součástí individuálních a skupinových rehabilitačních plánů a jsou děleny podle druhu a stupně postižení.

Sociální pracovník by měl využít zdroje lidské a materiální ve prospěch svého klienta. Přirozeným systémem podpory jsou rodina, přátelé, zaměstnavatelé. Určité zdroje představuje stát prostřednictvím správních orgánů, systém charitativních organizací, dostupné vzdělání a kulturní instituce. Matoušek, O. **(16)** dále popisuje námitku proti snahám o specializaci sociálních pracovníků. Podle něho, specialista omezený na určitou metodu nebo okruh, nedokáže klientovi pomáhat tak efektivně jako univerzálně připravený sociální pracovník.

Kvalita života lidí se zdravotním postižením úzce souvisí s jeho uspokojením v rodině. Stabilita rodiny, ve které handicapovaný žije, je velice důležitá. Mezi další základní potřeby patří práce. Sociální rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, jaké byly před zdravotním znevýhodněním. Do sociální rehabilitace patří péče o všeobecné životní podmínky handicapovaných lidí. Rehabilitace se musí snažit, aby nedošlo ke ztrátě sociálních kontaktů. **(13)** Rehabilitační ústavy prostřednictvím socioterapeutů zajišťují s orgány MPSV ČR, kterými jsou hlavně Česká správa sociálního zabezpečení, úřady práce, sociální odbory, ústavy sociální péče, zařízení pečovatelské služby, občanská sdružení, zaměstnání, návaznost na domácí péči, osobní asistenci, dopravu apod., pro klienty, kteří jsou v jejich péči. **(6)** Základní předpis podle kterého se posuzuje zdravotní stav je vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení. Posudková komise

stanoví míru schopnosti či neschopnosti k soustavnému zaměstnání. Rozhoduje o mimořádných výhodách pro těžce tělesně postižené. Mimořádné výhody I. stupně – Průkaz TP – tělesně postižený. Mimořádné výhody II. stupně – Průkaz ZTP – zvlášť tělesně postižený. Mimořádné výhody III. stupně – Průkaz ZTP/P – zvlášť tělesně postižený s nutností průvodce. Orgány státní správy mohou občané těžce tělesně postižení požádat o jednorázový příspěvek na opatření zvláštních pomůcek. Jedná se o pomůcky, které nejsou v seznamu prostředků zdravotní techniky a nehradí nebo je nepropůjčují zdravotní pojišťovny. V těchto případech pomáhá při žádosti socioterapeut a ošetřující lékař dokládá nezbytnost pomůcky nebo zařízení. Jedná se o úpravy schodišť domů, překonání architektonických bariér. Dle přiznaného stupně mimořádných výhod je možné žádat např. o příspěvek na úpravu bytu, zakoupení, úpravu či opravu motorového vozidla, příspěvek na individuální dopravu apod.

1.2.3 Pedagogická rehabilitace

Jesenský J. (6) popisuje široké pole působnosti pedagogické rehabilitace, které však nemá jednoznačné institucionální zázemí. Popisuje, že nebyl zpracován systém pedagogické rehabilitace a rozlišuje její působení na osoby se získaným postižením a na osoby, které se s ním narodily. U osob se získaným postižením je cílem pedagogické rehabilitace odbourávání odchylek a obnovení normálního vývoje osobnosti. Jiná je situace u člověka postiženého od narození. Pedagogická rehabilitace působí v obou případech ve smyslu obnovení normálního stavu. Na ní navazuje speciální pedagogika, která se dělí na somatopedii (pro tělesně postižené), psychopedii (pro mentálně postižené), etopedii (pro jedince poruchami chování), tyfopedii (pro zrakově postižené), surdopedii (pro sluchově postižené) a logopedii (pro řečově postižené).

Janovský, J. (4) uvádí, že pedagogické prostředky rehabilitace se úzce prolínají s prostředky sociálními, léčebnými a pracovními. Výchova hraje při integraci člověka významnou roli a jedná se o celoživotní proces vzdělávání. Nejdůležitější roli však hraje v dětství a dospívání. Pedagogická rehabilitace má široký záběr a neobejde se bez týmové práce odborníků. Za hlavní cíl pedagogických prostředků lze považovat dosažení maximálního možného vzdělání u osob se zdravotním postižením.

1.2.4 Pracovní rehabilitace a pracovní ergonomie

Se sociální rehabilitací souvisí pracovní rehabilitace. Práce patří k základním potřebám člověka. Pokud se člověk nemůže zapojit do práce, může následovat frustrace a stres. Zahrnuje soustavnou péči osobám se zdravotním handicapem a pomáhá jim uplatnit se na trhu práce. **(17)**

Pracovní rehabilitace usiluje o umožnění návratu osobám se zdravotním postižením na původní pracoviště, nebo o poskytnutí pomoci při hledání vhodných pracovních aktivit. Je součástí dlouhodobého rehabilitačního plánu. V závěru tohoto plánu se nachází vyjádření o pracovní způsobilosti a stupni postižení. K posouzení dalšího pracovního uplatnění postižených osob slouží ergodiagnostika. **(17)** U některých osob je možné se vrátit na původní pracoviště. Tam, kde to není možné, nastávají problémy. Jsou nutné úpravy pracovního programu nebo prostředí na původním pracovišti. Rekvalifikace je částečným řešením v případech, kdy návrat na původní pracoviště není možný. Další mohou pracovat pouze v omezeném rozsahu za pomoci finanční, což zabezpečuje částečný nebo plný invalidní důchod. U některých postižených osob není návrat do zaměstnání vůbec možný. **(23)**

Rehabilitační ergonomie je pomocníkem při řešení pracovního místa. Podle typu postižení se řeší různé typy úprav a pomůcek. Z tohoto důvodu se nazývá ergonomie individuální. Pro posouzení pracovních podmínek slouží profesiogram a ergonomická analýza pracovního místa. Funkční popis práce se používá pro posuzování pracovní schopnosti osob se zdravotním postižením. Profesiogram je rozbor práce a pracovního místa z pohledu fyziologického, organizačního, technického a sociologického. Funkční popis práce zaznamenává přesný popis jednotlivých úkonů a na základě jeho srovnání se zbytkovou kapacitou postiženého lze vyhodnotit, zda je práce schopen v plném rozsahu nebo s jakým omezením. Důležité jsou pomůcky a jejich vhodnost musí být otestována a posouzena. Základy rehabilitací ergonomie jsou důležité pro obory ergodiagnostiky, pracovní rehabilitace a ergoterapie. **(1)**

1.3 Ergoterapie

Ergoterapie je obor, který se zaměřuje na aktivaci rehabilitantů smysluplnou činností. Věnuje se osobám s porušením motorické koordinace pohybových funkcí. **(21)** Ergoterapie je chápána jako významná část ucelené rehabilitace. Jejím cílem je působit na člověka se zdravotním postižením. Ergoterapii můžeme rozdělit do několika částí. Neplatí, že se jedná pouze o léčbu prací. Moderní ergoterapie se věnuje nácviku soběstačnosti, přípravou pacienta na pracovní uplatnění, výběru kompenzačních pomůcek apod. V ergoterapii platí, že by zadaná práce měla mít smysl, měla by být dokončena a měla by klienta bavit. Ergoterapeutický program se sestavuje na každého pacienta individuálně na základě doporučení lékaře. Ergoterapie se snaží o odpoutání pacientovy pozornosti od postižení a znovu získání jeho sebedůvěry.

V ergoterapii cílené se jedná o funkční léčbu. Je zaměřena na postiženou část těla. Dává se přednost pracovní činnosti a ergoterapeut by měl sestavit vhodné pracovní činnosti dle určené poruchy.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti znamená nácvik každodenních činností u postižených, které jejich onemocnění nebo úraz omezily v jejich nezávislosti. Pokud se nepodaří pohyblivost klienta zlepšit nebo vyřešit kompenzační pomůckou, vzniká různý stupeň závislosti.

Ergoterapie kondiční je určena na zlepšení celkové kondice a naplnění volného času. Jedná se o různé jednoduché činnosti až po sportovní aktivity. Přihlíží se k přání klienta. **(22)**

Ergoterapie před pracovním začleněním má důležitou roli v posouzení následků onemocnění či úrazu a posouzení schopností pro případné zaměstnání zajišťuje ergodiagnostika. Důležitý je zdroj příjmů, ale i pocit postižených, že práce přináší člověku pocit užitečnosti. S pracovní činností souvisí i mezinárodní soutěžení v ergoterapeutických výkonech, které se nazývají Abilympiády. Příprava na soutěže vede k aktivitě postižených a mnohdy jejich ergoterapeutické výkony přejdou v zaměstnání. **(22)**

1.3.1 Psychoterapie

Práce psychologa většinou zahrnuje několik oblastí. Psychodiagnostika má zjistit jaké změny u klienta nastaly. Mezi psychodiagnostické metody patří klinické a testové metody, specifické neuropsychologické metody a významné místo zaujímají v dnešní době i počítačové programy. Další oblastí je kognitivní rehabilitace, která se týká koncentrace, paměti, pozornosti, představitivosti a dalších funkcí. Psychologické poradenství nezbytné u osob po vážných úrazech. Psychoterapie se zabývá zvládnutím psychických problémů psychologickými prostředky. Po stavech poúrazových se jedná většinou o individuální terapii. Častým úkolem psychologa je posuzování psychické způsobilosti k různým činnostem. Požadavky na zpracování psychologických posudků jsou nejčastěji vyžadovány zákonem nebo předpisy. (17) Terapeut musí být velmi opatrný, aby nevnucoval pacientům vlastní hierarchii cílů a hodnot. Pacienti by neměli dělat důležitá rozhodnutí během léčby. Konečnou zkouškou psychoterapeutického pokroku je, zda jedinec funguje v běžném životě (9)

1.4 Socializace a integrace

Socializaci můžeme chápat jako proces, ve kterém jedinci vyvíjejí kvality, které jsou podstatné pro jejich úspěšnost ve společnosti. Nejedná se o pasivní přebírání vzorců chování, ale o vyrovnání se s požadavky, které před ně staví nejen jeho okolí, ale celá společnost.

Důsledky postižení nelze posuzovat podle tabulkových hledisek. Obvykle se uvádějí čtyři socializační stupně. **Integrace** znamená plné začlenění handicapovaného do společnosti, aby byl schopen plnit veškeré funkce a stal se rovnoprávným partnerem. **Adaptace** je nižší stupeň socializace. Jedná se o schopnost jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí. **Utilita** znamená pouze sociální upotřebitelnost, kde je vývoj značně omezen. Handicapovaný není samostatný a je odkázán v mnoha oblastech na pomoc jiných osob. Vzhledem ke svému postižení se nemůže plně socializovat a trval žít samostatně. **Inferiorita** je nejnižší stupeň socializace. Znamená sociální nepoužitelnost. Tyto osoby jsou nesamostatné a odkázané na péči a pomoc druhých při uspokojování základních životních potřeb. (20)

V procesu socializace se objevuje řada problémů. Jedním z nich může být osamělost, která je důsledkem disharmonie v osobních vztazích. Nezávislost zdravotně postiženého člověka umožňují zdravotně sociální služby a zdroje, které mu usnadní přístup ke stejným sociálním, politickým, ekonomickým a kulturním příležitostem jako většinové populaci. Handicapovaný člověk se cítí vyřazen ze společnosti v důsledku chování jeho okolí k němu. Naráží na bariéry psychické i fyzické. Při integraci nechceme pouze vyrovnávání příležitostí zdravotně postižených, ale jejich úspěšné začlenění do společnosti. Častěji nyní slyšíme termín inkluze, který znamená náležen k celku. Integrace a inkluze usilují o společný život zdravých a zdravotně postižených lidí s respektováním jejich individuálních schopností. (17) Je třeba myslet na další pacientovy potřeby a jeho možnost kulturního a společenského života.

1.5 Psychologie v životě osob s tělesným postižením

Novosad,L. Novosadová,M. (21) uvádí, že jedním z nejnáročnějších tlaků na lidskou psychiku je náhlý přechod zdraví v nemoc. Psychické trauma je ve většině případů překonáno, jestliže se člověk bez větších komplikací může vrátit k původnímu způsobu života. Pokud bolest a další nepříjemnosti spojené s nemocí odezní bez ovlivnění dosavadního způsobu života, bude patřit toto období pouze k významné životní zkušenosti.

Nejvážnější situace nastává u pacientů, kteří do vzniku úrazu, nemoci či zranění neměli zásadnější zdravotní problémy a kterým přes veškerou léčebnou péči zůstanou trvalé následky. Zdravotní postižení pro ně znamená zásah do kvality života. Promítne se negativně do osobní, sociální a profesní stránky jejich života. Vynutí si také změnu postojů k životu. Existuje několik fází psychosociálního akceptování získaného postižení. Po zvládnutí zdravotních komplikací nastává uvědomování si změněné reality a ohrožení dosavadní životní perspektivy. Poslední fází je akceptování reality a úsilí člověka se zdravotním postižením o soběstačnost a sebeprosazení se v nových podmínkách. Chce být úspěšný a pracuje na sobě.

Těmito fázemi projde každý člověk v procesu léčby a rehabilitace, jehož zdravotní stav se změnil v postižení. Záleží na osobnosti člověka, rodině, rozsahu

léčebné péče, jak fázemi projde. Může docházet k sociální izolaci, ke krizi důvěry a motivace. Z tohoto důvodu je zcela nezbytná pomoc psychologická prováděná psychologem, ale i neformálně zdravotnickým personálem, přáteli či duchovním. Nejdůležitější roli v psychické podpoře hraje samozřejmě rodina klienta. Včasná psychologická pomoc může omezit vznik sekundárních handicapů psychosociálního charakteru, které se váží k postižení primárnímu.

Dalším problémem je vztah k vlastnímu tělu. Pokud dojde po úrazu či nemoci ke změně vzhledu, jsou klienti velmi vnímaví vůči své odlišnosti. Může u nich vzniknout odpor vůči sobě samému. Vzhledem k tomu, že u většiny klientů dochází k postižení v produktivním věku, potřebují odbornou psychologickou podporu. Důsledkem postižení u nich dochází ke zhroucení dosavadních jistot a životních plánů. Záleží na osobnosti každého člověka, druhu postižení, zázemí a schopnosti adaptace. Pokud není klientům poskytnuta psychologická pomoc, může dojít ke změnám celé osobnosti, k depresím, izolaci.

Křivohlavý, J. (12) popsal psychickou krizi v několika fázích. Ty se dějí v psychice člověka od úrazu až po smíření se s následky změny zdravotního stavu. První období, které nazval fáze výkřiku, se projevuje apatií a depresí. Ve druhé fázi se snaží z vědomí vytlačit fakt úrazu a následného postižení. Je to fáze popření. Ve fázi intruze se klientovi stále vracejí okolnosti úrazu. Není schopen se soustředit na nic jiného. Ve fázi vyrovnávání již zvažuje různá řešení usnadňujícímu mu život vzhledem k postižení. V poslední fázi, ve fázi smíření, se pacient adaptuje na tělesné postižení. U každého probíhá krize individuálně.

1.6 Význam pohybu a sportu

Pohyb působí na vývoj a socializaci člověka. Ovlivňuje jeho fyzické, psychické zdraví a schopnost prožívat, komunikovat a sdružovat se. Upevňuje kompenzační pohybové stereotypy a nahrazuje ztracené motorické dovednosti. Z tohoto důvodu je rehabilitace pohybu prvořadým cílem léčebné rehabilitace. Pohyb, který přináší člověku radost, má preventivní a kultivační význam. (20) Pro osoby se zdravotním postižením znamená sport vyplnění volného času, udržování tělesné kondice a obratnosti, možnost

společnosti ostatních stejně handicapovaných lidí. Sport bývá součástí rehabilitačního procesu z důvodu jeho pozitivního psychologického účinku na handicapované osoby. Rekreační sport může každý člověk s postižením provozovat mimo program léčebné rehabilitace individuálně nebo ve skupině. Rekreační sport může provozovat i se s zdravými lidmi. Jedná se o smysluplné vyplnění volného času a udržení kondice.

Organizovaný soutěžní sport je pro handicapované osoby důležitý, neboť se může porovnat s ostatními podobně handicapovanými a především porovnávat jednotlivé výsledky. Organizovaný sport je spojován s větší motivací, je součástí moderního života a sportovec s postižením se může přiblížit zdravým lidem. Veřejnost je v současnosti informována o organizovaném sportu osob zdravotně postižených. Mezinárodní paralympijský výbor má jako hlavní cíl rozvíjet a podporovat Paralympijské hry. Ty jsou nejlepší možností prezentovat výkony a výsledky zdravotně postižených sportovců. Mezinárodní paralympijský výbor sdružuje národní paralympijské výbory včetně zastoupení České republiky. V oblasti paralympismu existuje šest světových sportovních organizací, které pořádají akce na mezinárodní úrovni.

Unie zdravotně postižených sportovců České republiky sdružuje šest samostatně fungujících svazů, které se člení dle typu zdravotního postižení. Český paralympijský výbor má, mimo zajišťování ekonomicky náročných akcí, poslání zvyšovat kvalitu života handicapovaných sportovců a podporování jeho rozvoje. **(33)**

Mezinárodní paralympijský výbor organizuje hry v přesně určených sportovních disciplínách. V České republice jsou provozovány i neolympijské disciplíny, které provozuje národní organizace Spastic handicap. V odborné literatuře lze najít odkazy i na plachtění, ale to nelze zařadit mezi kolektivně provozované sporty. **(14)**

1.7 Dopravní prostředky používané pro zdravotně handicapované

Zdravotně postižení mají cestování znesnadněno a dopravní prostředky musí mít části upraveny. Zajištění dopravy, která jim umožňuje dopravu do zaměstnání, školy nebo návštěvu kulturních akcí či přátel apod. je důležitým cílem ucelené rehabilitace.

Individuální doprava vlastním autem je nejuniverzálnějším řešením. Nejlépe, když může handicapovaný řídit sám i s nutnými úpravami řízení vzhledem k postižení. Pokud má být vozíčkář soběstačný v cestování musí zvládnout přesuny z vozíku do auta a zpět včetně jeho naložení do auta. Dalším nutným požadavkem je bezbariérová garáž nebo vyhrazené místo na parkování s dostatečným prostorem pro nastupování a vystupování. Osoby zdravotně postižené využívají auta i v případě, že nemohou řídit. Auto řídí osobní asistent nebo člen rodiny. **(33)**

Jízda městskou hromadnou dopravou umožňuje přednostní nárok na sezení osobám se zdravotním postižením, neřeší však přístup do dopravního prostředku. Některé autobusy jsou vybaveny plošinou, ale většinou pouze tehdy, pokud spojují určité oblasti, kde je větší počet handicapovaných.

Dalším řešením dopravy mohou být taxíky, ale vzhledem k vysoké ceně, nejsou pro handicapované dostupné. Mikrobusy s plošinou jsou alternativou, kterou zajišťují některé organizace. Využívají je při dopravě na akce, které organizují, ale mohou si je objednat postižení individuálně. **(33)**

1.8 Používání počítačů

Počítače jsou důležitým pomocníkem zdravotně postižených. E-mail, internet a další elektronické databáze jsou pro ně nezbytným zdrojem informací. Znamenají cestu ke vzdělání, komunikaci a pro řadu postižených je počítač prostředkem pracovního uplatnění. Existují specificky vyvinuté programy pro osoby s tělesným postižením. **(33)**

1.9 Bezbariérové prostředí

Pro osobu se zdravotním postižením je jedním z důležitých faktorů bydlení, které musí splňovat určité parametry dle druhu postižení. Ideální řešení je pokud člověk může rozhodnout o svém bydlení, jelikož má dobrou ekonomickou situaci a nepotřebuje pomoc. Většina zdravotně postižených však pomoc společnosti potřebuje. Pokud osoba se zdravotním postižením chce bydlet ve vlastním domě, musí k tomu mít byt uzpůsobený.

Domy zvláštního určení jsou označeny pro domy, které jsou přidělovány osobám se zdravotním postižením. Jsou bezbariérové a tím přístupné na vozíku. Důležité je i bezbariérové prostředí s dostupnými službami.

Bezbariérové, znamená přístup do veřejných budov a veřejných prostranstvích bez zvýšeného nebezpečí. Platí vyhláška, že nové veřejné budovy musí stavět bezbariérově. Schody jsou největší architektonickou bariérou. Při překonávání jednoho nebo více schodů se používají rampy, které jsou buď pevné nebo skládací přenosné. Schodolezy se používají k překonání schodů tam, kde není možné použít výtah ani plošinu.

1.10 Sociální služby

Sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku nemohou překonat bez pomoci společnosti nepříznivou sociální situaci. Nejčastěji využívají sociálních služeb staří občané a lidé se zdravotním postižením. Mezi nejrozšířenější formy sociálních služeb patří pečovatelská služba.

Pečovatelská služba je určena lidem, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu nebo z jiného důvodu nejsou schopni postarat se o své životní potřeby. Cílem pečovatelské služby je umožnit těmto lidem život v domácím prostředí. Tyto služby poskytují mimo obce také církve, zdravotnická zařízení a soukromé pečovatelské služby.

Osobní asistence nabízí pomoc osobě, která se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ocitla ve špatné sociální situaci. Osobní asistent pomáhá vykonávat úkony, které by handicapovaná osoba zvládla sama, pokud by k postižení nedošlo. Klient sám určuje náplň práce osobního asistenta.

Poradenství je souhrn služeb, kterým jsou uživatelům zprostředkovány informace o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech. Jsou jim nabízeny různé možnosti řešení jejich slabé sociální situace. Poradenskou péči pro zdravotně postižené poskytují především nestátní subjekty. **(11)** Sociální poradenství může být obecné nebo specializované. Veřejnost by měla být informována o kontaktních místech v kterých lze konkrétní informace získat. Uvedené služby provozují často nestátní subjekty. Občané k nim mají větší důvěru než ke státní správě. **(29)**

Mezi sociální subjekty, které vedle státu nejčastěji pomáhají občanům patří občanská sdružení, nadace, obecně prospěšné společnosti. Dobrovolníci zastávají v sociálních službách mnoho užitečné práce. Nestátní neziskové organizace představují nezastupitelný prvek. **(19)**

Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách je velký přelom ve financování potřebných sociálních služeb. Jedná se především o příspěvek na péči, který dostává přímo klient a ten rozhodne jakou službu si zaplatí. **(35)**

Pro poskytování sociálních služeb je důležitá vyhláška č.182/1991 Sb. v platném znění, která obsahuje paragrafy významné z hlediska zdravotního postižení (např. § 20 pečovatelská služba, § 31 mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany, § 33 jednorázové příspěvky na opatření jednorázových pomůcek, § 34 příspěvek na úpravu bytu, 36 příspěvek na provoz motorového vozidla, § 37 příspěvek na individuální dopravu atd.). **(34)**

1.11 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Osobám se zdravotním postižením se na trhu práce poskytuje zvýšená ochrana. Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, kterou zajišťuje úřad práce, většinou ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky. Pracovní rehabilitace znamená souvislou činnost, která je zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání. Tuto, dalo by se říci rekvalifikaci, zajišťuje úřad práce a hradí náklady s ní spojené za předpokladu, že o ni zdravotně postižená osoba požádá. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Úřad práce, společně s osobou zdravotně postiženou, sestaví individuální plán pracovní rehabilitace a může uhradit náklady na přípravu těchto osob zaměstnavateli, který tuto práci na svém pracovišti provádí. Chráněné pracovní místo je místo, které vytvoří zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Ode dne sjednaného v dohodě musí být uvedené místo provozováno nejméně dva roky. Dohodu o poskytnutí příspěvku na vytvoření pracovního místa může úřad práce uzavřít i s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost.

Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována nejméně po dobu dvou let, úřad práce poskytuje zaměstnavateli příspěvek. Právním předpisem je stanovena charakteristika pracovního místa i chráněné pracovní dílny. Důležité je postupné začleňování od práce jednoduché až po práci složitější. Výhodou chráněné dílny je ochrana klientům před nežádoucími konflikty, dohled při případné léčbě a pomoc při jednání s úřady. **(33)**

Zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 25 zaměstnanců, jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců.

Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením mohou získat zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců. Poskytovatelem tohoto příspěvku je úřad práce.

Podporované zaměstnávání je systém, který pomáhá handicapovanému klientovi překonat překážky spojené s nástupem do zaměstnání a plánuje se na různě dlouhé počáteční období. Klient je seznámen s programem začlenění a jsou zhodnoceny jeho pracovní dovednosti. V případě nutnosti mu je vybrán patron, který podle potřeby zaměstnanci radí v různých záležitostech a chrání ho před nevhodným jednáním a dalšími riziky.

Handicapovaný se dnes uplatní v případě, že má vhodnou kvalifikaci, jako technik, sekretářka, překladatel a velice často je zdravotní postižení chápáno jako odbornost. Jedná se o práci v organizacích zdravotně postižených, kde mohou jednat se státními institucemi a hlavně organizovat užitečné programy pro handicapované osoby. Mohou pracovat ve státních institucích jako poradci nebo jako spoluautoři pořadů s problematikou zdravotního postižení. Často pracují u firem, které nabízí kompenzační pomůcky. **(33)**

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnotit význam dlouhodobé rehabilitační péče a jednotlivých jejích složek, která je poskytována v RÚ Kladruby osobám s paraplegií.

Při stanovování cíle, ke kterému jsem chtěla při psaní práce dospět, jsem musela vycházet z reálných možností, které se mi nabízely. Za nejpříjemnější způsob, jak zjistit, do jaké míry dlouhodobá rehabilitační péče působí na klienty RÚ Kladruby, jsem shledala zapojení do procesu hledání odpovědí na otázky přímo ty, kterých se to nejvíce dotýká. A to paraplegiky hospitalizované opakovaně v tomto rehabilitačním zařízení.

Jak již bylo výše řečeno, cílem práce bylo zhodnocení významu dlouhodobé rehabilitační péče a jejích jednotlivých složek, tak jak jsou poskytovány v RÚ Kladruby. Pod jednotlivými složkami si můžeme představit např. léčebnou rehabilitaci, nácvik soběstačnosti, ale kupříkladu i ergoterapii či psychoterapii apod..

2.2 Hypotézy

Hlavní hypotéza ověřovaná výzkumem v rámci bakalářské práce zní:

Rehabilitační péče poskytovaná v RÚ Kladruby rozvíjí u osob s paraplegií všechny kompetence nezbytné pro začlenění do běžného života.

Oblasti v nichž budou zjišťovány kompetence nezbytné pro začlenění do běžného života, jsou:

- sebeobsluha (přesun z vozíku, osobní hygiena, oblékání)
- nácvik soběstačnosti (např. i příprava pokrmů)
- pracovní uplatnění
- možnost řízení motorového vozidla
- možnost bezbariérového bydlení
- zájmové aktivity

Výzkumem byla dále ověřována rovněž pracovní hypotéza, která zní: **Většina osob s paraplegií se může po rekonvalescenci vrátit na své původní pracovní místo.**

3. Metodika

3.1 Použitá metoda

Základní metodou zvolenou pro výzkum v rámci bakalářské práce byla metoda dotazování, technika dotazníku. Dotazník je zařazen v **Příloze č. 1**.

V dotazníku byly použity jak otázky uzavřené, tak také otázky polootevřené a otázky otevřené. Kromě jednoduchého druhu otázek byly do dotazníku zařazeny také dvě baterie otázek s pětistupňovou škálou odpovědí (viz otázka č. 2 a 3), které vyjadřují míru intenzity vlivu určitého jevu tak, jak ho vnímá sám hospitalizovaný, respektive respondent. Také typ filtrační otázky je v dotazníku zastoupen, nachází se pod pořadovým číslem třináct.

V úvodní části dotazníku byly zařazeny sociodemografické otázky, které nám napomohly popsat vybraný soubor z hlediska demografického a sociálního. Sociodemografické otázky nebyly číslovány a byly zařazeny na začátek dotazníku také proto, aby respondentu uvedly do tématu výzkumu. V dotazníku je dále zařazeno celkem sedmáct otázek, které mají popsat zkoumaný jev z různých úhlů pohledu.

Za výzkumný soubor byli zvoleni paraplegici, kteří v době od 1.8.2006 do 30.12.2006 absolvovali opakovaný pobyt v RÚ Kladruby. Cílem výzkumu bylo totiž zjistit, jaký význam má dlouhodobá rehabilitační péče na opakovaně hospitalizované pacienty v RÚ Kladruby.

3.2. Technika sběru dat

Pro tento výzkum byla zvolena technika sběru kvantifikovatelných údajů, tj technika kvantitativního výzkumu. Anonymního dotazníkového šetření bylo použito jako hlavního nástroje sběru dat.

V určeném časové období bylo hospitalizováno v rehabilitačním ústavu na opakovaném pobytu celkem 17 osob s paraplegií a všechny byly požádány o vyplnění dotazníku. Z počtu 17 oslovených respondentů bylo vráceno 16 vyplněných dotazníků. Pouze jeden respondent odmítl dotazník vyplnit. Návratnost vyplněných dotazníků byla

tedy 94,2%. Dotazníkové šetření probíhalo podle plánu v časovém období od 1.8.2006 do 30.12.2006 v RÚ Kladruby.

Do účasti na výzkumu přizváni všichni klienti RÚ Kladruby, kteří ve výše jmenovaném období nastoupili na opakovaný pobyt do tohoto rehabilitačního zařízení a byli v něm hospitalizováni a rovněž splňovali podmínku zdravotního postižení paraplegií.

Veškeré údaje z dotazníků byly vyplněny a zpracovány anonymně. Rovněž nashromážděná data byla interpretována a zpracována pro účel bakalářské práce.

4. Výsledky výzkumu

Tato čtvrtá kapitola je celá věnována prezentaci a interpretaci výsledků, které přinesl výzkum uskutečněný v RÚ Kladruby.

4.1 Sociodemografická charakteristika výzkumného souboru

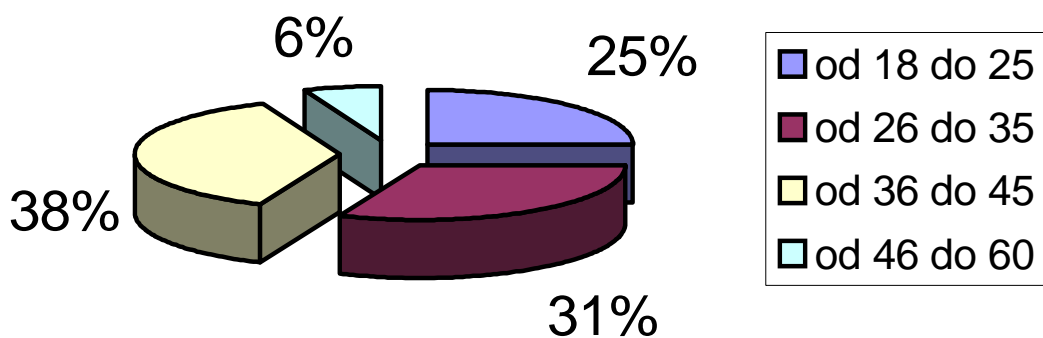
Do projektu se zapojilo ze šestnácti respondentů osm žen a osm mužů. Soubor je tvořen různorodou věkovou strukturou obyvatel. Jejich věk se pohybuje v rozmezí od 19 let do 57 roků a v průměru činí 33,44 roků. Ve věkové kategorii od 18 do 25 let jsou 4 respondenti, kategorie 26 až 35 let je zastoupena 5 respondenty, nejpočetněji je zastoupena věková skupina od 36 do 45 let, pouze jeden respondent spadá do věkové kategorie 46 až 60 let. Přehledně znázorněno v **Grafu č. 1: Procentuální zastoupení respondentů podle věku.**

Další ze sociodemografických údajů zjišťovaných při dotazování se skrývá za proměnnou bydliště. Jeden respondentů na tuto otázku neodpověděl. Celých 50% ze všech dotázaných žije ve městě a 43,75% oslovených žije na místech, která se dají souhrnně zařadit pod označení vesnice.

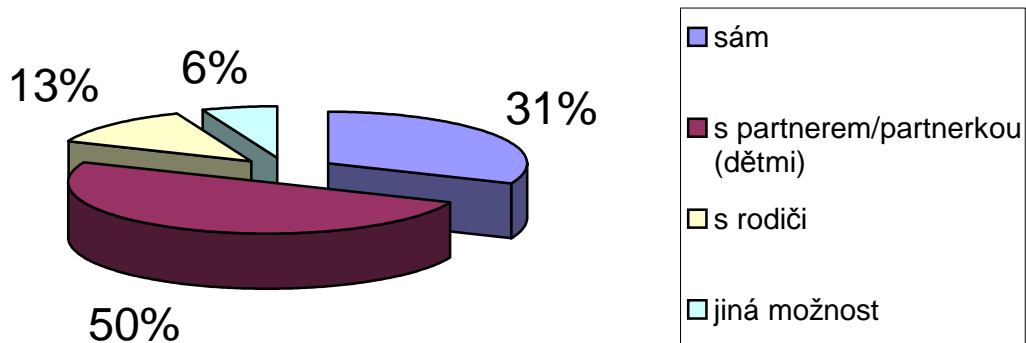
V dotazníku je rovněž zařazena otázka, zda handicapovaní žijí sami, s partnerem či partnerkou (a dětmi) nebo jsou rozvedení. Na tomto místě je také ponechána možnost jiné odpovědi. Shrňeme-li sebrané odpovědi dojdeme k následujícím číslům. Celkem 5 respondentů žije samo. S partnerem či partnerkou a případně dětmi žije celých 50 % dotázaných, tj. 8. S rodiči žijí 2 respondenti a jedna z dotázaných uvedla, že žije se sestrou a svojí matkou. Na tuto otázku odpověděli všichni. Pro úplnost uvádím **Graf č.2: Procentuální zastoupení respondentů podle toho "s kým žijí"**.

Další z úvodních otázek se týkala dosaženého vzdělání respondentů. Dosažené vzdělání respondentů je uvedeno v **Tabulce č.1: Respondenti podle nejvyššího stupně dosaženého vzdělání.** Nejpočetnější skupinou byli respondenti se středoškolským vzděláním, ostatní skupiny jsou zastoupeny méně.

Graf č. 1:
Procentuální zastoupení respondentů
podle věku



Graf č. 2:
Procentuální zastoupení respondentů podle
toho "s kým žijí"



Tabulka č. 1:

Respondenti podle nejvyššího stupně dosaženého vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Vyjádřeno absolutně	Vyjádřeno procentuálně
základní	1	6,25 %
vyučen	3	18,75 %
střední odborné	2	12,5 %
středoškolské	8	50 %
vysokoškolské	2	12,5 %

Tabulka č. 2:

Zastoupení respondentů podle původního povolání

Povolání	Absolutní počet
student	2
kuchař-číšník	2
zdravotní sestra	1
majitel dopravní firmy	1
technik	1
účetní	1
instalatér	1
řidič z povolání	1
referent městského úřadu	1
montér výtahů	1
brašnářka	1
tkadlena	1
ředitel	1
lékař	1

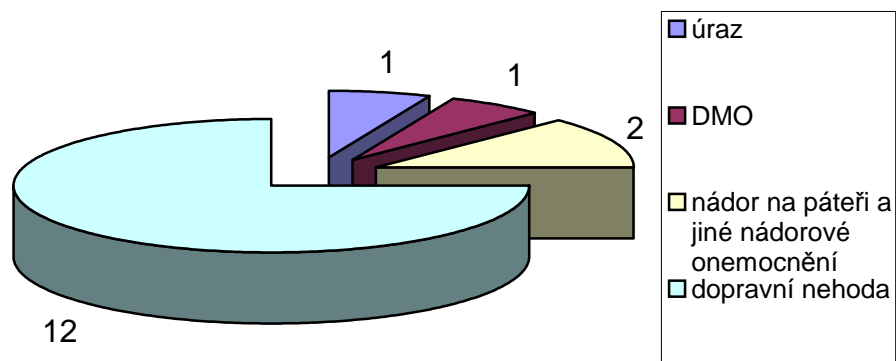
Otázka týkající se původního povolání přinesla velice širokou škálu odpovědí. Po dvou respondentech je zastoupeno povolání kuchař-číšník a také student/studentka. Všechna ostatní povolání, tak jak je v otevřené otázce vyjádřili sami respondenti, mají četnost jedna. Abychom si dokázali představit, jaké druhy povolání jsou zastoupeny, uvádím jejich výčet. Jsou to: zdravotní sestra, majitel dopravní firmy, technik, účetní, instalatér, řidič z povolání, referent městského úřadu, montér výtahů, brašnářka, tkadlena, ředitel a lékař. Zaznamenáno v **Tabulce č. 2: Zastoupení respondentů podle původního povolání.**

Než byla v dotazníku zařazena první číslovaná otázka předcházela jí ještě otázka zaměřená na zjištění změny zdravotního stavu respondentů. Respektive, jaká je příčina toho, že je u respondenta diagnostikována paraplegie.

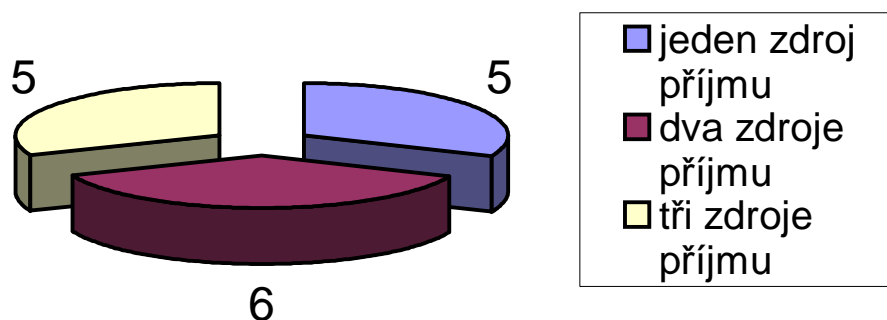
Výzkum ukázal, že příčina paraplegie je způsobena u většiny dotázaných dopravní nehodou či úrazem a pouze u menšiny respondentů je prvotní příčinou onemocnění. Jednou z nejčastějších příčin paraplegie je ochrnutí zapříčiněné poraněním při dopravní nehodě (případně úraz). Další, již méně početné příčiny, lze spatřovat v paraplegii v souvislosti s nádorem na páteři a jiným nádorovým onemocněním či dětskou mozkovou obrnou (DMO).

Budu-li konkretizovat, je v tomto výzkumu zastoupeno neuvěřitelných 81,25 % paraplegiků (vyjádřeno absolutně 13), kteří se se svým zdravotním postižením nenarodili. Zbývajících 18,75 % paraplegiků (vyjádřeno absolutně 3) tvoří lidé, kteří onemocněli nádorovým onemocněním různého druhu anebo prodělali dětskou mozkovou obrnu. Přehledně nám proměnou „příčina současného zdravotního stavu“ ukazuje **Graf č.3: Absolutní počty respondentů podle příčin, které vedly k současnému zdravotnímu stavu.**

Graf č. 3:
Absolutní počty respondentů podle
příčin, které vedly k současnému
zdaravotnímu stavu



Graf č.4:
Respondenti podle počtu finančních
zdrojů (vyjádřeno absolutně)



4.2 Charakteristika „socioekonomického a pracovního statusu“ respondentů

Abychom si udělali obrázek o sociálně ekonomické stránce života respondentů jsou zde analyzována data z otázky dvanácté. Ta v dotazníku přesně zněla: „Z jakých finančních prostředků žijete?“ Dotázaní měli možnost zakřížkovat jednu až šest z možných odpovědí, které jim byly nabídnuty.

Více se o rozvržení jednotlivých odpovědí dozvíme z **Grafu č.4: Respondenti podle počtu finančních zdrojů (vyjádřeno absolutně)** a také analýzy, která byla s původními daty provedena.

Z celkového počtu respondentů je výhradně závislých na jednom druhu či zdroji finančních prostředků 5 respondentů. Čtyři pobírají invalidní důchod a jeden nemocenské dávky. Z 15 respondentů, kteří uvádějí, že pobírají invalidní důchod jich současně 5 dostává mzdu, tj. žijí ze dvou druhů příjmů. Ze dvou odlišných druhů příjmů žije také respondent, který pobírá invalidní důchod a rentu za pracovní úraz. Zbýlých 5 respondentů žije ze třech typů příjmů v různých kombinacích.

Jinými slovy řečeno. Celkem 93,75 % respondentů žije z invalidního důchodu. A pouze 6,25 % z nich žije výhradně z invalidního důchodu. Pro 43,75% respondentů je dalším finančním zdrojem mzda a z toho 12,5% dostává ještě sponzorské příspěvky (např. na sportovní aktivity). Pro 31,25% respondentů je mzda a invalidní důchod paralelní finanční příjmy.

Jedna respondentka je, kromě invalidního důchodu a dávek sociální péče, podporována finančními příspěvky poskytovanými přítelem. Další z respondentů uvádí, že mimo mzdu a invalidní důchod žije z dávek sociální péče a jiný respondent uvádí za zdroj svého příjmu invalidní důchod, dávky sociální péče a nemocenské dávky.

S otázkou dvanáctou úzce souvisejí také tři jí předcházející otázky. Ty se bezprostředně dotýkají tématu současného zaměstnání či studia. Otázka desátá je zaměřena na zjištění skutečnosti, zda se dotázaní mohli vrátit po změně zdravotního stavu na svou původní pozici v zaměstnání či nikoli. Jeden respondent na tuto otázku neodpověděl. Ze zbývajících 15 se jich 7 mohlo vrátit na původní pozici v zaměstnání. Dalších 6 respondentů zaznamenalo, že se na původní pozici v zaměstnání nemohlo vrátit. Jako důvody uvedli: že nemohou chodit, že nejsou schopni původní zaměstnání

vykonávat, nemožnost vrátit se s ohledem na omezenou pohyblivost či zaměstnání na dobu určitou a její lhůta již vypršela dále pak omezená schopnost pohybu, že nejsou schopni vykonávat tak komplexní fyzickou práci či invalidní důchod. V jednom případě se jedná o studentku, která se zatím do zaměstnání nikam nevracela. Další respondentka doslovně uvedla: „Nemohu napsat ano nebo ne. Vystudovala jsem na vozíku a do zaměstnání jsem se nevracela.“ Tolik citace z dotazníku.

Z dalších souvislostí je zřejmé, že na původní místo se mohli vrátit jen lidé, kterým to povaha jejich povolání dovolovala. Respondent kuchař-číšník se nemohl vrátit na původní pozici, protože jak napsal, nemůže chodit. Naopak druhý respondent, který má v dotazníku zaznamenáno povolání kuchař se po své rekonvalescenci mohl na svou původní pracovní pozici vrátit (umožňovala mu to zřejmě povaha jeho zaměstnání). Respondenta zdravotní setra se rovněž nemohla na svou pozici vrátit, protože jí to povaha práce neumožňovala s ohledem na omezenou možnost pohybu. Taktéž řidič z povolání byl nucen změnit své povolání, protože jeho současný zdravotní stav neumožňoval návrat na původní pracovní místo.

Otázka jedenáctá byla do dotazníku zařazena pro upřesnění současného, dalo by se říci, socioekonomického statusu respondentů. Jejím prostřednictvím bylo zjištěno, že 13 respondentů v současné době již nestuduje. Jeden dotázaný se věnuje kontinuálně studiu v návaznosti na základní vzdělání a dva respondenti pokračují ve studiu, které započali před postižením.

4.3 Bezbariérové bydlení

Otázka třináctá nám napomáhá poodhalit, jakým způsobem se změnil způsob bydlení dotázaných v souvislosti s paraplegií. Tato třináctá otázka je typem tzv. filtrovaného druhu otázek. V praxi to znamená, že na podotázku otázky třináct odpovídá jen ta část respondentů, která zvolila variantu odpovědi ANO. Jestliže respondenti zaškrtnuli odpověď NE, pak na podotázku již neodpovídali.

Zhodnocení otázky přineslo tyto výsledky. Část respondentů nebyla nucena provádět v souvislosti s jejich postižením žádné úpravy bytu, vyjádřeno číselně – 6 respondentů se dále již nevyjadřovalo k podotázce. Jeden respondent napsal mimo dané

varianty odpovědí, že si koupil nový byt. Také další tři respondenti do dotazníku vepsali, že nebyli nuceni provádět úpravy, jelikož jim byly přiděleny bezbariérové byty. Z výše uvedeného vyplývá, že pouze 6 respondentů tedy odpovídalo rovněž na podotázku, která zněla: „Získal jste v RÚ Kladruby informace či dovednosti, které Vám při těchto úpravách pomohly?“ Z těchto 6 respondentů, kteří byli nuceni provést úpravy bytu v souvislosti s jejich postižením jich dvě třetiny také uvedlo, že v RÚ Kladrubech získali potřebné informace a dovednosti, díky kterým mohli tyto přestavby provést. Zbývá jedna třetina respondentů úpravy bytu v závislosti na jejich handicapu provedla, ale v RÚ získali pouze potřebné informace, ale nikoli dovednosti.

Z dříve řečeného je patrné, že rehabilitační pobyt v Kladrubech má pozitivní vliv na začlenění paraplegiků do běžného života. Shrňme-li, co bylo na předchozích řádcích napsáno, je zřejmé, že rehabilitační péče poskytovaná v RÚ Kladruby rozvíjejí u klientů, tj. v tomto případě u osob s paraplegií kompetence nezbytné pro začlenění do běžného života. Připravuje handicapované k návratu do každodenního života. A to třeba také tak, že se snaží poskytnout jim co nejvíce informací i v otázce bydlení.

Je pochopitelné, že základním předpokladem pro další začleňování handicapovaných do společnosti, je bydlení odpovídající jejich potřebám a vzniklé situaci. Aby byli paraplegici schopni dále rozvíjet své aktivity, které je přibližují zpět do života ostatních, je pro ně vyhovující bydlení základ.

Jak také výsledky výzkumu ukázaly většina respondentů změnila způsob bydlení. Část respondentů přijala nabídku a přestěhovala se do bezbariérových bytů. Další skupina respondentů využila nabídnuté možnosti a provedla nezbytné bezbariérové úpravy svých původních bytů a jeden z dotázaných si pořídil byt nový, který již splňoval tuto podmínku bezbariérovosti. Větší část respondentů také získala potřebné informace a dovednosti právě v rehabilitačním zařízení. Konkrétní údaje jsou zaznamenány v **Tabulce č. 3: Způsob řešení bezbariérového bydlení u respondentů.**

V důsledku změny hybnosti bylo nuceno 6 respondentů provést stavební úpravy v bytě a 66 % z nich uvedlo, že v RÚ Kladruby získali potřebné informace. Stejný počet respondentů, tj. 6 stavební úpravy v bytě neprovádělo vůbec. Část z nich řešila otázku

bezbariérového bydlení koupí nového bytu, ostatním pak byly přiděleny byty bezbariérové.

4.4 Role sociálního pracovníka

V dotazníku byla také pod pořadovým číslem 4 zařazena otázka, zda postižený využil pomoc sociální pracovnice. Skoro dvě třetiny dotázaných využilo pomoc sociální pracovnice, která je v RÚ Kladruby. Pouze 31,25 % respondentů uvedlo, že nevyužilo možnost pomoci sociální pracovnice. Zbýlých 68,75 % paraplegiků přivítalo pomoc sociální pracovnice, která jim pomohla vyřídit různé záležitosti. Byla jim nápomocna v mnoha směrech. Zajišťovala jak formální záležitosti např. vyřizování žádostí o průkazy ZTP/P, poskytování informací o příspěvku na koupi motorového vozidla a jeho speciální úpravu pro ruční řízení či příspěvku na bezbariérovou úpravu bytu nebo získání bezbariérového bydlení, všestrannou komunikaci s úřady (vyřízení invalidních důchodů apod.), tak ale také byla k dispozici pro osobní pohovory nebo zajišťovala např. potřebný odvoz.

Ze shora řečeného vyplývá, že zhruba 70 % respondentů získalo potřebné informace od sociálního pracovníka právě v RÚ Kladruby.

**Tabulka č. 3:
Způsob řešení bezbariérového bydlení u respondentů.**

Změna způsobu bydlení	Absolutní počty	Procentuální vyjádření
Nezměnila způsob bydlení	6	37,5
Přestěhování se	3	18,75 %
Provedení bezbariérových úprav	6	37,5 %
Koupe bezbariérového bytu	1	6,25 %

4.5 Adaptace na změněné podmínky

Jakým způsobem a jak úspěšně se daří získávat potřebné dovednosti v adaptaci na změněné podmínky následkem postižení v RÚ Kladruby přehledně ukazují **Tabulka č.4** s titulem **Přínos jednotlivých částí rehabilitačního programu v RÚ Kladruby** a také **Tabulka č. 5**, která ukazuje **Vyjádření vlivu pobytu v RÚ Kladruby na zlepšení jednotlivých úkonů sebeobsluhy**.

Obě baterie otázek byly sestaveny tak, že respondenti měli možnost zakroužkovat v každé otázce jedno číslo, které vyjadřovalo míru vlivu dané proměnné. Kontinuum možných odpovědí bylo sestaveno od č. 5, což znamenalo maximální pozitivní vliv až po č. 1, které vyjadřovalo žádný pozitivní vliv dané proměnné.

Podíváme-li se na četnost políček v levé části tabulky, je prokazatelné, že rehabilitační péče, která je poskytována paraplegikům v RÚ Kladruby je přínosná. Celých 100% respondentů uvádí, že léčebná rehabilitace má pro ně vesměs maximálně pozitivní vliv. Také co se týká nácviku soběstačnosti je většina odpovědí respondentů umístěna na levém kontinuu stupnice, což dokazuje přínos pobytu v ústavu s ohledem na získání větší schopnosti soběstačnosti. Podíváme-li se na kolonky v tabulce, které vyjadřují míru vlivu ergoterapie a psychoterapie na pacienty, opět je četnost nejvyšší v levé části tabulky. Musíme také konstatovat, že jsou také respondenti, na které neměla ergoterapie či psychoterapie skoro žádný či vůbec žádný vliv. V dotazníku byla také ponechána možnost dalšího vyjádření. Někteří respondenti také uvedli, že velice pozitivní vliv na ně samotné měla možnost využití motomedu či např. sportovní plavání. Tyto výsledky jsou zaznamenány v Tabulce č. 1 kolonce „jiná“.

Shrňme-li celou baterii otázek, můžeme jednoznačně konstatovat, že většina respondentů považuje přínos jednotlivých částí rehabilitačního programu za vysoce pozitivní. V otázce vlivu psychoterapie dva respondenti neodpověděli.

Tabulka č.4:

Přínos jednotlivých částí rehabilitačního programu v RÚ Kladruby

	5 maximální pozitivní vliv	4	3	2	1 žádný pozitivní vliv	Neod- pověděl
<i>Léčebná rehabilitace</i>	13	3	0	0	0	0
Nácvik soběstačnosti	13	1	2	0	0	0
Ergoterapie	7	3	2	3	1	0
Psychoterapie	7	3	1	2	1	2
Jiná	3	0	1	0	0	12

Tabulka č.5:

Vyjádření vlivu pobytu v RÚ Kladruby na zlepšení jednotlivých úkonů sebeobsluhy

	5 maximální pozitivní vliv	4	3	2	1 žádný pozitivní vliv	Neod- pověděl
<i>Přesun z vozíku</i>	14	1	1	0	0	0
Osobní hygiena	11	4	1	0	0	0
Oblékání	12	3	1	0	0	0
Příprava pokrmů	5	3	7	0	0	1
Jiné	2	0	1	0	0	13

V tabulce č. 5 jsou zaznamenána data z třetí otázky, kde měli respondenti zhodnotit, jak pobyt v RÚ Kladruby přispěl ke zlepšení jednotlivých úkonů sebeobsluhy. Otázky se týkaly čtyřech základních úkonů sebeobsluhy. A to přesunu z vozíku, osobní hygieny, oblékání a přípravy pokrmů. Respondentům byla také ponechána možnost vyjádřit se v kolonce označené „Jiné“.

Převážná část respondentů uvedla, že pobyt v RÚ Kladruby maximálně přispěl ke zlepšení v úkonech sebeobsluhy při přesunu z vozíku, při osobní hygieně a při oblékání. V levé části kontinua se nachází všech 100% odpovědí zahrneme-li prostřední hodnotu 3.

Otázka směřující k samostatnosti při přípravě pokrmů respondenty rozdělila do třech skupin. Nejpočetnější skupina respondentů má za to, že pobyt v rehabilitačním zařízení měl pouze střední vliv na zvládnání tohoto úkonu soběstačnosti. Jako velice pozitivní ho hodnotí zhruba 1/3 dotázaných. Jeden respondent se k otázce nevyjádřil.

O tom, co pacientům nejvíce pomohlo při první návštěvě, jsem se dozvěděla z odpovědí, které přinesla otevřená otázka pod č. 1. Ta zněla: „Co Vám nejvíce pomohlo při prvním pobytu v RÚ Kladruby?“

Zde přináším sumarizaci odpovědí - pozvolný přechod do normální reality:

- načerpání zkušeností a poznatků od ostatních klientů
- rehabilitace (vyskytlo se mnohokrát)
- psychická stabilita, psycholog (vyskytlo se mnohokrát)
- komunikace
- zdokonalování sebeobsluhy, plavání
- kontakt s lidmi se stejným problémem (poraněním), stejně postižení
- zjištění, že někteří lidé jsou na tom zdravotně stejně nebo mnohem hůř než já a dokáží si dál užívat život
- skvělý přístup zdravotního a rehabilitačního personálu, který dokázal člověka padlého na dno opět dostat na hladinu života

Výčet odpovědí opět dokazuje, že pobyt v RÚ Kladruby se snaží všestranně působit na všechny stránky života paraplegiků, aby byli schopni lépe se začlenit zpět do běžného života.

V jednotlivých oblastech sebeobsluhy (tj. přesun z vozíku, osobní hygiena, oblékání, příprava pokrmů) a nácviku soběstačnosti byl výzkumem zjištěn následující stav. Všichni respondenti, kteří byli nuceni znovu získat dovednosti a schopnosti v oblastech sebeobsluhy a soběstačnosti získali tyto potřebné dovednosti a zkušenosti při rehabilitačních pobytech v RÚ Kladruby. Všech 16 respondentů uvedlo, že pobyt v RÚ Kladruby hodnotí na bodové stupnici, ve výše jmenovaných úkonech, v hodnotách 3 až 5 (tj. střední až maximálně pozitivní vliv; většina odpovědí se nachází na hodnotě 5).

Poměrně snadné zpracování přinesla otázka nesoucí číslo 8., a to z toho důvodu, že většina klientů sice prošla ergoterapeutickými dílnami, ale pobyt v nich neovlivnil zásadním způsobem získání dovedností potřebné pro jejich další výdělečnou činnost.

Vysvětlení této problematiky, ale není již tak snadné, jak by se na první pohled mohlo zdát. Celých 90% klientů uvedlo, že práce v dílnách jim nepomohla získat potřebné dovednosti pro další výdělečnou činnost. Práce v dílnách má pro většinu paraplegiků spíše terapeutický účinek a její podstatou tak není získání nových dovedností. Její podstata tkví převážně v možnostech, jak smysluplně využít volný čas v RÚ Kladruby a u většiny klientů slouží také k tomu, jak znovuzískat základní dovednosti. Jen pro malou část klientů je práce v dílnách zaměřena na získání dovedností potřebných pro další výdělečnou činnost. Jak také z výzkumu vyplývá pouze 10% respondentů uvedlo, že jim tato práce v dílnách přinesla potřebné dovednosti. V kolonce o jakou činnost konkrétně jde se jednou zazněla odpověď „tkaní“ a jednou odpověď „výpočetní technika“.

Nyní přichází na řadu rozebrat otázky č. 6 a č. 7. Shrnu-li odpovědi na tyto otázky do jedné tabulky, bude obsahovat čtyři pole. Viz **Tabulka č. 6 Souhrnné výsledky otázky č. 5 a č. 6**. Levé horní pole zahrnuje klienty, kteří využívají osobní automobil a zároveň dělali kurz autoškoly v RÚ Kladruby má četnost 7. Naproti tomu v pravém dolním poli jsou všichni respondenti, kteří nevyužívají automobil a kurz autoškoly v rehabilitačním ústavu neabsolvovali. Pole je vyjádřeno četností 6. Zbylé dvě pole nesou malé četnosti. Dva respondenti využívají osobní automobil a neprošli

kurzem či rekondicemi v autoškole a pouze jeden respondent sice kurz autoškoly absolvoval, ale motorové vozidlo jako řidič v současné době nevyužívá.

S ohledem na změnu hybnosti byla nucena část respondentů absolvovat kurz autoškoly. Celkem 8 respondentů jej absolvovalo v RÚ Kladruby. Z nich 7 jich nadále využívá automobil jako řidič. Druhá část osob s paraplegií buďto kurz autoškoly v RÚ Kladruby neabsolvovala (2 respondenti) anebo automobil jako řidič nevyužívá (6 respondentů). Z výše řečeného plyne, že ti respondenti, kteří v důsledku změny zdravotního stavu potřebovali absolvovat kurz autoškoly s ohledem na jejich specifické potřeby pomohl jim v tom pobyt v RÚ Kladruby.

Tabulka č. 6:
Souhrnné výsledky otázky č. 5 a č. 6

	Absolvoval/a kurz autoškoly v RÚ Kladruby	Neabsolvoval/a kurz autoškoly v RÚ Kladruby
Využívá automobil jako řidič	7	2
Nevyužívá automobil jako řidič	1	6

4.6 Zájmové a sportovní aktivity

Podíváme-li se podrobněji na výsledky, které přinesl výzkum po vyhodnocení otázky č. 5, která zněla: „Využil/a jste sportovních nabídek v RÚ Kladruby“ lze je interpretovat následujícím způsobem. Přesně polovina respondentů nevyužila možnosti sportovních aktivit, které jim nabízel program v RÚ Kladruby. Naopak druhých 50 % handicapovaných se zapojilo do sportovního dění v tomto ústavu. Z těchto 50% klientů se zhruba dvě třetiny z nich věnuje sportu i nadále. Dva respondenti uvedli, že i nadále

rozvíjí své schopnosti ve stolním tenisu, plavání a posilování. Další z respondentů se věnuje závodně např. sportovnímu plavání a jiný zase floorballu. Jedna respondentka uvedla pestrou škálu sportovních aktivit do kterých se v RÚ Kladruby zapojila. Byla to střelba a lukostřelba, hod diskem a oštěpem, floorball, basketball, stolní tenis, ale také např. plavání a jízda na koni. Z těchto sportů se i nadále věnuje soutěžně stolnímu tenisu a plave, jak uvedla, jen tak pro radost. Zbývá třetina paraplegiků se zapojila do sportovního dění v RÚ Kladruby, ale po návratu do domácího prostředí se mu přestala věnovat, anebo se mu věnuje pouze v rámci rehabilitace.

V **tabulce č. 7** jsou sumarizovány odpovědi respondentů na otázku č. 14. Jsou vyjádřeny absolutně a týkají se **Trávení volného času respondentů**. Z posledního sloupce lze vyčíst, že 50 % respondentů tráví volný čas poslechem hudby a zhruba stejné procento z nich ho tráví s využitím počítače. 37,5 % respondentů sportuje ve volném čase a stejné procento respondentů využívá svůj volný čas pro četbu různého druhu. Čtvrtina respondentů se věnuje ve volném čase dětem a necelá čtvrtina navštěvuje kino. Po jedné odpovědi jsou zastoupeny odpovědi odpočinek, rodina a hra na hudební nástroj. V sérii odpovědí na tuto otázku byly nabídnuty také varianty návštěva divadla a malování. Avšak žádný z respondentů této možnosti nevyužil, a tak tato pole nesou četnost 0.

V otázce č. 14 kolonka „jinak“ měli možnost respondenti zaznamenat jiný, než striktně nabízený způsob trávení volného času. Jednotlivé odpovědi na otázku jsou souhrnně zaznamenány ve výše zmíněné tabulce č. 4. Podíváme-li se v ní na poslední řádek, můžeme konstatovat, že 6 (tj. 37,5%) paraplegiků zvolilo dvě varianty trávení volného času a rovněž stejné procento respondentů (taktéž 6) zaškrtnulo současně tři varianty z možných odpovědí. Tři klienti RÚ Kladruby se spokojili s jednou zaškrtnutou odpovědí a jeden respondent využil neomezenosti počtu zaškrtnutí možných odpovědí a označil jich v dotazníku celkem šest (v tabulce je tento respondent označen pořadovým číslem 12).

Pro ověření hypotézy je důležitý počet jednotlivých zaznamenaných voleb odpovědí respondentů (zájem o aktivní vyplnění volného času, tak jak jim jejich zdravotní stav dovoluje) a schopnost zapojení se do sportovních aktivit (řádek1).

Tabulka č. 7:

Trávení volného času respondentů (vyjádřeno absolutně)

Respondenti	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Celkem
Trávení volného času:																	
sportem			1		1			1	1			1				1	6
návštěva divadla																	0
malování																	0
návštěva kina		1	1									1					3
čtení		1								1	1	1		1	1		6
poslech hudby		1		1		1	1			1		1	1		1		8
počítač			1					1			1	1		1	1	1	7
samostudium					1							1					2
Jinak:																	
odpočinek	1																1
děti				1					1		1			1			4
rodina										1							1
hra na hudební nástroj													1				1
Celkem	1	3	3	2	2	1	1	2	2	3	3	6	2	3	3	2	39

Poslední otázka v dotazníku s číslem 17 zjišťovala, kolikrát v minulosti zdravotně postižení absolvovali pobyt v RÚ Kladruby. Vyhodnocení otázky přineslo následující statistiku. Pouze jednou byl před současným pobytem v RÚ Kladruby hospitalizován jeden respondent. Dva předchozí pobyty má za sebou „na Kladrubech“, jak říkají pacienti, sedm paraplegiků. Pět respondentů absolvovalo pobyt již třikrát. Jeden respondent zde byl již čtyřikrát a dvě respondentky opakovaly pobyt již šestkrát.

K poslední otázce se váží dvě otázky jí předcházející. Na otázku č. 15 „Jak pobyt v RÚ Kladruby ovlivnil trávení volného času?“ odpověděli zdravotně postižení následujícím způsobem. Aby byla zachována autentičnost odpovědí jsou shrnuty v následujícím výčtu:

- nejvíce se v odpovědích vyskytlo slovo „KLADNĚ“ (bez dalšího psaného komentáře), ale našli se i sdílnější respondenti tak např.:
- mám více času na koníčky

- věnovala jsem se tam plavání
- nácvik posilovacích technik
- seznámil jsem se s možností různých sportů
- seznámila jsem se v RÚ Kladruby s manželem
- snažím se žít jako dříve, zde jsem pochopila, že to jde a chci lidem (u nás v Litvínově) ukázat, že lidé na vozíku jsou úplně normální

Jak níže uvidíme, taktéž první část 16. otevřené otázky přinesla některé zajímavé postřehy. Naproti tomu její podotázka zjišťující frekvenci pobytů paraplegiků v RÚ Kladruby přinesla hypoteticky předpokládané odpovědi. Většina respondentů opakuje pobyt buď jednou ročně, anebo jednou za dva roky. A to podle toho jak jim jednak pojišťovna a jednak kapacitní důvody dovolí. Pro upřesnění na tomto místě uvádím následující skutečnosti.

Zpravidla jsou paraplegici po úraze hospitalizováni přímo z nemocnice do RÚ Kladruby na pětiměsíční pobyt. Další pobyt není bezprostředně vázán na jejich aktuální potřeby, ale je možné ho opakovat po roce či dvou letech. Jak z rozhovorů vím, není tato jednorocní či dvourocí frekvence pro většinu z nich dostačující, i když na sobě sami po celý rok neustále pracují. Rehabilitační zařízení jim dává nejen velkou škálu možností rehabilitace, ale rovněž na ně v určitém směru působí také motivačním způsobem.

Vrátíme-li se k otázce č. 16, lze její první část shrnout následovně. Většina respondentů opakuje pobyty nejen kvůli intenzivní rehabilitaci, získání a zlepšení fyzické kondice či např. plavání, ale také kvůli přátelské atmosféře či setkání s přáteli a podobně handicapovanými (tj. určitá motivační složka celostní rehabilitace).

5. Diskuse

Jak je patrné jednak z teoretické a jednak z analytické části práce je velice důležité propojit všechny složky tzv. sociální rehabilitace. Celá práce byla psána s úmyslem zhodnotit a popsat celostní dlouhodobou rehabilitační péči i v jejích jednotlivých složkách, tak jak je poskytována pacientům s paraplegií v RÚ Kladruby.

Uskutečněný výzkum se snažil pokrýt jednotlivé okruhy, které jsou teoreticky popsány v první části práce a také vytyčeny v samotném zadání práce.

Z teoretické části se předpokládá, že psychoterapie a ergoterapie budou mít velký vliv na rekonvalescenci pacientů, ale respondenti je nehodnotili tak výrazně kladně jako ostatní zkoumané oblasti (např. sebeobsluha, léčebná rehabilitace, nácvik soběstačnosti). Může to být např. dáno tím, že nácvik soběstačnosti a léčebná rehabilitace následují bezprostředně po změně zdravotního stavu a jejich účinek je relativně rychlejší a viditelnější (relativně krátkodobější procesy). Pacienti si velice často neuvědomují účinek psychoterapie a ergoterapie (relativně dlouhodobější procesy) na jejich osobu a podle mého soudu jej nedokáží ani tak jednoznačně a rychle posoudit a zhodnotit jako např. kategorii léčebné rehabilitace či úkony soběstačnosti. To mohlo vést respondenty k odpovědím, které jsou rozloženy na celém kontinuu.

Rovněž otázky v dotazníku byly koncipovány tak, aby pokryly celou škálu odpovědí na otázky, které v této souvislosti z teoretické části vyplynuly. Právě tak, jak je v teoretické části věnován prostor ucelené rehabilitaci v celé její šířce, je dotazník analyzován z různých úhlů pohledů a souvislostí.

Výzkum prokázal, že tak jak uvádí odborná literatura, je velice podstatné a důležité zaměřit se na celostní rehabilitaci, tj. rehabilitaci ve všech jejích složkách a směrech. Jde kupříkladu jak o rehabilitaci léčebnou a sociální, tak také např. o rehabilitaci pedagogickou či pracovní. Srovnej viz celá kapitola č. 1.2 Ucelená rehabilitace.

Z odpovědí respondentů lze vyčíst, že psychoterapie a ergoterapie mají rovněž pozitivní vliv na úspěšné rehabilitaci paraplegiků (srovnej viz tabulka č. 4). Většina odpovědí respondentů je zaznamenána v tabulce nalevo od středu (Psychoterapie 10+1,

Ergoterapie 10+2), a přestože jejich výsledné skóre není tak vysoké jako u kategorií léčebná rehabilitace a nácvik soběstačnosti, je jejich pozitivní vliv zřejmý.

Úspěšná socializace, u poúrazových paraplegiků lze hovořit spíše o určitém druhu resocializace, a rovněž adaptace, případně již samotná integrace jsou jedny z nejdůležitějších procesů v životě takto handicapovaných spoluobčanů. Viz kapitola 1.4 Socializace a integrace.

S výše zmíněným souvisí také nezastupitelná role sportu v životě lidí s postižením. Možnost porovnávání dosažených výsledků s podobně postiženými a aktivní využití volného času posunuje mnoho paraplegiků v jejich životním elánu kupředu. Vědomí toho, že mohu něčeho dosáhnout, je velkým hnacím motorem jak u zdravých lidí, tím spíše u handicapovaných. Vědomí toho, že nejsem handicapován jen sám je také do značné míry posilujícím faktorem.

Možnost i nadále cestovat motorovým vozidlem a řídit automobil je pro většinu lidí také motivující. Využití vlastního automobilu je pro většinu paraplegiků jedním z nejschůdnějších řešení při nutnosti přepravy.

Malá kapitolka 1.8 je věnována využívání počítačů v životě zdravotně postižených. Na tomto místě uvedu jeden příklad z praxe. Nedávno jsem se setkala s mladým mužem. Byl na celé tělo ochrnutý. Pouze levou ruku měl částečně pohyblivou. Za její pomoci se naučil ovládat speciálně upravený počítač. Jediné, co ho udržovalo při životě byla myšlenka, že může a bude moci i nadále pracovat jako konstruktér přes takto individuálně upravený počítač. Nebýt této moderní techniky, jeho život by jistě ztratil smysl.

Využití počítačů nabízí handicapovaným velkou možnost zapojení se do pracovního procesu. Více jsme se mohli o zaměstnávání zdravotně postižených dozvědět v kapitole 1.12.

Zde jednou větou shrnuji jen to, co bylo již vícekrát řečeno. Jak je z výstupů výzkumu patrné, rehabilitační péče poskytovaná v RÚ Kladruby rozvíjí u osob s paraplegií všechny kompetence nezbytné pro začlenění do běžného života.

6. Závěr

Práce se snaží postihnout základní význam integrace osob s paraplegií do společnosti. Ukazuje nezastupitelnou úlohu ucelené rehabilitace. Toto tvrzení je rovněž podloženo daty, která mapují skutečný stav věci, tak jak je vnímána a prožívána samotnými handicapovanými.

Dává nám rovněž možnost nahlédnout do světa a života „jiných“ lidí, kterým jejich zdravotní stav proměnil úhel pohledu na něj. Nutí nás zamyslet se nad každodenními, pro nás samozřejmými, věcmi.

Všichni respondenti (tj. v našem případě 66 %), kteří v důsledku změny hybnosti potřebovali provést stavební úpravy v bytě, získali v RÚ Kladruby potřebné informace. Taktéž rovných 50 % respondentů, kteří v důsledku změny svého zdravotního stavu bylo nuceno absolvovat kurz autoškoly, učinilo tak v RÚ Kladruby.

Necelých 70% respondentů také využilo možnost pomoci sociální pracovníce v RÚ Kladruby. Rovněž všichni hospitalizovaní pacienti v RÚ Kladruby hodnotili jako velice pozitivní stránku pobytu nácvik soběstačnosti, léčebnou rehabilitaci a zlepšení jednotlivých úkonů sebeobsluhy.

Ve všech výše uvedených oblastech byl prokázán přínos pobytu v RÚ Kladruby. Na základě toho lze konstatovat, že hypotéza, která zní: **Rehabilitační péče poskytovaná v RÚ Kladruby rozvíjí u osob s paraplegií všechny kompetence nezbytné pro začlenění do běžného života** byla provedeným výzkumem potvrzena.

Ze 13 respondentů, kteří se mohli vyjádřit ke svému návratu zpět na původní pracovní pozici jich 7 uvedlo, že mělo možnost vrátit zpět na původní pracovní místo. Sestavená pracovní hypotéza, která zní: **Většina osob s paraplegií se může po rekonvalescenci vrátit na své původní pracovní místo**, se tedy potvrdila.

Cílem práce bylo nejen zhodnocení významu dlouhodobé rehabilitační péče v RÚ Kladruby, ale také potvrzení její nezastupitelné úlohy v životě osob s paraplegií. Cílem všech rehabilitačních ústavů by mělo být nejen zlepšení zdravotního stavu, ale také např. obnova soběstačnosti a pracovních schopností, ale také integrace do společnosti.

Doufám, že se mi povedlo ukázat jak zásadním způsobem ovlivňuje rehabilitační péče, která je poskytována v RÚ Kladruby získání potřebných kompetencí pro znovuzачlenění do běžného života.

Na závěr je však nutno ještě poznamenat: K úspěšné integraci paraplegiků je zapotřebí nejen rehabilitace např. v RÚ Kladruby nebo někde jinde, ale také náš nelhostejný přístup k našim spoluobčanům, kteří jsou v jistém směru limitováni.

7. Seznam použité literatury

1. Gilbertová Š., Matoušek O., Ergonomie.Optimalizace lidské činnosti. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0226-6
2. Hromádková J. a kolektiv. Fyzioterapie. Jinočany: nakladatelství H & H, 1999. ISBN 80-86022-45-5
3. Hutař J., Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené. Praha: Národní rada zdravotně postižených ČR, 2004
4. Jankovský J., Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7
5. Jankovský J., Pfeiffer J., Švestková O., Vybrané kapitoly z ucelené rehabilitace. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. ISBN 80 –7040-826-X
6. Jesenský J., Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených, Praha:Karolinum,1995.ISBN 80-70600-941-1
7. Kahoun V., Kozlová L., Tóthová V., Sociální práce. Praha:Triton 2003. ISBN 80-7254-138-2
8. Kasal P., Svačina Š. a kolektiv. Internet a medicína. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o. 2001. ISBN 80-247-0119-7
9. Knobloch F., Knoblochová J., Integrovaná psychoterapie. Praha: Grada a Avicenum.1993. ISBN 80-7169-027-9
10. Kolektiv autorů. Léčebná rehabilitace. Jinočany: nakladatelství a vydavatelství H & H,1994. ISBN 80-85787-69-5
11. Kozlová L., Sociální služby. Praha: triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7
12. Křivohlavý J., Vážně nemocný mezi námi. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989
13. Kříž V., Rehabilitace a její uplatnění po úrazech a operacích. Praha: Avicenum,1986
14. Kučera M., Dylevský I. a kolektiv. Sportovní medicína. Praha: Grada Publishing spol. s r.o.,1999. ISBN 80-7169-725-7
15. Lippertová-Grunerová M., Neurorehabilitace. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-317-6

16. Mach J. a kolektiv. Zdravotnictví a právo. Praha: Orac, 2003. ISBN 80-86199-50-9
17. Matoušek O., Koláčná J., Kodymová P., Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
18. Matoušek O. a kolektiv. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
19. Matoušek O. a kolektiv. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7
20. Novosad L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, s.r.o., 200. ISBN 80-7178-197-5
21. Novosad L., Novosadová M. Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 200. ISBN 80-7083-383-1
22. Pfeiffer, J. Ergoterapie. Praha: REHALB o.p.s., ve spolupráci se sdružením pro ucelenou rehabilitaci postižených, 2001
23. Pfeiffer, J., Votava J., Rehabilitace s využitím techniky. Praha: Avicenum, 1983
24. Poděbradský J., Vařeka I., Fyzikální terapie I. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN – 80-7169-661-7
25. Poděbradský J., Vařeka I., Fyzikální terapie II. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN – 80-7169-661-7.
26. www.rehabilitace.cz/srj.asp?/g=cz
27. Sosna A., Vavřík P., Krbec M., Pokorný, D. a kolektiv: Základy ortopedie. Praha: Triton 2001. ISBN 80-7254-202-8
28. Stolínová J., Mach J., Právní odpovědnost v medicíně. Praha: Galén, 1998. ISBN 80-85824-88-4
29. Tomeš I., Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost. Praha: Socioklub, spol. s r.o., 2001. ISBN 80-86484-00-9
30. Trojan S., Druga R., Pfeiffer, Votava J., Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247 0031 –X

31. Vágnerová M., Hadj-Moussová Z., Štech S. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4
32. Vojta V., Peters A., Vojtů princip. Svalové souhry v reflexní lokomoci a motorická ontogeneze. Praha: Grada Publishing, spol. s r.o., 1995. ISBN 80-7169-004 X
33. Votava J. a kolektiv. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5
34. Vyhláška MPSV ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení
35. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

8. Klíčová slova

Adaptace

Integrace

Paraplegik

Socializace

Ucelená rehabilitace

9. Přílohy

Dotazník

Výňatek ze zákona č. 108/2006 Sb.

Výňatek z vyhlášky č. 182/1991 Sb.