



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra psychologie a speciální pedagogiky

Bakalářská práce

**Metody koordinované rehabilitační péče u jedinců
s mentálním postižením v jihočeských zařízeních**

Vypracovala: Dominika Antalová

Vedoucí práce: PhDr. Vlastimila Urbanová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Ucelená rehabilitace poskytuje osobám se zdravotním postižením komplexní péči pomocí všech prostředků této rehabilitace. Jedná se o prostředky léčebné, pedagogické, sociální a pracovní. Velmi důležitá a zároveň výhodná je propojenost všech čtyř prostředků ucelené rehabilitace. Ucelená rehabilitace je prospěšná jak u osob s mentálním postižením, tak i u osob s tělesným či kombinovaným postižením. Prostředky ucelené rehabilitace se dají upravovat dle individuálních potřeb osoby se zdravotním postižením.

Tato bakalářská práce je zaměřena na ucelenou rehabilitaci osob s mentálním postižením. V teoretické části práce je popsána koordinovaná rehabilitace dle různých autorů zabývajících se tímto tématem. V první kapitole je objasněn pojem koordinovaná rehabilitace, ve druhé pojem mentální postižení. V rámci definice pojmu mentální postižení jsou uvedeny i stupně tohoto postižení. Jedná se o lehkou mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci. U všech těchto stupňů mentálního postižení jsou uvedeny základní definice a informace.

Ve třetí až šesté kapitole jsou popsány prostředky ucelené neboli koordinované rehabilitace. Jedná se o prostředky pedagogické, pracovní, léčebné a sociální. Každý prostředek ucelené rehabilitace je podrobněji rozpracován.

V sedmé až deváté kapitole jsou popsána jihočeská rehabilitační střediska, především střediska českobudějovická. Jedná se o centrum ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie. Jsou zde popsány všechny služby, které tato centra nabízejí. Všechna centra poskytují odbornou péči pro osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením.

Cílem bakalářské práce je zjistit, zda jihočeská rehabilitační zařízení dostatečně využívají ucelenou rehabilitaci a především všechny dostupné prostředky při péči o osoby s mentálním postižením. Praktická část se zabývá výzkumem metod ucelené rehabilitace využívaných v jihočeských zařízeních, zejména v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libníč a CSS Empatie, která jsou popsána v teoretické části bakalářské práce.

V praktické části byl použit kvalitativní výzkum, který probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů. Na výzkumu se podílelo 6 respondentů z center ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libnič a CSS Empatie, kteří pomocí rozhovorů sdělovali informace ohledně metod ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením využívaných na jejich pracovišti. Pro účel rozhovoru byly předem stanoveny otázky. Otázek bylo celkem 10 a jsou uvedeny v příloze této bakalářské práce. Z každého centra byli vybráni 2 respondenti, kteří byli ochotni se na výzkumu pomocí rozhovorů podílet. Odpovědi respondentů byly s jejich souhlasem zaznamenány na diktafon a jejich obsah byl zpracován do písemné podoby.

Dle výsledků, které výzkum přinesl, lze konstatovat, že v jihočeských rehabilitačních zařízeních, a to zejména v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s., Domově Libnič a CSS Empatie se využívají v dostatečné míře všechny prostředky ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením. Kvalitní péče je osobám se zdravotním postižením poskytována kvalifikovaným personálem. Dalším závěrem, který z výsledků výzkumů vyplývá, je, že při rehabilitaci osob s mentálním postižením se klade největší důraz na pracovní, sociální a pedagogické prostředky ucelené rehabilitace, avšak léčebná rehabilitace u osob s mentálním postižením zůstává mírně v pozadí. Léčebný prostředek rehabilitace se využívá zejména u osob s mentálním postižením, které mají přidružené tělesné postižení, nebo je těmto osobám léčebný prostředek ucelené rehabilitace indikován lékařem.

Tato bakalářská práce by mohla sloužit jako informační materiál pro studenty oborů zabývajících se ucelenou rehabilitací nebo osobami s mentálním postižením. Dále tato bakalářská práce může pomoci osobám s mentálním postižením či jejich blízkým při výběru vhodného rehabilitačního centra v jihočeském kraji. Bakalářská práce poskytuje informace o rehabilitačních střediscích, o službách, které poskytují, a o kvantitě využívání prostředků ucelené rehabilitace.

Klíčová slova

koordinovaná rehabilitace, mentální postižení, osoby se zdravotním postižením, osoby s mentálním postižením

Abstract

The comprehensive rehabilitation provides complex care to disabled individuals using all types of therapeutic approaches that are part of the comprehensive rehabilitation. These are medical, educational, social and occupational approaches and the interconnection of all four of them is both vital and preferred. The comprehensive rehabilitation is beneficial for people with mental as well as physical and multiple disabilities. The use of the therapeutic approaches can be tailored to suit the individual needs of the disabled patients.

The present bachelor thesis studies the comprehensive rehabilitation of individuals with mental disabilities. The theoretical part describes the coordinated rehabilitation as presented by various authors dealing with this topic. The first chapter defines the term “coordinated rehabilitation”, the second explains the term “mental disability”. The definition of mental disability also introduces the degrees of the disability, which include mild, moderate, severe and profound mental retardation. Basic definitions and information are given for all the above degrees.

Chapters 3 – 6 describe the educational, occupational, medical and social therapeutic approaches of the comprehensive or coordinated rehabilitation, studying each approach in detail.

Chapters 7 – 9 present South Bohemian rehabilitation facilities, especially those in the town of Ceske Budejovice – namely *ARPIDA*, *Bazalka, o.p.s.* and *Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie*, describing all services provided by these facilities. All the facilities provide specialized care for people with mental, physical and multiple disabilities.

The thesis aims to determine whether South Bohemian rehabilitation facilities make sufficient use of the comprehensive rehabilitation approaches and, in general, of all available resources in providing care to people with mental disabilities. The practical part deals with the research into methods used in the comprehensive rehabilitation facilities in South Bohemia, chiefly in *ARPIDA*, *Bazalka, o.p.s.* and *Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie*.

The practical part relies on a qualitative research conducted through semi-structured interviews. This research involved 6 respondents from *ARPIDA*, *Bazalka, o.p.s.* and *Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie* interviewed about the comprehensive rehabilitation methods to treat mentally disabled patients used in their facilities. A total of 10 pre-defined questions were used in the interview (the questions are given in the Annex to this thesis). Two respondents from each facility willing to participate in the research were chosen for the interviews. With their consent, their responses were recorded and the content of the responses was then transcribed.

The results of the research imply that South Bohemian rehabilitation facilities, especially those of *ARPIDA*, *Bazalka, o.p.s.* and *Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie*, make sufficient use of all comprehensive rehabilitation therapeutic approaches to treat people with mental disabilities, with quality care provided by qualified personnel. Another conclusion shown by the research results is that the rehabilitation of mentally disabled patients relies heavily on occupational, social and educational therapeutic approaches, leaving medical rehabilitation slightly less accented. Medical therapeutic approach is used mainly to treat mentally disabled patients with associated physical disabilities or for individuals where medical therapy was prescribed by a physician.

The thesis could serve as a resource for students dealing with comprehensive rehabilitation or with mentally disabled individuals. Furthermore, the thesis may help people with mental disabilities and their families in choosing a suitable rehabilitation facility in South Bohemia as it provides information on the facilities, on the services they provide and on the comprehensive rehabilitation therapeutic approaches used.

Key words

comprehensive rehabilitation, mental retardation, disabled individuals, people with mental disabilities

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2015

Dominika Antalová

Poděkování

Děkuji PhDr. Vlastimile Urbanové za cenné rady a informace a především za její neobyčejnou trpělivost při vedení práce. Dále bych ráda poděkovala zaměstnancům zařízení ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domova Libnič a CSS Empatie za vstřícnost a poskytnutí informací.

Obsah

Obsah	8
Úvod.....	10
1 Koordinovaná rehabilitace	11
2 Mentální postižení.....	12
2.1 Lehká mentální retardace	13
2.2 Středně těžká mentální retardace	14
2.3 Těžká mentální retardace	15
2.4 Hluboká mentální retardace	16
2.5 Downův syndrom.....	16
3 Léčebné prostředky rehabilitace	18
3.1 Rehabilitační tým	18
3.2 Složky základního objektivního vyšetření	19
3.3 Fyzioterapeut a fyzioterapie.....	19
3.4 Terapeutické prostředky	20
3.5 Ergoterapie	21
3.6 Psycholog a neuropsycholog	22
3.7 Logoped	22
3.8 Diagnostické prostředky	23
3.9 Léčebné instituce	23
4 Sociální prostředky rehabilitace.....	24
4.1 Cíle sociální rehabilitace.....	24
4.2 Metody sociální rehabilitace	26
4.3 Techniky sociální rehabilitace	27
4.4 Sociální služby.....	27
4.4.1 Osobní asistence	27
4.4.2 Pedagogická asistence.....	28
5 Pedagogické prostředky rehabilitace	29
5.1 Cíle pedagogické rehabilitace	29
5.2 Základní škola praktická a základní škola speciální.....	31
5.3 Specifické poruchy učení	31
6 Pracovní prostředky rehabilitace	33

6.1 Odborníci v pracovní rehabilitaci	34
7 Domov Libnič a CSS Empatie.....	36
8 Centrum Arpida	41
9 Centrum Bazalka, o.p.s.	46
10 Cíle a metodika výzkumu	49
10.1 Cíle.....	49
10.2 Výzkumné otázky	49
10.3 Metodika	49
10.3.1 Zvolené metody	49
10.3.2 Výzkumný soubor.....	50
10.3.3 Průběh výzkumu	50
11 Výsledky a zpracování.....	52
11.1 Výzkum.....	52
11.2 Rozhovory.....	52
11.3 Výsledek	60
12 Diskuze	62
13 Závěr	66
14. Seznam použité literatury	68
15. Příloha.....	71

Úvod

Společnost by měla brát osoby se zdravotním postižením jako běžnou součást života, jelikož i osoby se zdravotním postižením jsou součástí naší společnosti. Postižení by mělo být vnímáno jako dimenze, která udává člověku kvalitu jeho života (Jankovský, 2006). Člověku se zdravotním postižením, ať už postižením tělesným, mentálním či kombinovaným by měla být poskytnuta ta nejlepší péče a to nejlépe v duchu ucelené rehabilitace, která na člověka s postižením působí celistvě. Celistvost ucelené rehabilitace spočívá v propojení léčebných, pedagogických, sociálních a pracovních prostředků (Jankovský, 2006).

Ucelená rehabilitace představuje nepostradatelnou péči i u osob s mentálním postižením. Ucelená rehabilitace těmto osobám může pomoci se zkvalitněním jejich života, s uplatněním na trhu práce a se správnou socializací. Osoba s mentálním postižením je taková osoba, která je odlišná od populace na základě některých odchylek. Jedná se například o odchylku v oblasti řečových dovedností, v oblasti myšlení, v oblasti pohybové koordinace a sociálního chování (Šelner, 2012).

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První částí je část teoretická, druhou část praktická. V teoretické části bakalářské práce je popsána ucelená rehabilitace, mentální postižení, léčebné prostředky rehabilitace, pracovní prostředky rehabilitace, sociální prostředky rehabilitace, pedagogické prostředky rehabilitace a rehabilitační zařízení, ve kterých byl prováděn výzkum a to v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domově Libníč a CSS Empatie. Druhá část bakalářské práce se zabývá zkoumáním metod ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením v některých jihočeských rehabilitačních zařízeních. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké metody ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením se využívají v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s., Domově Libníč a CSS Empatie. Pro účel výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum a to pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci těchto rehabilitačních zařízení.

1 Koordinovaná rehabilitace

„Rehabilitace je důležitým pojmem, který v souvislosti s rozšiřujícími se možnostmi moderní medicíny a pozitivním vývojem zdravotně sociální situace jednotlivých zemí nabývá na významu. Název „rehabilitace“ dosáhl značné morální prestiže.“ (Pfeiffer, Švestková in Pfeiffer, 2014, s. 6)

Pojem rehabilitace musíme vnímat jako interdisciplinární obor, do kterého spadá jak zdravotnická péče, sociálně právní péče, pedagogicko-psychologická péče, ale i pracovní rehabilitace (Jankovský, 2006).

„Koordinovanost v rehabilitaci znamená propojení léčebných, pedagogických (edukačních), pracovních a sociálních prostředků. Koordinovanost rehabilitace je důležitá nejen pro osoby se zdravotním postižením, ale je výhodná i pro stát a celou společnost. Sníží se tak počet lidí, kteří mají trvalý pocit neuspokojení způsobený zdravotním omezením.“ (Pfeiffer, Švestková in Pfeiffer, 2014, s. 7)

Rehabilitaci lze také chápat jako návratnou péči. Tento pojem ale nebylo možné využívat v praxi, jelikož ne všechny funkce v důsledku úrazu či postižení mohou být navráceny. Jedná se například o nenávratná poranění páteře, míchy či mozku. Zdá se být nejideálnější, podaří-li se odstranit většinu důsledků, které postižení, onemocnění či úraz způsobily (Votava, 2005). Rehabilitace se může také rozdělit na rehabilitaci krátkodobou neboli přechodnou, která navrácí osoby po úrazu či nemoci do úplného a normálního života, který tyto osoby vedly před zdravotním omezením, a na rehabilitaci dlouhodobou neboli permanentní. Dlouhodobá neboli permanentní rehabilitace se zabývá těžšími poškozeními, která mívají dlouhodobější a ve většině případů i trvalé potíže (Jesenský, 1995). Rehabilitace by měla vést klienty k pozitivní změně života. Při rehabilitaci má být vždy stanoven dosažitelný cíl, který má zlepšit klientovy mentální, fyzické a sociálně funkční schopnosti. Při rehabilitaci by se navíc mělo dbát i na technické pomůcky či prostředky, které mohou kompenzovat omezení klientů. Při rehabilitaci léčebné, pracovní, pedagogické nebo sociální je velmi důležitá diagnostika, na které závisí celý průběh rehabilitace (J. Slowík, 2007).

2 Mentální postižení

„V lékařství a psychologii je zaveden pro mentální postižení terminus technicus mentální retardace (duševní opoždění). Toto názvosloví se používá od poloviny padesátých let a je zakotveno dodnes v oficiální lékařské diagnostice – podle katalogu IDC-10 Světové zdravotnické organizace kódem F7, v České republice pak podle MKN-10. Někdy se používá klasifikace podle manuálu americké psychiatrické společnosti DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manula of Mental Disorders). Římská číslice IV znamená revidované vydání roku 2000.“ (Šelner, 2012, s. 42)

„Mentální retardace je jev nesmírně složitý vzhledem k celé řadě faktorů, kterými může být determinován, proto stanovení definice je spojeno se značnými těžkostmi. Z tohoto důvodu existuje v současnosti v naší i světově literatuře řada definic.“ (O. Krejčířová in Renotiérová, Ludvíková a kol., 2006 s. 161)

Mentální retardace představuje trvalou poruchu i přesto, že dle závažnosti a příčiny postižení může dojít k určitému zlepšení tohoto stavu (Fischer, Škoda, 2008).

„Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence.“ (Švarcová 2003, str. 29)

„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.“ (Švarcová, 2003, str. 24)

Mentální postižení může být popsáno jako mentální retardace. Jedná se o poruchu, která má veliký dopad nejen na duševní část osobnosti, ale i na část sociální a tělesnou. Jedinci s mentálním postižením mají veliké problémy právě v procesu učení, jelikož dochází k porušení poznávacích schopností. Mentální retardace s sebou přináší celkové snížení inteligence a adaptace. Mentální retardace může být vrozená nebo časně získaná a projeví se do dvou let života dítěte (Bazalová in Pipeková, 2006). Osoby s mentálním postižením mají často problémy v oblasti emocionální sféry (Černá, 1985). Osoby s mentálním postižením jsou jedinci se sníženými rozumovými schopnostmi, u kterých je alespoň z části známa příčina postižení. Mentální postižení může být také přidružené k jinému postižení a podstatnou měrou komplikuje běžný život kvůli omezení

rozumových schopností (J. Votava, 2005). Mentální retardace je tedy trvalý stav se snížením intelektu. Vrozená mentální retardace je rozpoznatelná během vývoje dítěte a bývá velmi často rozpoznána kvůli špatné orientaci v prostředí. Mentální postižení velmi negativně ovlivňuje socializaci jedince (Jankovský, 2006). Aby se osoby s mentálním postižením mohly úspěšně účastnit každodenních činností, je zapotřebí, aby byly podporovány. Osoby s mentálním postižením mají problémy v osvojování adaptivního chování a tyto problémy se projevují již od raného věku (Emerson, 2008).

2.1 Lehká mentální retardace

„V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj oproti normě mnohem pomalejší.“ Švarcová (Švarcová, 2003, str. 29)

U 3 letého dítěte s lehkým mentálním postižením můžeme pozorovat horší stav psychomotoriky. Ve srovnání s dítětem bez zdravotního postižení můžeme výraznější rozdíly vidět již od 6 let, kdy dítě využívá své komunikační schopnosti. Dítě s mentální retardací má svou slovní zásobu omezenou, chudou a trpí různými vadami řeči. Další výraznější rozdíly se objevují s nástupem povinné školní docházky. Zde významnou roli hraje omezené logické myšlení, ale také omezení motoriky, koordinace, paměti a konkrétního mechanického myšlení. U dítěte s mentálním postižením je také zřejmá porucha schopnosti analýzy a syntézy (Pipeková, 2006).

Velký význam u dětí s lehkou mentální retardací by měl být kladen na výchovné prostředí, které tohoto jedince obklopuje (Valenta, Müller, 2007).

U osoby s lehkou mentální retardací můžeme naměřit IQ od 50 do 69. Žáci s lehkou mentální retardací mají velmi často problémy při práci ve škole, zejména v teoretických hlediscích. Objevují se zde problémy se psaním i čtením (Švarcová, 2003).

Pokud se dítě s lehkou mentální retardací nenachází v sociálně náročném prostředí, většinou nemívá větší problémy se socializací. Dítě s lehkou mentální retardací bývá velmi často úzkostné a více labilní. V případě lehké mentální retardace má dítě možnost, aby bylo úspěšně integrováno do běžné základní školy, může také navštěvovat základní školu praktickou a poté může pokračovat např. na odborném učilišti. Lehká mentální retardace je nejrozšířenější formou mentálního postižení. U osob s lehkým mentálním postižením se předpokládá, že prožijí život, ve kterém budou moci udržovat celkem běžné sociální vztahy a budou schopny běžné práce (Pipeková, 2006).

2.2 Středně těžká mentální retardace

„U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání.“ (Švarcová, 2003, str. 30)

Středně těžká mentální retardace je většinou organické etiologie. U osoby se středně těžkým mentálním postižením můžeme sledovat opoždění řeči a myšlení. Velmi častá jsou i přidružená onemocnění, ke kterým řadíme různá neurologická a tělesná onemocnění, ve velké míře se můžeme setkat s epilepsií či autismem. Oproti lehké mentální retardaci můžeme u osoby se středně těžkou mentální retardací vysledovat velmi chudou slovní zásobu, špatnou stavbu věty a někdy natolik zjednodušenou řeč, že se skládá pouze z nonverbální komunikace. Osoby se středně těžkou mentální retardací mají často veliké problémy s jemnou i hrubou motorikou, a tudíž pro tyto jedince jsou jemné úkony téměř nemožné (Pipeková, 2006).

Jsou-li správně strukturovány úkoly pro jedince se středně těžkou mentální retardací, může být schopen některých jednoduchých manuálních schopností. U osob se

středně těžkou mentální retardací se hodnota IQ pohybuje od 35 do 49 (Švarcová, 2003).

Nezávislost a soběstačnost osob se středně těžkou mentální retardací je velmi komplikovaná, a proto musí být poskytnuta pomoc v sebeobsluze jedince. Osoby s tímto stupněm mentálního postižení mohou docházet do základních škol speciálních, při splnění podmínek k integraci mohou být integrovány do běžných škol a poté mohou pokračovat ve vzdělávání ve školách praktických (Pipeková, 2006).

2.3 Těžká mentální retardace

„Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.“ (Švarcová, 2003, str. 31)

Těžká mentální retardace může být způsobena geneticky, ale i negeneticky. Výrazných rozdílů jedinců s tímto stupněm postižení ve srovnání s dětmi bez mentálního postižení si můžeme všimnout již v předškolním věku. Děti s tímto postižením jsou velmi neobratné, mají velké problémy s osvojováním si nových pohybů a navíc jsou u nich často viditelné tělesné vady a je zřejmé celkové poškození centrální nervové soustavy. Soběstačnost a samostatnost je minimální a často i v dospělosti můžeme zpozorovat problémy s udržením vlastní tělesné čistoty a celkové hygieny. Řeč u jedinců s těžkou mentální retardací nemusí být vůbec vytvořena, anebo je omezena jen na jednoduchá slovní spojení či samotná slova (Pipeková, 2006).

Pokud je jedinci s těžkou mentální retardací včas poskytnuta odborná a dostatečně kvalifikovaná pomoc, můžou se jeho motorické schopnosti zlepšit. Dokonce může dojít i ke zlepšení rozumových schopností a s tím související kvality života. U jedinců s tímto druhem postižením se hodnota IQ pohybuje od 20 do 34 (Švarcová, 2003).

U jedinců s těžkou mentální retardací se často vyskytují výrazné psychické problémy. Dochází k narušení afektivity a vyskytuje se vysoká impulzivita. Socializace jedinců s tímto stupněm postižení je velmi narušená. Osoby s těžkou mentální retardací

poznávají jen osoby blízké a jsou závislé na jejich péči po celý svůj život. Vzdělávání těchto osob je možné pouze v základních školách speciálních a to dle odpovídajícího vzdělávacího programu (Pipeková, 2006).

2.4 Hluboká mentální retardace

„Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.“ (Švarcová, 2003, str. 30)

Hluboká mentální retardace představuje nejtěžší stupeň mentálního postižení. Kvůli těžkému omezení motoriky osoby s tímto stupněm postižení používají jen stereotypní automatické pohyby. Často se přidružují i jiná postižení a onemocnění. Jedná se například o těžká neurologická postižení, postižení zraku a sluchu, postižení vnímání, atypický autismus a jiné. Jen velmi málo jedinců s tímto stupněm mentálního postižení je schopno sebeobsluhy. Socializace je téměř nemožná, jelikož tito jedinci nepoznávají okolí, nejsou schopni komunikace, a to ani komunikace nonverbální. Velmi často se při tomto stupni mentálního postižení objevuje totální porušení afektivní sféry a sebepoškozování (Pipeková, 2006).

IQ osob s hlubokou mentální retardací bývá kolem hodnoty 20 a menší. Velmi často není možné hodnotu IQ přesně změřit (Švarcová, 2003).

2.5 Downův syndrom

„Downův syndrom (DS), označovaný také jako Downova nemoc (morbus Downi), je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace. V literatuře se

udává, že lidé s tímto syndromem tvoří okolo 10 % všech lidí s mentálním postižením.“
(Švarcová, 2003, str. 122)

Název Downův syndrom je spojován s pediatrem Johnem Downem, který byl původem Angličan a tuto formu mentální retardace popsal již v roce 1866. Syndrom je u osob s tímto postižením patrný na první pohled. Jedinec postižený Downovým syndromem má o jeden chromozom více než intaktní jedinec. Onemocnění je způsobeno trisomií na 21. páru chromozomů. Velmi často se Downův syndrom vyskytuje u dětí starších rodičů (Edelsberger a kol., 2000). Osoby s Downovým syndromem mají časté smyslové vady, jako jsou např. problémy se zrakem nebo sluchem (Švarcová, 2003). Děti s postižením Downova syndromu lze identifikovat například podle tvaru lebky, která je ve srovnání s lebkou zdravého dítěte o poznání menší, zadní část hlavy je plochá a právě kvůli tomu se zdá, že je hlava zcela kulatá. Nejen tvar hlavy nám může naznačit, že se jedná o Downův syndrom. U Downova syndromu je také pozorovatelný odlišný obličej s šikmými a úzkými očními víčky a s bilaterálním epikantusem, což je výrazná kolmá kožní řasa ve vnitřním koutku oka (Pipeková, 2006).

Ústa osob s Downovým syndromem jsou malá a většinou kvůli relativně velkému jazyku jsou pootevřená. Patrný může být i chybně vyvinutý chrup. Uši osob s Downovým syndromem jsou zřetelně malé. Krk je mnohem větší a podsaditější. U většiny osob s tímto druhem postižení se vyskytuje tzv. opičí rýha. Jedná se o rýhu napříč dlaní, která je pouze jedna. Osoby s Downovým syndromem v dospělosti nedosahují takové výšky jako ostatní. Muži mohou dorůst do 162 cm a u žen se jedná o výšku do 155 cm. U Downova syndromu se velmi často vyskytují i přidružené vady, omezení nebo onemocnění. Jedná se o snížený tonus, neboli hipotonii, obezitu, smyslové vady, srdeční vady a může se vyskytovat i středně těžká mentální retardace (Pipeková, 2006).

3 Léčebné prostředky rehabilitace

„Léčebná rehabilitace se propojuje či prolíná s vlastním léčením, v důsledku čehož mezi nimi nelze stanovit přesné hranice. Jedná se o velmi obsáhlou kapitolu, která je především doménou medicíny, resp. zdravotnictví. Na straně druhé však v rámci léčebné rehabilitace nacházíme celou řadu aktivit, které mají zjevně interdisciplinární charakter.“ (Jankovský, 2006, str. 20)

Cílem léčebné rehabilitace je odstranění následků nemoci či úrazu, zlepšení funkčního stavu a zmírňování poruch a disability. Metodu léčebné rehabilitace zajišťuje tým odborníků zdravotnických rehabilitačních zařízení. Léčebná rehabilitace může být také označena jako fyziatrie nebo fyzikální medicína, jelikož se v této činnosti můžeme setkat i s léčbou pomocí fyzikální energie či s přírodními léčebnými prostředky (Votava, 2005). Mezi léčbou a léčebnými prostředky rehabilitace nemohou být přesně stanoveny hranice, jelikož se tyto dva obory velmi prolínají a spolupracují spolu (J. Jesenský, 1995). Léčebnou metodu rehabilitace v rámci České lékařské společnosti zastupuje Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny. Na pracovištích rehabilitační medicíny je největší pozornost věnována pacientům s tělesným postižením, ale pomoc je zde poskytnuta i osobám s postižením mentálním či kombinovaným (Votava, 2005).

3.1 Rehabilitační tým

Pro uskutečnění léčebné rehabilitace je zapotřebí rehabilitační tým, který se skládá z mnoha odborníků. Pokud všichni odborníci spolupracují, je možno dosáhnout požadovaných výsledků léčebné rehabilitace. Spolupráce probíhá mezi lékaři, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, klinickými psychology, sociálními pracovníky, speciálními pedagogy, zdravotními sestrami, protetičnými odborníky a logopedy. Celý tým musí být veden rehabilitačním lékařem, který absolvoval nástavbové studium fyziatrie, balneologie a léčebné rehabilitace. Pokud je pacient přijímán do péče ambulantní či lůžkové, je prováděno vstupní vyšetření rehabilitačním lékařem, které začíná podrobnou anamnézou zahrnující mimo jiné i anamnézu sociální a pracovní.

Dále rehabilitační lékař zapisuje průběh nemoci, zjišťuje již použité rehabilitační metody a nakonec určí, kteří členové jeho rehabilitačního týmu se budou tomuto pacientovi věnovat, a určí způsob, jakým bude rehabilitační péče poskytnuta (Votava, 2005).

3.2 Složky základního objektivního vyšetření

Základní objektivní vyšetření má mít několik důležitých složek. Jedná se o posouzení základního neurologického nálezu, pohybů končetin jak pasivních, tak i aktivních, různá vyšetření páteře a kloubů včetně bolestivosti a hybnosti. Velká důležitost je také kladena na vyšetření kognitivních funkcí pomocí neuropsychologa a logopeda. Všem vyšetřením napomáhají různé metody. Jedná se například o zobrazovací metody RTG, CT, NMR, biochemii, neurologická funkční vyšetření (např. elektromyografie, elektroencefalografie, polygrafie), vestibulární vyšetření a jiné. (Votava, 2005).

U léčebné rehabilitace je velmi důležité ihned na začátku léčby stanovit krátkodobý rehabilitační plán, který může být během léčby upravován a měněn. V závěrečné zprávě u osob, které podstoupily dlouhodobý pobyt v rehabilitačním zařízení, je důležité uvést dlouhodobý rehabilitační plán, který napomáhá vytvářet správně cesty pro další péči o osoby se zdravotním postižením (Votava, 2005).

3.3 Fyzioterapeut a fyzioterapie

Nepostradatelným článkem rehabilitačního týmu je bezpochyby i fyzioterapeut, který se zabývá pohybovým systémem, a to především jeho funkcemi, terapií poruch funkcí, diagnostikou a prevencí poruch. Je velmi důležité, aby i fyzioterapeut spolupracoval s ostatními odborníky a především se samotnými klienty a jejich nejbližším okolím. Označení fyzioterapie je mezinárodním pojmem a používá se i přesto, že fyziatrie není hlavním prostředkem rehabilitace, a proto může být název

fyzioterapie mírně zavádějící. Práce fyzioterapeuta je ve většině případů závislá na předchozí práci rehabilitačního lékaře a ergoterapeuta. Fyzioterapeut stanovuje diagnózu, ve které hodnotí svalové ústrojí, pohyb a jeho rozsah a také svalovou koordinaci. Fyzioterapie a její metody spadají do léčebné tělesné výchovy. Jde o cvičení koordinované fyzioterapeutem (Votava, 2005).

„Léčebná tělesná výchova (LTV) je hlavní metodou fyzioterapie, která se zabývá pohybovým ústrojím. Je velmi efektivní zejména u dětí s DMO a představuje patrně nejúčinnější metodu léčebné rehabilitace těchto dětí. Její základní formou je tělesné cvičení. Realizována je jak individuálně, tak skupinově. Jde především o ovlivnění posturálního chování, resp. o terapii posturálních schopností.“ (Jankovský, 2006, s. 21)

Při fyzioterapii nemusí být klient vždy jen aktivní. Můžeme se setkat s terapiemi, u kterých je klient spíše pasivní. Jedná se například o různé masáže a polohování, ale také o fyzikální terapii, kde se k léčbě klientů využívá vodoléčba či léčba aplikací fyzikálních energií (Votava, 2005).

3.4 Terapeutické prostředky

Terapeutické prostředky ve fyzioterapii se dělí na prostředky specifické a nespecifické. Nespecifické prostředky zahrnují kondiční cvičení, která mají za cíl konkrétní zlepšení, např. zlepšení síly, koordinace, kondice atd. Do specifických prostředků spadají celé uzavřené systémy, ve kterých se používají takzvané metody facilitační. Tyto metody vycházejí z facilitace, neboli z usnadnění pohybu, a z inhibice neboli útlumu svalů. Do těchto systémů patří několik metod, jako jsou například Bobath koncept, u kterého je cílem zlepšení stabilizace těla během náprahu a zlepšení selektivních pohybů a Vojtova metoda reflexní lokomoce, u které je základem reflexní otáčení a plazení, díky kterému je tato metoda velmi efektivní. Využívaná je také metoda sestry Kenny při léčbě periferních paréz, kdy se podle stupně postižení aktivují jednotlivé svaly. K dalším patří metoda dle Mojžíšové, metoda MC Kenzie, což je biomechanický přístup využívaný k léčbě bederních diskopatií, synergetická reflexní terapie, která je nejčastější léčbou a prevencí následků dětské mozkové obrny, metoda

dle Schrothové, což je metoda zabývající se léčbou skoliózy, metoda Feldenkreisova, pomocí které se aktivují procesy nervového systému ke změně a zlepšení jejich fungování a poslední je metoda dle Brüggera, která klade veliký důraz na aktivní odpočinek (Votava, 2005).

3.5 Ergoterapie

„Ergoterapie je chápána jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace.“ (Jankovský, 2006, s. 22)

„Cílem ergoterapie je zachovat nebo navrátit schopnosti, které jsou pro člověka důležité. K navrácení těchto schopností užívá ergoterapie smysluplné činnosti a zaměstnávání člověka (Česká asociace terapeutů, 2008). Ergoterapeut v rámci terapie individuálně vybírá smysluplnou činnost pro pacienta nebo klienta tak, aby dokázal provádět běžné denní, pracovní, zájmové a volnočasové aktivity, které jsou pro něj důležité.“ (Svěčená, Švestková in Pfeiffer, 2014, s. 121)

Ergoterapie, která má pomoci osobě se zdravotním postižením v denním životě a při povolání, musí rozvíjet hrubou a jemnou motoriku, koordinaci, vnímání, senzomotoriku, schopnost zvládat zátěž a citlivost (Kubínková, Křížová, 1997).

Do rehabilitačního týmu patří jistě i ergoterapeut. Cílem ergoterapie je učinit klienty samostatnými a nezávislými ve všech oblastech života, ať už se jedná o práci, péči o domácnost či o sociální aspekty. Tohoto stavu lze dosáhnout správnými, cílenými a smysluplnými aktivitami. Tento obor má tři prostředky. Jedná se o prostředky diagnostické, preventivní a terapeutické. Ergoterapie se dělí na ergoterapii zaměřenou na trénink všedních denních činností, na ergoterapii cílenou na postiženou oblast, která může pomoci zvětšit sílu, koordinaci a rozsah pohybu, dále na kondiční ergoterapii, která se zaměřuje na motivaci pacienta a odpoutání pozornosti od nemoci, a na ergoterapii zaměřenou na pracovní trénink, který pomáhá zlepšit některé z dovedností důležitých pro budoucí povolání (Votava, 2005). Ergoterapie by měla být zaměřena na činnosti, které jsou zábavné a jsou uspořádané takovým způsobem, aby pozitivně působily na obtíže osoby s postižením (Pfeiffer, 1982).

3.6 Psycholog a neuropsycholog

Psycholog se na pracovišti léčebné rehabilitace zabývá několika činnostmi. Jedná se o psychodiagnostiku, kognitivní rehabilitaci, psychologické poradenství, psychoterapii a o posuzování psychické způsobilosti. Psychodiagnostika je v tomto oboru naprosto nenahraditelná. Pomáhá zjistit kognitivní, neboli poznávací, osobnostní, motorické a fatické změny u jednotlivých pacientů. Metody využívané psychologem při diagnostice jsou kvalitativní nebo psychometrické (testové). Psychologem je testována pozornost, paměť, ale i osobnost. Psychoterapie pomáhá řešit a zvládat různé životní problémy a to právě za pomoci psychologie. Dalším neméně důležitým úkolem psychologa v rehabilitačním týmu je posuzování psychické způsobilosti. Díky posudku jsou poté klienti způsobilí například řídit motorové vozidlo nebo se navrátit do zaměstnání, ve kterém působili před úrazem či nemocí (Votava, 2005).

3.7 Logoped

Důležitým členem rehabilitačního týmu je klinický logoped zabývající se komunikační terapií, která je zaměřena na zlepšení mezilidské komunikace a na obnovení dovedností komunikace u klientů, u kterých kvůli nemoci či úrazu byla tato schopnost narušena nebo pokud tato schopnost zcela vymizela. Mezilidská komunikace se dělí na verbální a neverbální. Verbální komunikace je sdělena buďto klasickou orální řečí anebo ji můžeme zaznamenat v psané formě. Komunikace neverbální obsahuje prozódické prvky řeči, ve kterých můžeme sledovat například tempo řeči, rytmus, afektovanost atd. Dále obsahuje parakomunikační prostředky, do kterých je zahrnována mimika, gesta anebo haptika (Votava, 2005). Logopedie rozvíjí řeč a tím se podílí na udržování sociálních vztahů, které jsou pro osoby se zdravotním postižením důležité (Feit, 2007).

3.8 Diagnostické prostředky

Diagnostické metody jsou také využívány v léčebných prostředcích ucelené rehabilitace. Do diagnostických metod můžeme zařadit vyšetřování a testování. Cílem testování a vyšetření je stanovit míru funkční poruchy a porovnání pokroku při léčbě (Votava, 2005).

3.9 Léčebné instituce

Léčebná rehabilitace probíhá v různých institucích. Jedná se například o rehabilitační kliniky, které mají vlastní program pro pacienta a fungují při fakultních nemocnicích. V rehabilitačních ústavech probíhá dlouhodobá rehabilitace osob se zdravotním postižením. Rehabilitace dále může probíhat i v lázeňských léčebnách anebo v rehabilitačních centrech. Velikou výhodou rehabilitačních center je to, že navazují na všechny ostatní složky ucelené rehabilitace. Denní rehabilitační stacionář se zabývá každodenní a celodenní rehabilitací, a to jak na ambulantním oddělení, tak i na oddělení lůžkovém. Velmi rozšířená je i léčebná rehabilitace v nezdravotnických zařízeních, která zaměstnávají kompletní rehabilitační tým (Votava, 200).

4 Sociální prostředky rehabilitace

„Sociální rehabilitace je jednou ze složek ucelené rehabilitace. Sociální rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích, např. zabezpečením ekonomických a dalších hmotných podmínek pro samostatný život, poskytováním asistenčních služeb v domácnosti a pomoci s výchovou dětí, zajištěním úprav bytu nebo automobilu, výcvikem pro pohyb v přirozeném prostředí.“ (Francová in Pfeiffer, 2014. str. 149)

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je sociální rehabilitace definována jako: *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“*

Sociální rehabilitace se zabývá udržením nebo navrácením sociálních dovedností a jejich rozvojem by měla umožnit takovou kvalitu života, jakou mají osoby bez zdravotního postižení. Sociální rehabilitace vede klienty k tomu, aby se se svým postižením, pokud je zejména trvalé, naučili žít a aby své postižení přijali. V procesu sociální rehabilitace je velmi důležité, aby proběhla spolupráce mezi osobou s postižením a jejím sociálním prostředím (J. Jesenský, 1995).

4.1 Cíle sociální rehabilitace

Aby byl naplněn cíl sociální rehabilitace, musí dojít k celkové integraci osoby s postižením do společnosti. Jedinec se zdravotním postižením musí být brán jako osobnost a součást společnosti. Člověk s postižením by měl být samostatný a měl by dokázat řešit každodenní životní problémy (J. Jesenský, 1995). Pro člověka s postižením je velmi důležité, jaké sociální postavení zaujímá a jak jej společnost přijímá, jelikož i osoby se zdravotním postižením chtějí být součástí společnosti a jako každý z nás touží po kontaktu s lidmi. Cílem a hlavním úkolem sociální rehabilitace je

správná integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Velmi důležité je uvědomění si postižení a jeho přijetí osobou se zdravotním postižením. Přijetí postižení není lehký úkol, a proto je velmi důležité, aby i do sociální sféry rehabilitace zasahovaly i ostatní prostředky ucelené rehabilitace, a to prostředky léčebné, pedagogické i pracovní. I přesto, že musí být všechny prostředky ucelené rehabilitace propojené, se sociální rehabilitace od ostatních prostředků liší. Právě kvůli správné socializaci, integraci a přijetí postižení se stává sociální rehabilitace celoživotním procesem, jelikož celý svůj život je člověk seznamován s novými lidmi a po celý svůj život se každý člověk zařazuje do různých sociálních rolí (J. Jankovský, 2006).

Jedním z cílů sociální rehabilitace je bydlení v samostatných bytech. Jedná se především o bezbariérové byty. Osoby s mentálním postižením potřebují určitý klid a soukromí, které jim speciální byty mohou poskytnout. Důležitým cílem sociální rehabilitace je i rozvoj určité zájmové činnosti. Zájmové činnosti poskytují stacionáře, různé neziskové organizace anebo občanská sdružení. Lidem se zdravotním postižením jsou nabízeny aktivity, kterým se tyto osoby mohou věnovat po celý svůj život. Velmi oblíbenými aktivitami jsou například návštěvy divadla, výtvarné činnosti či hudba (Votava, 2005).

Pro osoby se zdravotním postižením je jistě důležitá možnost sdružování se a sdílení. Tyto osoby mohou najít mnoho společného, mohou si navzájem svěřovat své problémy a navazovat sociální kontakty. Osoby s tělesným i mentálním postižením mají ve většině případů problémy se získáváním společenských kontaktů. Proto cílem sociální rehabilitace je dosáhnout kvalitního rozvoje osobnosti osoby se zdravotním postižením (Votava, 2005).

Sociální rehabilitace obnáší i materiální zabezpečení a legislativní ochranu osob se zdravotním postižením (Novosad, Novosadová, 2000).

4.2 Metody sociální rehabilitace

Do sociální rehabilitace patří sociální integrace, samostatnost a soběstačnost, osobní asistence, poradenství, vyrovnávání příležitostí a sociální služby. Do sociální integrace je zahrnuta také péče o rodinu osoby se zdravotním postižením, raná péče nebo intervence pro vytváření budoucí rodiny a navazování vztahů osob s postižením (Votava, 2005).

Osoby se zdravotním postižením jsou velmi často schopné se samostatně rozhodovat, jsou znalé svých práv a svobod a jsou schopny věnovat se různým aktivitám a koníčkům. Velmi důležité je poskytování poradenských služeb. Poradenství může nabídnout pomocnou ruku a informace jak osobám se zdravotním postižením, tak i rodinám těchto jedinců. To, jak bude osoba se zdravotním postižením samostatná či soběstačná, nebo jakým aktivitám se dokáže věnovat, závisí z velké části na závažnosti jejich postižení. Čím je stupeň postižení těžší, tím více je vhodné zapojit do života osoby s tímto postižením osobního asistenta, který je schopen mu život ulehčit a pomoci mu. O tom, jakou pomoc od osobního asistenta jedinec se zdravotním postižením potřebuje, rozhoduje on sám (Votava, 2005).

4.3 Techniky sociální rehabilitace

Do technik sociální rehabilitace je zařazována například technika mluveného slova. Technika mluveného slova zlepšuje mezilidskou komunikaci a pomáhá při vysvětlování a objasňování různých situací. Další technikou může být meditace neboli rozjímání. Tato metoda nejvíce napomáhá při uvědomění si postižení a při jeho přijetí a akceptaci. Techniky pohybového rozvoje a orientace jsou prospěšné v nácviu různých životních situací a v podporování různých návyků, které jsou pro osoby se zdravotním postižením velice důležité. Velmi účinnou technikou je i technika rehabilitačního působení umění. Osoba se zdravotním postižením se může díky umění uklidnit, uvolnit, sebevyjádřit a naučit se kreativě. Velmi nápomocná technika u osob s postižením je relaxace, která pomůže se zklidnit a blahodárně působí především na psychiku (J. Jesenský, 1995).

4.4 Sociální služby

V péči o osoby se zdravotním postižením jsou velmi důležité sociální služby, které mohou být prováděny buď ambulantně, nebo pobytově. Jedná se například o pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, chráněná bydlení, průvodcovské, předčitatelské a tlumočnické služby (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

4.4.1 Osobní asistence

Osobní asistence představuje komplex služeb, který pomáhá osobám se zdravotním postižením zabezpečit základní životní potřeby. Jedná se o pomoc při osobní hygieně,

stravování, pomoc při vzdělávání, při práci, při kontaktu se sociálním prostředím atd. (Uzlová, 2010).

„Podstatnou stránkou poskytování sociálních služeb je její kvalita. Je definována jako soubor standardů složených z měřitelných kritérií.“ (Uzlová, 2010, s. 24)

Osobní asistence může pomoci osobám se zdravotním postižením s některými činnostmi, které by tyto osoby bez pomoci nebyly schopny vykonávat (Novosad, 2000).

4.4.2 Pedagogická asistence

„Asistent pedagoga je pedagogický pracovník a zaměstnává ho škola. Pro rodiče začleněného žáka nepředstavuje skutečnost, že ve třídě, v níž se jejich dítě vzdělává, působí asistent pedagoga, žádnou finanční zátěž.“ (Uzlová, 2010, s. 27)

Pedagogická asistence se velmi liší od asistence osobní, jelikož pedagogický asistent je pedagogickým pomocníkem pro učitele a ne pouze pro osobu se zdravotním postižením. Pedagogický asistent pracuje jak se začleněným žákem, tak i s celou skupinou či třídou (Uzlová, 2010).

5 Pedagogické prostředky rehabilitace

„Pedagogické prostředky rehabilitace představují jednu ze čtyř hlavních složek uceleného systému rehabilitace, a přestože v této oblasti přetrvává stále určitá terminologická nejednotnost, způsobená zejména úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku, resp. na psychologii, nelze pedagogickým prostředkům rehabilitace upřít jejich široký záběr v daném problému.“ (Jankovský, 2006, s. 30)

Pedagogická rehabilitace je popisována jako systém, který je potřeba chápat jako pedagogický jev, jelikož se velmi prolíná s pedagogikou a speciální pedagogikou. I přesto, že výchova a vzdělání jsou celoživotním procesem, nejvýznamnější vliv mají v období dětství a dospívání (Jankovský, 2006). Při výchově a vzdělávání záleží, zda je postižení získané či vrozené. Ve výchově a vzdělávání se musí dělat rozdíly, pokud se jedná o dobu vzniku postižení. Pokud je postižení získané a člověk se s ním nenarodí, je prvotním cílem rehabilitace obnova normálního vývoje osobnosti. Jedná se tedy o návratný proces neboli reedukaci. Pokud se narodí dítě s postižením, výchova a vzdělávání probíhá trochu odlišně, jelikož dochází k abnormalitám osobnosti (Jesenský, 1995). Pedagogická rehabilitace umožňuje osobám se zdravotním postižením získat odpovídající vzdělávání (Votava, 2005).

„Učení je psychologickým procesem, ve kterém se stimulací z vnějšího prostředí a praktickou činností dítěte v kontaktu s jeho okolím navozují, tvoří a podporují změny a pokrok ve vývoji a chování dítěte.“ (Dolejší, 1983, s. 56)

5.1 Cíle pedagogické rehabilitace

Cílem pedagogické rehabilitace je dosáhnout u osob s postižením co nejkvalitnějšího vzdělávání a profesní kvalifikace. Musejí být ale brány ohledy na individuální potřeby osob se zdravotním postižením a na kontext společenské situace. Důležité je, aby se osoby s postižením byly schopné zařadit do společnosti, aby byly schopné se díky výchově a vzdělání účastnit běžných aktivit a aby mohly dosáhnout harmonického soužití se společností. I přesto, že výchova a vzdělávání mají

největší význam v dětství a v dospívání, je pedagogická rehabilitace velmi důležitá i v dospělosti, a to právě pro doplnění vzdělání nebo rekvalifikaci, kterou se zvyšuje možnost uplatnění se na trhu práce. Pedagogická rehabilitace je rehabilitací pedagogicko-výchovnou, jelikož vychází z toho, že dítě s postižením potřebuje kromě vzdělání i neformálně získávané osobní zkušenosti, které se pěstují právě již zmíněnou výchovou (Votava, 2005).

Ke správnému vzdělávání a výchově také patří mimoškolní aktivity v podobě různých kroužků, které se zaměřují na pozitivní a aktivní přístup k životu. Celkový vzdělávací program je závislý na tom, jaký stupeň postižení dítě či dospělý má. I pedagogická rehabilitace klade důraz na včasné zahájení rehabilitačního procesu (Votava, 2005). V oblasti pedagogické rehabilitace by měl být upřednostňován cíl optimálního rozvoje osobnosti. Naplněním tohoto cíle dochází u osob se zdravotním postižením k usnadnění uplatnění se na trhu práce a ke snadnějšímu navazování sociálních kontaktů (Jankovský, Švestková, Pfeiffer, 2005).

V oblasti pedagogických prostředků je velmi důležitá psychoterapie. Právě psychoterapie působí na integritu osobnosti, která je součástí optimálního rozvoje osobnosti osoby s postižením (Jankovský, 2006). Důležité je správné posouzení studijních předpokladů u žáka se zdravotním postižením. Studium a vzdělávání by se mělo pro žáky stát pozitivní činností, což dále podporuje sebevzdělávání. Každé učivo by mělo být individuálně přizpůsobeno určitému žákovi. Každý žák má různé schopnosti, které využívá například při čtení nebo psaní. Velmi vhodné je odstranění demotivujících faktorů, které mohou žáka od vyučování odradit, a tím nejsou naplněny cíle pedagogické rehabilitace. Profesionálové zabývající se pedagogickou rehabilitací by měli být znalí různých metod, přístupů a pomůcek, které mohou při vzdělávání žáků s postižením efektivně využívat. Zásadním prostředkem pro dosažení cíle pedagogické rehabilitace je zařazení specifických předmětů, které se zaměřují na individuální potřeby žáků. Jedná se například o logopedii, výuku Braillova písma či práce s informačními technologiemi (Votava, 2005).

Velká pozornost by měla být věnována oblasti rané péče a včasné intervence. Raná péče je ambulantní i terénní službou, která je poskytována dětem do věku 7 let. Jedná se o nejúčinnější prevenci vzniku postižení a také může pomoci při odstraňování následků již vzniklého postižení. Raná péče může napomoci k bezproblémovému začlenění dítěte

do společnosti. Důležitým členem interdisciplinárního týmu rané péče jsou i rodiče, kteří mohou pod kontrolou supervizora vykonávat s dítětem mnoho dalších terapeutických činností (Jankovský, Švestková, Pfeiffer, 2005).

Pedagogická rehabilitace může být realizována v rámci speciální školy, speciální třídy zřízené v běžných školách, ve školách praktických nebo integrací do běžné třídy základní školy (Votava, 2005).

5.2 Základní škola praktická a základní škola speciální

Do základní školy praktické bývají zařazeni žáci s lehkým mentálním postižením, kteří po absolvování této školy mají po formální stránce stejné vzdělání jako žáci docházející do běžné základní školy. Žák se středně těžkým, těžkým až hlubokým mentálním postižením dochází do základní školy speciální. Školní docházka v tomto případě trvá deset let a absolvent základní školy speciální nezískává základní vzdělání, nýbrž pouze základy vzdělání. Žák může být také vzděláván v rámci individuálního vzdělávání, které se vyznačuje tím, že je dítě vyučováno doma a do školy dochází pouze na přezkoušení. Tento systém může ale probíhat pouze na prvním stupni základní školy. Pokud zdravotní problémy dítěte zamezují navštěvování školy, pracovníci speciální školy či speciálně pedagogického centra docházejí do domova dítěte, kde mu zajišťují metodickou a pedagogickou pomoc. Tento způsob vzdělávání musí probíhat se souhlasem krajského úřadu (Metodický portál RVP.cz, 2015 online).

5.3 Specifické poruchy učení

U osob s lehkým mentálním postižením se velmi často vyskytují i specifické poruchy učení.

„Dnes již víme, že specifické poruchy učení jsou pravděpodobně způsobeny drobnými nedostatky v centrální nervové soustavě a souvisejí s jazykovými a řečovými dovednostmi.“ (Krejčová, Bodnárová a kol., 2014 s. 7)

„Specifické vývojové poruchy učení nepříznivě ovlivňují vzdělávací proces a osobnostní rozvoj jedince, negativně působí na rozvoj intelektových a kognitivních funkcí.“ (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012, s. 21)

Základními příčinami projevů specifických poruch učení bývají encefalopatické příčiny, kdy došlo k poškození mozku. Další příčinou jsou biologické faktory nebo hereditární příčiny, které se vyznačují tím, že stejnými symptomy trpí i některý z členů rodiny. Dalším aspektem vzniku specifických poruch učení může být i kombinovaná příčina, která je tvořena kombinací biologických, hereditárních nebo encefalopatických příčin. (Šauerová, Špačková, Nechlebová, 2012).

„Ačkoliv se poruchy učení vyskytují souběžně s jinými handicapujícími podmínkami (např. senzomotorická postižení, mentální retardace, poruchy chování) nebo vnějšími vlivy (např. kulturní odlišnosti, nedostatečné, popř. neúměrné vedení), nejsou poruchy učení přímým důsledkem těchto podmínek nebo vlivů.“ (Zelinková, 1994, s. 12)

Specifickou poruchou učení je dyslexie (Krejčířová, 2002). Velmi často se projevuje tím, že dítě číst umí a čte s přesností, ale plynulost jeho čtení není správná (Shaywitz, 2003). Do specifických poruch učení je dále řazena pseudodyslexie (nepravá dyslexie), dysortografie (specifická porucha pravopisu), dysgrafie (specifická porucha psaní), dyskalkulie (specifická porucha počítání), dyspinxie (specifická porucha kreslení) a dysmuzie (narušená schopnost vnímání a reprodukce hudebního rytmu) (Krejčířová, 2002).

6 Pracovní prostředky rehabilitace

„Ucelenou rehabilitaci lze chápat jako plynulé a koordinované úsilí o optimální (co nejúplnější) začlenění jedince se zdravotním postižením do aktivního života s očekávanou kvalitou při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, pedagogických a v neposlední řadě i pracovních. Směřuje-li toto úsilí k získání či obnovení a udržení pracovního potenciálu a k pracovní integraci jedince se zdravotním postižením, mluvíme o tzv. pracovní rehabilitaci, pracovní složce rehabilitace jako součástí komplexu ucelené (komprehenzivní) rehabilitace. Ta se netýká jen lidí, kteří původně žili a vyvíjeli se jako zdraví jedinci a jejichž pracovní možnosti a schopnosti se změnily v důsledku onemocnění či úrazu, ale také těch jedinců, kteří se s postižením již narodili nebo s ním žijí od raného dětského věku.“ (J. Šesták in Pfeiffer a kol. 2014, s. 158)

Pracovní rehabilitace je přípravou osob se zdravotním postižením na budoucí zaměstnání a pomocí lidem se zdravotním postižením uplatnit se na trhu práce. Aby se lidé se zdravotním postižením mohli uplatnit na trhu práce, je velmi důležité, aby došlo k procesu obnovení pracovního potenciálu. Práce je jedním ze základních potřeb člověka, a proto je velmi důležitá integrace osob se zdravotním postižením do pracovního procesu (Jankovský, 2006)

„Uplatnění osob s mentálním postižením na pracovním trhu ovlivňuje jejich životní situaci z několika hledisek. Nejde jen o ekonomickou situaci, sociální státu, ale také o vlastní seberealizaci. Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být saturována, jinak může vést k frustraci.“ (Pipeková, 2006, s. 103).

Se začleňováním osob se zdravotním postižením do pracovního procesu se na trhu práce vyskytují problémy, a proto jsou aplikovány způsoby, které tomuto začleňování napomáhají. Jedním ze způsobů je zvýhodňování zaměstnavatelů, kteří vytvářejí pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením, a to tím, že tito zaměstnavatelé mají úlevy na daních. Dalším způsobem je stanovení kvót. Pokud zaměstnavatel nevytvoří určitý počet pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, jsou státem finančně sankcionováni. Velmi často se ale stává, že zaměstnavatel raději platí pokuty, než aby místo pro osobu se zdravotním postižením vytvořil. Právě proto vznikají

tzv. chráněná pracovní místa či chráněné dílny, kde jsou zaměstnávány osoby se zdravotním postižením, a celý proces zaměstnání je zde přizpůsobován jejich možnostem (Jankovský, 2006). Chráněná pracoviště, do kterých patří i chráněné dílny, jsou vytvořeny především pro osoby s těžkým zdravotním postižením, které mají jen velmi malé šance uplatnění na trhu práce. Chráněné dílny fungují na základě pracovní smlouvy s osobou se zdravotním postižením, která dosáhla věku 18 let. Tato pracoviště musí být dotována například i z úřadů práce.

Pracovní činnost zaměstnanců se zdravotním postižením je individuálně stanovena dle zaměstnancových schopností a možností. Účelem pracovní rehabilitace je dát osobám se zdravotním postižením smysl života pomocí smysluplné činnosti. Pracovní rehabilitace navíc rozvíjí celou osobnost osoby se zdravotním postižením. Při pracovních činnostech, které v zaměstnání osoby se zdravotním postižením vykonávají, mohou velmi snadno navázat potřebné sociální kontakty a vazby (Švarcová, 2003).

Lidé se zdravotním postižením mají možnost pracovního uplatnění pomocí podporovaného zaměstnávání. Lidé na podporovaných místech jsou zaměstnáváni na běžných pracovištích. I přesto, že by osoby se zdravotním postižením pracovat chtěly, společnost není velmi často ochotna anebo schopna vytvořit pro ně správné pracovní podmínky (Jankovský, 2006).

Příprava na povolání probíhá již od dětství. Je velmi důležité určit schopnosti a vlastnosti osoby se zdravotním postižením a skloubit je s vhodností povolání (Vítková, 2004).

6.1 Odborníci v pracovní rehabilitaci

Na pracovní rehabilitaci se podílí mnoho odborníků. Jedni z těchto odborníků jsou zaměstnanci úřadu práce. Osobám se zdravotním postižením by pracovníci úřadu práce měli pomoci při hledání práce i přesto, že nejsou vždy schopni odhadnout, do jaké míry omezuje osoby se zdravotním postižením jejich disabilita úspěšnost hledání zaměstnání. Ne vždy se postižení stává překážkou při získání práce. Velmi často omezuje hledání

práce osobám se zdravotním postižením jejich nízké vzdělání nebo špatná motivace. Úřady práce poskytují příplatek zaměstnavatelům, kteří zaměstnávají více jak 50% zaměstnanců se zdravotním postižením. Dále úřad práce dohlíží na to, aby na místa vymezená pouze pro osoby se zdravotním postižením dosazovali zaměstnavatelé pouze tyto osoby. Úřady práce také poskytují informace a služby, které souvisejí s volbou povolání, a osobám se zdravotním postižením poskytují přípravu na pracovní uplatnění. Od zaměstnavatelů vybírají úřady práce seznamy volných pracovních míst, která jsou určena právě pro osoby se zdravotním postižením, a starají se i o pracovní rehabilitaci. Úřady práce nejen evidují uchazeče o zaměstnání, kteří mají zdravotní postižení, ale také dohlíží na výcviková střediska pro tyto uchazeče (Pipeková, 2006).

Dalším subjektem pracovní rehabilitace je zaměstnavatel osob se zdravotním postižením. Velmi často ale zaměstnavatelé těchto osob nemají dostatečnou kvalifikaci a znalosti ohledně pracovní rehabilitace. Zaměstnavatel, který zaměstnává osoby se zdravotním postižením, jim pomáhá uplatnit se na trhu práce a upravuje pro tyto osoby pracovní místa dle typu jejich postižení (Votava, 2005). Velmi důležitým členem pracovního rehabilitačního týmu je zajisté i ergonom, který zajišťuje přizpůsobení prostředí a pracovních nástrojů v oblasti práce osobám se zdravotním postižením. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením je velmi důležité jak z ekonomického hlediska, tak i z hlediska sociálního statutu, především z hlediska seberealizace. Práce má pro člověka řadu důležitých významů, a pokud potřeba práce není naplněna, může u osob s mentálním či tělesným postižením docházet až k frustraci. Práce činí lidi ekonomicky nezávislými, pomáhá jim k seberealizaci, osobám s postižením zlepšuje jejich postavení ve společnosti, pomáhá jim v procesu socializace a rozvíjí jejich sociální kontakty. Pracující člověk má vyšší předpoklad samostatnosti a není natolik závislý na pomoci druhých (Pipeková, 2006).

7 Domov Libníč a CSS Empatie

Domov Libníč a CSS Empatie je příspěvkovou organizací Jihočeského kraje, která poskytuje osobám se zdravotním postižením, zejména osobám s mentálním postižením, speciální služby. Pod toto zařízení spadají tři pracoviště. Jedná se o Domov Libníč, který je zaměřen na klienty s chronickým duševním onemocněním a centrum jim zde poskytuje Domov se zvláštním režimem. Dalším pracovištěm je Centrum sociálních služeb Empatie, které poskytuje péči a sociální služby osobám s mentálním postižením. Třetím je pracoviště Mrhal, které je využíváno jako pobytové, aktivizační a rekondiční středisko (Domov Libníč a CSS Empatie, *O nás*, 2015, online).

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie je zařízením, které pečuje o děti, mládež i dospělé s mentálním postižením. Nabízí sociální služby občanům s mentálním postižením, psychotikům, ale i starým klientům, kteří nejsou schopni se postarat sami o sebe, a péče nemůže být zajištěna ani jejich rodinnými příslušníky. Centrum nabízí celoroční pobyt v Domově se zvláštním režimem, dále zajišťuje provoz sociálně terapeutických dílen a využívání týdenního nebo denního stacionáře.

Domov Libníč

Domov Libníč může přijmout kapacitně až 110 klientů. Průměrný věk uživatelů těchto služeb se pohybuje okolo 60 let. V Domově Libníč je zaměstnáno 84 zaměstnanců, včetně zdravotnického personálu, sociálních pracovníků, terapeutů, administrativního personálu, fyzioterapeutů a technického personálu. Uživatelé zde mají k dispozici praktického lékaře a psychiatra (Domov Libníč a CSS Empatie, *O nás*, 2015, online).

CSS Empatie

V současné době má toto pracoviště, které se nachází v českobudějovické čtvrti Kněžské Dvory, kapacitu 24 lůžek v týdenním stacionáři, 24 lůžek v chráněném bydlení a v denním stacionáři zajišťuje 28 lůžek. Na tomto pracovišti Centra sociálních služeb Empatie probíhá ambulantní služba, pobytová služba a chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením (Domov Libnič a CSS Empatie, *O nás*, 2015, online).

Centrum Empatie se zaměřuje především na uživatelův rozvoj a jeho podporu, přičemž klade veliký důraz na jeho fyzickou a psychickou soběstačnost. Jedním z cílů Empatie je co největší zapojení uživatele do běžného života a do sociálních kontaktů. Pracovníci centra Empatie dohlížejí na to, aby uživatelé neztratili vazbu s rodinou a blízkými osobami. K uživatelům sociálních služeb se přistupuje vždy individuálně. Nejčastějšími uživateli sociálních služeb v CSS Empatie jsou klienti z Jihočeského kraje (Domov Libnič a CSS Empatie, *O nás*, 2015, online).

Pracoviště Mrhal

Pracoviště, které se nachází nedaleko rekreačního rybníka Mrhal u obce Hlincova Hora, funguje jako pobytové, aktivizační a rekondiční středisko. Toto pracoviště je nově vybudováno a je v provozu od roku 2005. Jedná se o komplex tří budov pro 35 klientů (Domov Libnič a CSS Empatie, *O nás*, 2015, online).

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou zaměřeny na osoby se zdravotním, tělesným, mentálním či jiným postižením, na osoby s chronickým duševním onemocněním a na seniory. Klienti jsou vedeni k získání, udržení a zlepšování pracovních dovedností a návyků a odborná podpora slouží k rozvoji jejich samostatnosti a k sociálnímu

začlenění. Sociálně terapeutické dílny jsou určeny pro klienty od 18 do 80 let (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Sociálně terapeutické dílny*, 2015, online).

Všechny sociální služby jsou provozovány v rámci individuálního plánu každého klienta. V dílnách mají uživatelé sociálních služeb možnost zdokonalit hrubou i jemnou motoriku, navázat kontakt s dalšími uživateli i veřejností, což vede ke zlepšení jejich sociálního citění. Dílny jsou plně vybavené a upravené dle požadovaných hygienických norem. Služby sociálních dílen jsou zdarma a uživatelé platí pouze stravu či dopravu. Svým klientům Domov Libnič a CSS Empatie dále nabízí bezplatné sociální poradenství (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Sociálně terapeutické dílny*, 2015, online).

Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem poskytuje pro uživatele až 113 lůžek. Služba je zaměřena především na osoby s chronickým duševním onemocněním, zejména na schizofrenii. Cílem Domova je posilovat soběstačnost uživatelů a zlepšovat jejich sociální návyky a dovednosti. Domov se zvláštním režimem podporuje klienty ve vlastním rozhodování a prosazování. Pracovníci domova se zvláštním režimem pomáhají klientům obhajovat vlastní práva, vyrovnávat se s onemocněním a zároveň jim pomáhají s udržováním osobní hygieny a při péči o vlastní osobu (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Domov se zvláštním režimem*, 2015, online).

Péče poskytovaná Domovem Libnič a CSS Empatie

Lékařskou péči v Domově Libnič a CSS Empatie zajišťuje praktický lékař a psychiatr v součinnosti se zdravotně ošetrovatelskou péčí zdravotních sester s registrací a zdravotních asistentek.

Pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry a zdravotní asistentky vykonávají přímou obslužnou činnost. Dalšími členy zdravotnického personálu jsou fyzioterapeuti,

kteří poskytují ošetrovatelskou rehabilitační péči, a interní psycholog (Domov Libnič a CSS Empatie, 2015, online).

Terapeutické a aktivizační činnosti v Domově Libnič a CSS Empatie

Terapeutické a aktivizační činnosti probíhají v terapeutických dílnách, které vedou kvalifikovaní pracovníci. Uživatelé mohou využívat zahradu, park, tělocvičnu a hřiště, společenskou místnost, internet a volně dostupný telefon. V dopoledních a odpoledních hodinách je v provozu ateliér ručních prací, ateliér suchých vazeb, výtvarný ateliér, ateliér pedigu a truhlářské a keramické dílny (Domov Libnič a CSS Empatie, *Terapeutické a aktivizační činnosti*, 2015, online).

Cílem aktivizačních činností je nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností uživatelů sociálních služeb a navíc i zlepšování a udržování jejich smyslového aparátu. Klienti procvičují paměť, jemnou a hrubou motoriku. Činnosti, které klienti vykonávají, navíc mohou pozitivně ovlivňovat jejich zdravotní stav (Domov Libnič a CSS Empatie, *Terapeutické a aktivizační činnosti*, 2015, online).

Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je určen až pro 24 klientů s mentálním nebo kombinovaným postižením anebo uživatelům se smyslovým či tělesným postižením. Tato služba pomáhá rodinám s péčí o osoby s postižením a funguje od pondělí do pátku s tím, že uživatelé jsou na víkendy a státní svátky ve svém domově (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Týdenní stacionář*, 2015, online).

Primárním cílem týdenního stacionáře je naučit klienta sebeobsluze a hygieně. Dalším cílem je naučit klienta projevovat svobodnou vůli a rozhodnutí, přijímat zodpovědnost, naučit klienta bezpečnosti a podpořit schopnost učit se novým věcem a přijímat nové informace (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Týdenní stacionář*, 2015, online).

Týdenní stacionář poskytuje uživatelům sociálních služeb ubytování, stravu, pomoc při péči o vlastní osobu, výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti, kontakt se společností, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv a svobod (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Týdenní stacionář*, 2015, online).

Chráněné bydlení

Služba chráněného bydlení je poskytována osobám s mentálním či kombinovaným postižením a to formou aktivní podpory při osamostatňování se a začleňování do společnosti. Uživatelem chráněného bydlení mohou být muži i ženy ve věku od 18 do 50 let, u kterých je předpoklad, že jsou schopni pečovat o svou osobu a jsou soběstační. Chráněné bydlení poskytuje uživatelům ubytování, zajišťuje jim stravu, podporu při chodu domácnosti, podporu při kontaktu s okolím, vzdělávací, aktivizační a výchovné činnosti a sociálně terapeutické činnosti (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Chráněné bydlení*, 2015, online).

Denní stacionář

Denní stacionář mohou využívat osoby s mentálním či kombinovaným postižením a to denně od 6:00 do 17:00 hod. Uživatelům je zde nabízena pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu a při zvládnutí každodenních úkonů. Pracovníci denního stacionáře zajišťují pomoc při oblékání a svlékání, pomoc při přesunu na lůžko a z lůžka, pomoc při orientaci v prostoru, pomoc při jídle, osobní hygieně a v poskytování stravy. Dále provádějí výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti, zprostředkovávají kontakty s okolím, vykonávají sociálně terapeutickou činnost a pomoc při uplatňování práv a zájmů klientů (Domov Libnič a CSS Empatie, *Naše služby: Denní stacionář*, 2015, online).

8 Centrum ARPIDA

ARPIDA slouží osobám se zdravotním postižením jako centrum pro jejich rehabilitaci. Každé písmeno z názvu ARPIDA má nějaký určitý význam. Písmeno A znamená akci, R rehabilitaci, P pomoc, I integraci, D dobrovolnost a písmeno A na konci slova znamená agape, neboli křesťanské pojetí lásky (ARPIDA, *O nás*, 2015, online).

V součinnosti střediska sociálních služeb, nestátního zdravotnického zařízení a škol a školských zařízení slouží centrum ARPIDA jako centrum poskytující komplexní koordinovanou péči v duchu uceleného systému rehabilitace (ARPIDA, *O nás*, 2015, online).

Centrum ARPIDA funguje na principu nestátní neziskové organizace, která poskytuje péči osobám s tělesným a kombinovaným postižením. Péče centra ARPIDA se zaměřuje na koordinovanou péči v oblasti zdravotní, sociální a výchovně vzdělávací. ARPIDA se zabývá odbornými činnostmi, jako jsou například činnosti detekční, terapeutické, rehabilitační, diagnostické, respitní, zájmové, poradenské, výchovně vzdělávací, metodické, preventivní a posudkové. Veškerá činnost a péče, kterou centrum ARPIDA poskytuje, se zakládá na principech křesťanské etiky, která respektuje vzájemnou úctu, solidaritu a porozumění (ARPIDA, *O nás*, 2015, online).

Sociální služby

Sociální služby v centru ARPIDA jsou poskytovány v denním stacionáři pro osoby s tělesným a hlubokým mentálním postižením a v denním stacionáři pro osoby s tělesným a mentálním postižením. Klienti využívají také sociální služby při osobní asistenci, při rané péči, v rámci sociálně terapeutických dílen a v sociální rehabilitaci (ARPIDA, *Sociální služby*, 2015, online).

Osobní asistence

Osobní asistence je určena klientům navštěvující školy a školská zařízení při centru ARPIDA, kterým je poskytována komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace. Osobní asistence napomáhá klientům plnit povinnou školní docházku a účastnit se plnohodnotně vzdělávání i jiných přidružených aktivit (ARPIDA, *Sociální služby – osobní asistence*, 2015, online).

Denní stacionář pro osoby s tělesným a hlubokým mentálním postižením

Denní stacionář je určen klientům s těžkým tělesným a kombinovaným postižením a hlubokým mentálním postižením od 3 do 26 let. V rámci denního stacionáře nabízí ARPIDA různé podpůrné aktivity, jako jsou bazální stimulace, nácvik poznávání prostředí, nácvik sebeobsluhy anebo také relaxační techniky. Uživatelé využívají také denní fyzioterapii, ergoterapii, logopedii, vodoléčbu, termoterapii, magnetoterapii, elektroléčbu, tyflopedit, muzikoterapii, hipoterapii a canisterapii (ARPIDA, *Sociální služby – Denní stacionář pro osoby s tělesným a hlubokým mentálním postižením*, 2015, online).

Denní stacionář pro osoby s tělesným a mentálním postižením

Tato služba je poskytována klientům od 15 do 40 let. Napomáhá uživatelům prožívat plnohodnotný život a udržovat uživatelské sociální kontakty. Služba respektuje individualitu klientů a napomáhá jim rozvíjet jejich soběstačnost a péči o vlastní osobu. Služba podporuje klientovy zájmy a činnosti (ARPIDA, *Sociální služby – Denní stacionář pro osoby s tělesným a mentálním postižením*, 2015, online).

Raná péče

Raná péče při centru ARPIDA nabízí vyšetření lékařem specialistou, zařazení do programu intenzivní rehabilitace, speciálně pedagogické a psychologické poradenství a intervenci, sociální péči a sociálně právní poradenství. Dále zajišťuje předškolní vzdělávání v centru ARPIDA, zařazení do speciálních škol při centru, intenzivní rehabilitační program pro rodiče s dětmi a ambulantní nebo terénní formu služeb rané péče (ARPIDA, *Sociální služby – osobní raná péče*, 2015, online).

Služba rané péče je poskytována dětem s tělesným a kombinovaným postižením od narození do 7 let. Cílem rané péče je včasná pomoc dětem s postižením. Péče je bezplatná a zahrnuje komplexní péči v duchu uceleného systému rehabilitace (ARPIDA, *Sociální služby – osobní raná péče*, 2015, online).

Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou určeny pro osoby s tělesným, lehkým až středně těžkým mentálním postižením anebo s postižením kombinovaným a to ve věku od 18 do 64 let. Tyto sociální služby nejčastěji využívají absolventi praktické školy dvouleté nebo absolventi základní školy praktické při centru ARPIDA. Jedná se o pravidelnou podporu klientům, která napomáhá zdokonalovat jejich pracovní návyky a dovednosti s ohledem na klientovy individuální schopnosti a přání. V rámci sociálně terapeutických dílen je uživatelům nabízen nácvik zahradnických prací, pomocných prací v areálu hipoterapie, pomocných prací při úpravě a udržování vnitřních i vnějších prostor areálu centra ARPIDA a sociálně terapeutických dílen, nácvik pomocných prací v prádelně, nácvik při zajištění zdravotnických terapií, při drobných kompletačních a rukodělných činnostech a provádění pracovních činností v prostředí běžných firem (ARPIDA, *Sociální služby/sociálně terapeutické dílny*, 2015, online).

Sociální rehabilitace

Pomocí této služby je uživatel připravován na samostatný způsob života za pomoci sociálního pracovníka. Uživatel systematicky nacvičuje dovednosti nutné pro zvládnutí péče o svou vlastní osobu a o domácnost a nacvičuje si i samostatný pohyb. Služba je poskytována osobám s tělesným, lehkým a středním mentálním postižením anebo kombinovaným postižením od 18 do 40 let (ARPIDA, *Sociální služby/sociální rehabilitace*, 2015, online).

Školy

Centrum ARPIDA poskytuje klientům předškolní a střední vzdělávání a provozuje i speciálně-pedagogické centrum. Mateřská, základní a praktická škola při centru ARPIDA zajišťuje vzdělávání žákům s tělesným a kombinovaným postižením. Jedná se o sdružení mateřské školy, základní školy, základní školy praktické, základní školy speciální, rehabilitačního vzdělávacího programu, přípravného stupně základní školy speciální, dvouleté školy praktické, školní družiny, speciálně pedagogického centra, stanici zájmových činností a školní jídelny (ARPIDA, *Školy*, 2015, online).

Zdravotnictví

Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA zajišťuje léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace. Patří k nim individuální léčebný tělocvik, skupinový léčebný tělocvik, ergoterapie, animoterapie, vodoléčba, elektroléčba, termoterapie, magnetoterapie, akupresura, klinická logopedie a psychologická péče. Nestátní zdravotnické zařízení při centru ARPIDA zaměstnává dětského neurologa, rehabilitačního lékaře, pediatra, ortopeda, klinické logopedy, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, zdravotní sestru a hipologa (ARPIDA, *Zdravotnictví*, 2015, online).

Hojně využívanou metodou je Vojtova metoda, terapeutický koncept bazálního podprogramu podle Čáповé, Bobath koncept pro děti, individuální terapie, skupinová

terapie, kineziologické tapování, reflexologie plosky nohy, Bowenova tlaková masáž, synergetická reflexní terapie, lymfotaping, cvičení dle Schrotové a mnoho dalších (ARPIDA, *Zdravotnictví*, 2015, online).

9 Centrum Bazalka, o.p.s.

Centrum Bazalka, o.p.s. poskytuje komplexní péči dětem s těžkým zdravotním postižením. Klientům je nabízen denní a týdenní stacionář, základní škola speciální, mateřská škola speciální a nestátní zdravotnické zařízení v oboru fyzioterapie. Centrum Bazalka, o.p.s. je nestátní neziskovou organizací, která nabízí své služby až pro 40 klientů od 1 roku do 26 let. Jedná se o klienty s těžkým kombinovaným postižením, ať už mentálním, smyslovým či tělesným a o klienty s poruchami autistického spektra s přidruženým mentálním postižením. Název Bazalka, o.p.s. vznikl odkazem na ošetřovatelský koncept bazální stimulace, na kterou klade centrum Bazalka, o.p.s. obrovský důraz (Bazalka, *O nás*, 2015, online).

Bazální stimulace

Bazální simulace je stimulačním konceptem, který vychází z poznatků pedagogiky, anatomie, fyziologie, neurologie, ošetřovatelství a vývojové psychologie. Cílem bazální stimulace je zprostředkování vjemů ze svého těla. Stimulací organismu umožňuje klientovi vnímat okolí a navazovat komunikaci. Bazální stimulace pomáhá při péči o děti, které byly předčasně narozené, o děti a dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, o lidi s různými akutními a chronickými nemocemi a po úrazech mozku. Do konceptu bazální stimulace spadá několik metod. Patří sem například polohování, do kterého patří poloha hnízdo. Jedná se o polohu klienta, která mu pomůže si odpočinout a navozuje mu příjemné pocity. Tato poloha zajišťuje klientovi pocit jistoty a bezpečí a navíc může vnímat hranice svého těla. Další polohou je mumie. V poloze mumie má klient možnost pocítit vlastní hranice těla a získávat vjemy ze svého vlastního těla. Klient je obkládán srolovanými ručníky a dekami a nakonec se do deky i zavine. Modulace tělesných hranic umožňuje pomocí obložení dekami těsně okolo hranic těla si uvědomit, kde jeho tělo začíná a kde končí. K vytvoření jistoty, blízkosti a k empatii vedou masáže stimulující dýchání. Masáže probíhají v pravidelném rytmu a s dostatečným tlakem rukou na záda nebo na ventrální

část hrudníku. Dochází tím k ustálení rytmu dýchání u klienta i u zaměstnance a k jejich vzájemné komunikaci. Pomocí vibračních stimulací receptorů pro vnímání vibrací uložených v kůži se dítěti zintenzivňují jeho tělesné vjemy. Další stimulací, kterou centrum Bazalka, o.p.s. provádí, je vestibulární stimulace. Tato metoda se zaměřuje na polohy a pohyby těla, které dítěti přinesou podněty, které může zpracovat. Jedná se například o houpací pohyby v dece či otáčivé pohyby hlavy. Somatická stimulace se zakládá na přenosu informací z nervového pletení, které se nachází u kořene každého vlasu a chlupu, do mozku. Zklidňující stimulace se provádí ve směru růstu chloupků a při povzbuzující stimulaci se stimulace provádí proti růstu chloupků (Bazalka, *Bazální stimulace*, 2015, online).

Denní stacionář

Denní stacionář mohou využívat klienti od 1 roku do 26 let. Denní stacionář je v provozu v pracovní dny od 6:00 do 21:00 hodin, kdy do 15:00 je stacionář určen pro 24 klientů a od 15:00 do 21:00 je určen pouze pro 4 klienty. Klienty jsou osoby se středně těžkým, těžkým kombinovaným postižením, se středně těžkým až hlubokým mentálním postižením a klienti s autismem a přidruženým mentálním postižením (Bazalka, *Denní stacionář*, 2015, online).

Klientům je v rámci denního stacionáře nabízena pomoc při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Bazalka, *Denní stacionář*, 2015, online).

Týdenní stacionář

Služba týdenního stacionáře je určena pro uživatele se středně těžkým a těžkým kombinovaným postižením, pro uživatele se středně těžkým až hlubokým mentálním postižením a uživatele s autismem s přidruženým mentálním postižením. Týdenní stacionář může využívat až 8 klientů od pondělí do pátku, a to se všemi sociálními službami (Bazalka, *Týdenní stacionář*, 2015, online).

Základní škola speciální

Kapacita základní školy speciální tvoří až 36 žáků. V jedné třídě je umístěno maximálně 6 dětí a probíhá s nimi skupinová nebo individuální práce. Vyučování probíhá pomocí rituálů, které jsou pravidelně každý den dodržovány. (Bazalka, *Základní škola speciální*, 2015, online).

Mateřská škola speciální

Mateřskou školu speciální může využívat až 12 dětí. Každé dítě má vypracovaný svůj vlastní individuální vzdělávací plán (Bazalka, *Mateřská škola speciální*, 2015, online).

Rehabilitace

V centru Bazalka, o.p.s. se využívají různé techniky rehabilitace, jako jsou například měkké a mobilizační techniky, různé masáže, míčkování, polohování, zdravotní cvičení, cvičení na míčích anebo cvičení na rotopedech (Bazalka, *Rehabilitace*, 2015, online).

10 Cíle a metodika výzkumu

10.1 Cíle

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jaké prostředky ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením se využívají v jihočeských zařízeních, a to v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libníč a CSS Empatie.

Dílčím cílem bakalářské práce bylo popsat, zda se všechny prostředky ucelené rehabilitace (léčebné, pedagogické, pracovní a sociální) u osob s mentálním postižením využívají ve stejné míře.

10.2 Výzkumné otázky

1. Jaké prostředky ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením se využívají v jihočeských rehabilitačních zařízeních?
2. Využívají se všechny prostředky ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením ve stejné míře?

10.3 Metodika

10.3.1 Zvolené metody

Cílem práce bylo představit prostředky ucelené rehabilitace využívané při rehabilitaci osob s mentálním postižením a zjistit, jaké prostředky ucelené rehabilitace jsou využívány v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libníč a CSS Empatie.

Výzkum byl prováděn pomocí kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum ihned na začátku určí výzkumné otázky i výzkumné téma. Otázky jsou v průběhu výzkumu

měnitelné. Základem tohoto výzkumu je analýza a vyhledávání potřebných informací (Hendl, 2005).

V bakalářské práci byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru se 6 respondenty všech tří zařízení, z každého zařízení odpovídali dva respondenti. Otázky polostrukturovaných rozhovorů byly předem připraveny a byly kladeny v pořadí, které vyžadovala konkrétní komunikační situace. Kvalitativní výzkum probíhal prostřednictvím přímého kontaktu s jednotlivými respondenty přímo na jejich pracovištích. Respondenti souhlasili s využitím výsledků rozhovoru pro výzkumné účely této bakalářské práce.

10.3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán cíleně. Jednalo se o 6 zaměstnanců jihočeských rehabilitačních zařízení, konkrétně o 2 zaměstnance z centra ARPIDA, 2 zaměstnance centra Bazalka, o.p.s. a 2 zaměstnance Domova Libnič a CSS Empatie, kteří pracují s osobami s mentálním postižením a využívají na svém pracovišti metody ucelené rehabilitace. S tématem bakalářské práce a jejím cílem byli všichni dotazovaní seznámeni.

10.3.3 Průběh výzkumu

Dotazování respondentů ze všech tří center probíhalo v období od března 2015 do poloviny dubna 2015. V pěti případech probíhaly rozhovory v místě pracoviště zaměstnanců, konkrétně v jejich kancelářích, jeden rozhovor probíhal v prostorách Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Před začátkem rozhovoru byl každý zaměstnanec informován, že bude celý rozhovor nahráván na diktafon. S nahráváním souhlasili tři respondenti, další tři rozhovory byly zaznamenány pouze písemně. Všichni dotazovaní byli seznámeni s tématem bakalářské práce, s cílem i postupem zpracování.

Každý z rozhovorů netrval méně než 15 minut a více než 35 minut. Kladené otázky byly u všech respondentů stejné a neměnné, některé otázky byly pouze více specifikovány. Pořadí pokládaných otázek nebylo u všech respondentů stejné, bylo přizpůsobené vzniklé komunikační situaci, aby striktně dané pořadí otázek nenarušovalo kontinuitu rozhovoru.

11 Výsledky a zpracování

11.1 Výzkum

Ve výzkumu byla použita metoda polostrukturovaných rozhovorů. Jedná se o kvalitativní výzkum. Rozhovory byly prováděny se zaměstnanci jihočeských rehabilitačních center (centrum ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libníč a CSS Empatie). Tři rozhovory byly zaznamenávány na diktafon a byly písemně zpracovány. Další tři rozhovory byly zaznamenávány písemnou formou v průběhu výzkumného rozhovoru. Rozhovory probíhaly anonymně a jsou popsány jako rozhovor 1, 2, 3, 4, 5 a 6. Charakteristika respondentů vychází pouze z jejich pohlaví, délky jejich praxe týkající se péče o osoby s mentálním postižením a z typu konkrétního pracoviště, ve kterém jsou zaměstnáni. Charakteristika zaměstnanců je uvedena v prvním odstavci jednotlivých výzkumných rozhovorů. Pod čísla otázek 1 -10 jsou zaznamenány shrnující odpovědi jednotlivých respondentů, to znamená, že se nejedná o doslovný přepis odpovědí respondentů.

11.2 Rozhovory

Rozhovor 1

Žena, doba praxe – 7 let.

Zaměstnankyně chráněného bydlení, spadající pod CSS Empatie a Domov Libníč.

1. Na pracovišti, na kterém tato zaměstnankyně působí, se využívá léčebný prostředek rehabilitace. V Empatii je klientům k dispozici nová vířivka, sauna a infrasauna. V případě pracovní rehabilitace mají klienti možnost seznámit se s pracovními návyky, dokonce je zde několik klientů zaměstnáno. Respondentka si není jista, zda se v centru Empatie využívají i pedagogické prostředky rehabilitace. Sociální

rehabilitace na jejím pracovišti probíhá. Klienti se učí sociálnímu kontaktu, učí se, jak mají s ostatními vycházet a jak se vůči ostatním chovat.

2. Míra využívání ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením je velmi individuální. Respondentka uvádí, že někteří klienti chodí do práce jednou týdně, jiní až třikrát týdně, a většinou záleží na ročním období. Rehabilitace u některých klientů probíhá pravidelně každý týden, u jiných je méně častá.

3. Zaměstnankyně chráněného bydlení Empatie vidí ucelenou rehabilitaci jako velký přínos nejen pro osoby s mentálním postižením, ale i pro osoby s jiným druhem postižení.

4. Všechny prostředky ucelené rehabilitace vidí respondentka jako velmi důležité, pokud se ale zaměří na ucelenou rehabilitaci osob s mentálním postižením, tak si myslí, že léčebná rehabilitace je pro tyto osoby méně důležitá než ostatní prostředky ucelené rehabilitace.

5. Respondentka není schopna říci, zda se liší metody ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením s metodami uceleného systému rehabilitace u osob s postižením tělesným, jelikož nemá srovnání.

6. Podle názoru respondentky se v centru Empatie ucelená rehabilitace využívá v dostatečné míře, pouze podotýká, že by bylo potřeba více podpořit pracovní rehabilitaci. Uvádí, že veliké nedostatky jsou ohledně zaměstnávání osob s mentálním postižením, jelikož se tomuto zaměstnávání společnost brání. Někteří její klienti sice zaměstnaní jsou, ale dalším klientům dlouhodobě nemohou úspěšně pomoci při nalezení zaměstnání.

7. V centru Empatie jsou všichni zaměstnanci včetně jí povinni docházet na kurzy a semináře, kde se mohou sebevzdělávat. Každý z nich musí splnit zákonem daných 24 hodin seminářů ročně. Sama si může vybírat témata kurzů, které poté navštíví. Sama si není jista, zda již někdy navštívila nějaký kurz či seminář týkající se přímo ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením. Pokud si zaměstnanci Empatie najdou kurz, který chtějí navštívit, jejich zaměstnavatel je v tom vždy podpoří.

8. Respondentka si nejlépe vzpomíná na kurz, který se věnoval tématu „Agresivní klient a péče o něj“. Kurzů už navštívila mnoho a nevzpomíná si na více názvů témat. Vždy se jednalo o tematiku, která velmi úzce souvisí s prací respondentky.

9. O klienty s mentálním postižením respondentka pečuje již přes 7 let. Myslí si tudíž, že jsou její zkušenosti s péčí o mentálně postižené dostatečné.

10. Respondentka si není jistá, zda zná odborné práce některých významných autorů, kteří se zabývají ucelenou rehabilitací nebo přímo ucelenou rehabilitací osob s mentálním postižením

Rozhovor 2

Žena, délka praxe – 1 rok.

Zaměstnankyně chráněného bydlení spadajícího pod CSS Empatie a Domov Libnič.

1. Respondentka uvádí, že se na jejím pracovišti užívají všechny prostředky ucelené rehabilitace. Velmi často je využívána ergoterapie, kdy klienti využívají zahradu, kde mohou pracovat a starat se o květiny. Dále klienti mohou docházet do vířivek a saun. Pracovní rehabilitace na jejím pracovišti také probíhá. Klienti jsou zaměstnáváni buďto ve firmách nebo u soukromníků. V Empatii je dle zaměstnankyně vytvořena malá kavárna, kde mohou přímo klienti obsluhovat. Kavárnu navštěvují i cizí lidé a klienti ho obslouží. Klienti se na jejím pracovišti učí vařit a starat se sami o sebe a komunikovat mezi sebou i s ostatními lidmi mimo centrum. Podle respondentky pracovní rehabilitace pomáhá klientům získat budoucí zaměstnání, a to především díky nácviku pracovních činností.

2. Podle názoru respondentky se na jejím pracovišti ucelená rehabilitace využívá dostatečně, dodává ale, že je to velmi individuální. Uvádí, že pracovní rehabilitace se využívá denně. Klienti musí denně vařit a vzájemně komunikovat. Pouze léčebná rehabilitace se zde nevyužívá ve velké míře, jelikož záleží, jak často mají klienti léčebnou rehabilitaci indikovanou. Většina klientů s mentálním postižením vůbec léčebnou rehabilitaci nevyužívá.

3. Respondentka vidí prostředky ucelené rehabilitace jako velmi prospěšné, protože mohou osobám se zdravotním postižením hodně pomoci ve všech směrech. Dále uvádí například pomoc při nácviku práce, pomoc při uplatnění se na trhu práce atd.

4. Z odpovědi vyplývá, že všechny prostředky ucelené rehabilitace jsou velmi důležité, ale záleží na individualitě klienta. Někteří mají problémy se socializací, jiní s nácvikem pracovních dovedností, proto je to velmi individuální.

5. Metody ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením s metodami ucelené rehabilitace osob s tělesným postižením se podle respondentky liší, jelikož je to u každého jedince velmi individuální.

6. Respondentka je názoru, že by klienti Empatie měli více využívat prostředky ucelené rehabilitace. Myslí si, že někteří klienti by na určité terapie měli být více posíláni.

7. K této otázce respondentka uvádí, že mají zákonem daný počet hodin, který musí splnit ohledně kurzů a seminářů. Tento počet hodin musí vždy absolvovat. Nevzpomíná si ale, zda někdy navštívila seminář o ucelené rehabilitaci. Nabídky seminářů přicházejí i z jiných pracovišť, ze kterých si může zaměstnankyně vybírat.

8. Nejzajímavější kurz, který respondentka navštívila, se týkal individuálního plánování. Jinak navštívila již mnoho kurzů a seminářů na různá témata, která se ale vždy týkala jejího zaměstnání a náplně práce.

9. Praxe této respondentky v oblasti péče o osoby s mentálním postižením činí 1 rok.

10. Dotazovaná zná některé práce autorů, kteří se zabývají ucelenou rehabilitací. Uvádí J. Jankovského a jeho publikaci Ucelené rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Dále si vzpomíná na publikaci od Pfeiffera.

Rozhovor 3

Muž, délka praxe – 17 let.

Zaměstnanec centra ARPIDA.

1. V centru ARPIDA se podle respondenta využívají všechny čtyři prostředky ucelené rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní prostředky).

2. Respondent říká, že nelze určit, jak často se prostředky rehabilitace využívají. Záleží na individuálních potřebách jedince a zároveň záleží na věku klienta. Pedagogická rehabilitace probíhá klasicky každý den. Léčebná rehabilitace je

individuální podle indikace, kterou klient má, takže může být i každodenní. Sociální rehabilitace probíhá především poskytováním sociálních služeb.

3. Respondent je toho názoru, že prostředky ucelené rehabilitace jsou prospěšné. Podle něho má ucelená rehabilitace smysl a její výhoda je v tom, že podporuje všechny složky rozvoje daného jedince, čili nesoustředí se jen na jednu oblast podpory, ale působí na všechny složky. Určitý jedince potřebuje jak sociální, tak i léčebnou, pedagogickou a pracovní rehabilitaci.

4. Nelze říci, dle respondentova názoru, zda je některý z prostředků ucelené rehabilitace důležitější než jiný, jelikož je to u každého jedince individuální. Každý potřebuje něco jiného.

5. Respondent říká, že ucelená rehabilitace osob s mentálním postižením se určitě liší od ucelené rehabilitace osob s tělesným postižením. Liší se v důrazu na některý z prostředků. U mentálního postižení nebude dán takový důraz na léčebnou rehabilitaci, avšak na ostatní prostředky určitě důraz dán bude.

6. Respondent je toho názoru, že centrum ARPIDA využívá všechny prostředky ucelené rehabilitace dostatečně, pouze si myslí, že by se zde měl klást větší důraz na pracovní rehabilitaci.

7. Zaměstnanci centra ARPIDA se podle respondenta dostatečně vzdělávají. Musí splnit zákonem daný počet hodin, který musí na seminářích absolvovat. Jak uvádí, ARPIDA klade veliký důraz na sebevzdělávání zaměstnanců, takže většina pracovníků dochází mnohem častěji na různé semináře, než je zákonem dáno.

8. Respondent nedokáže říci, jaké všechny semináře již navštívil, protože jich byly již stovky. Všechny semináře, které navštívil, byly velmi prospěšné.

9. Dotazovaný s osobami se zdravotním postižením a s metodami ucelené rehabilitace pracuje více jak 17 let.

10. Respondent zmiňuje autory, zabývající se ucelenou rehabilitací. Jedná se o Votavu, Pfeiffera, Jesenského, Jankovského a Novosada. Určitě by si vzpomněl na spoustu dalších autorů, včetně sebe samotného. Autora, který by se zabýval pouze tématikou ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením, nezná

Rozhovor 4.

Muž, délka praxe – 5 let.

Zaměstnanec centra ARPIDA.

1. Na respondentově pracovišti se plně využívají všechny prostředky ucelené rehabilitace. Je zde kladen velký důraz na léčebné, pedagogické, sociální i pracovní prostředky rehabilitace.

2. Prostředky ucelené rehabilitace se na jeho pracovišti využívají v dostatečné míře, každodenně. Každý klient využívá prostředky jiným způsobem podle toho, jak má rehabilitaci indikovanou lékařem. Některý jeho klient dochází například na léčebnou rehabilitaci denně, jiný pouze 2x do týdne. Sociální rehabilitace je poskytována individuálně podle toho, zda klient potřebuje využívat stacionář či služby osobního asistenta.

3. Respondent považuje všechny prostředky ucelené rehabilitace za velmi prospěšné. Člověku s tělesným postižením nejvíce pomůže léčebná rehabilitace, která mu může změnit i život. Osobě s mentálním postižením je zase velmi prospěšná pedagogická a sociální rehabilitace, která mu pomůže zlepšit život. Pedagogická rehabilitace může v budoucnu napomoci při uplatnění se na trhu práce, což je i pro osobu se zdravotním postižením velmi důležité.

4. Respondent nedokáže říci, zda je některý z prostředků ucelené rehabilitace důležitější než jiný, pokud není tento prostředek vztahován na jedince s určitým typem a stupněm postižení. Podle respondenta je to totiž velmi individuální proces a například u osoby s těžkým tělesným postižením je preferován léčebný prostředek rehabilitace, což u osoby s mentálním postižením platit nemusí.

5. Respondent si je jist, že se ucelená rehabilitace osob s mentálním postižením liší od ucelené rehabilitace s tělesným postižením a to v závislosti na upřednostnění některých prostředků ucelené rehabilitace. Podle jeho názoru osoba s mentálním postižením většinou nevyužije natolik léčebného prostředku rehabilitace jako osoba s tělesným postižením.

6. Podle názoru respondenta se všechny prostředky ucelené rehabilitace využívají v dostatečné míře a myslí si, že v centru ARPIDA se využívá ucelená rehabilitace se 100% nasazením.

7. Respondent říká, že ARPIDA klade veliký důraz na vzdělávání všech zaměstnanců. Podle jeho názoru se všichni zaměstnanci vzdělávají dobrovolně a rádi a plní si sebevzdělávání nad povinnou míru, která je dána zákonem.

8. Dotazovaný navštívil již mnoho seminářů a všechna témata ani nemůže vyjmenovat. Téma semináře, které si pamatuje, jelikož ho velmi zaujalo, bylo „Motivace uživatelů sociálních služeb“.

9. Respondent využívá metody ucelené rehabilitace v práci s klienty s tělesným, kombinovaným i mentálním postižením již 5. rokem.

10. Dle respondenta je spousta autorů zabývajících se ucelenou rehabilitací. Jedná se především o Jankovského a Jesenského.

Rozhovor 5

Žena, praxe - 1 rok.

Zaměstnankyně pracující jako fyzioterapeutka v dětském stacionáři při centru Bazalka, o.p.s.

1. Respondentka uvádí, že v centru Bazalka, o.p.s. se využívají léčebné, pedagogické a sociální prostředky ucelené rehabilitace. Na jejím pracovišti je velmi často využívána fyzioterapie, ergoterapie a také logopedie, která hraje významnou roli v komunikaci s klienty.

2. Ucelená rehabilitace se na pracovišti této respondentky využívá. Denně se využívá léčebná rehabilitace, na kterou je kladen veliký důraz.

3. Dle respondentky je ucelená rehabilitace velmi prospěšná a to především při kombinaci jednotlivých prostředků, které se navzájem doplňují a pouze společně mohou fungovat.

4. Respondentka je toho názoru, že u osob s mentálním postižením je nejdůležitější sociální prostředek rehabilitace, protože lidé s mentálním postižením mají v sociální rovině největší potíže. Jsou zde největší překážky při navazování vztahů všech úrovní.

5. K této otázce uvádí, že podle jejího názoru se ucelená rehabilitace osob s mentálním postižením liší od ucelené rehabilitace osob s tělesným postižením, jelikož se snaží osobám s tělesným postižením pomoci se zařadit do společnosti, kdežto u osob s mentálním postižením neshledává dostatečnou motivaci k tomu, aby změnilly svůj stav.

6. Na pracovišti této respondentky se dle jejího názoru využívá ucelená rehabilitace dostatečně.

7. Respondentka uvádí, že její zaměstnavatel podporuje své zaměstnance v sebevzdělávání a nebrání jim této činnosti.

8. Respondentka absolvovala mnoho kurzů zaměřených na fyzioterapii, dále navštívila školení s tematikou sexuality osob s mentálním postižením a s tematikou poruch autistického spektra.

9. Respondentka pracuje v centru Bazalka, o.p.s. téměř jeden rok.

10. Dotazovaná si vzpomíná na autora práce o ucelené rehabilitaci dětí a to na doc. Jiřího Jankovského.

Rozhovor 6

Žena, praxe - 3 roky.

Zaměstnankyně centra Bazalka, o.p.s.

1. Centrum Bazalka, o.p.s., dle respondentky využívá všechny prostředky ucelené rehabilitace. Především se zaměřuje na fyzioterapii, Vojtovu metodu, polohování, bazální stimulaci, ergoterapii, canisterapii, hippoterapii a arteterapii. Ergoterapie je dle jejího názoru velmi důležitá, jelikož může osobám s mentálním postižením pomoci s nácvikem práce. Uvádí, že centrum Bazalka nabízí různé sociální služby, které jsou pro osoby se zdravotním postižením velmi důležité.

2. Respondentka uvádí, že se ucelená rehabilitace na jejím pracovišti využívá denně a neustále.

3. Respondentka si myslí, že prostředky ucelené rehabilitace jsou pro osoby se zdravotním postižením velmi prospěšné. U některých klientů je vidět velké zlepšení, a to jak po stránce tělesné, tak i po stránce psychické.

4. Respondentka by žádný z prostředků ucelené rehabilitace nepovyšovala nad jiný, jelikož záleží na klientově individualitě. Na každého platí něco jiného. Pokud se ale zaměří na pedagogické prostředky rehabilitace osob s mentálním postižením, ty jsou dle jejího názoru velmi důležité pro všechny, jelikož i pro osoby s postižením je výchova a vzdělávání velmi důležité pro jejich budoucí život.

5. Dle respondentky se metody ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením liší od metod ucelené rehabilitace osob s tělesným postižením, jelikož u osob s mentálním postižením se nevyužívá například bazální stimulace. Navíc záleží na individualitě klienta, jelikož každý potřebuje něco jiného.

6. Respondentka je toho názoru, že v centru Bazalka, o.p.s. se prostředky ucelené rehabilitace využívají dostatečně a často.

7. V odpovědi respondentka uvádí, že centrum Bazalka, o.p.s. své zaměstnance velmi podporuje v sebevzdělávání.

8. Osobně absolvovala kurz bazální stimulace, empowerment a mnoho dalších odborných kurzů.

9. Respondentka pracuje s prostředky ucelené rehabilitace více jak tři roky.

10. Znájí odborníci na ucelenou rehabilitaci, na které si respondentka vzpomene, jsou Petr Aisner, Karolína Friedová a Šárka Šusterová.

11.3 Výsledek

Kvalitativní výzkum za pomoci polostrukturovaných rozhovorů ukázal, že v centrech ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libnič a CSS Empatie se využívají všechny prostředky ucelené rehabilitace, a to prostředky léčebné, pedagogické, pracovní i sociální, a to v dostatečné a kvalitní míře. Dalším výsledkem výzkumu je, že u osob s mentálním postižením je z prostředků ucelené rehabilitace využívána nejméně léčebná

rehabilitace, která je upřednostňována spíše u osob s tělesným či kombinovaným postižením.

12 Diskuze

Výsledky výzkumu bakalářské práce poukazují na důležitost ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením. Shrnují názory zaměstnanců zkoumaných pracovišť na poskytování prostředků ucelené rehabilitace klientům s mentálním postižením. Do výzkumu bylo zařazeno celkem šest zaměstnanců z center ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libnič a CSS Empatie, dva za každé centrum. Zaměstnanci odpovídali na deset předem připravených otázek, jejichž písemná podoba je uvedena v příloze.

Z rozhovorů vyplývá, že ve všech třech rehabilitačních centrech se využívají léčebné, pedagogické, sociální a pracovní prostředky ucelené rehabilitace. Všechny čtyři vyjmenované prostředky ucelené rehabilitace uvádí ve své publikaci Jankovský (2006). Centra využívají léčebné prostředky ucelené rehabilitace a to především prostřednictvím fyzioterapie, do které spadají různé terapie, jako jsou například Vojtova metoda, polohování nebo vodoléčba. Tyto terapie uvádí i Votava (2005), který dále popisuje využívání fyzikálních energií ve fyzioterapii. Na pracovištích center ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libnič a CSS Empatie se také využívá ergoterapie, která klientům napomáhá vykonáváním smysluplné činnosti. Na ergoterapii poukazují i někteří autoři. *„Ergoterapeut v rámci terapie individuálně vybírá smysluplnou činnost pro pacienta nebo klienta tak, aby dokázal provádět běžné denní, pracovní, zájmové a volnočasové aktivity, které jsou pro něj důležité.“* (K. Svěcená, O. Švestková in Pfeiffer 2014). Votava (2005) dále zmiňuje, že ergoterapie pomáhá zlepšit některé z dovedností důležitých pro budoucí povolání, což se shoduje s výsledkem výzkumu. Výzkum dále ukázal, že se v rehabilitačních centrech využívá logopedie, která je dle respondentů velmi důležitá v komunikaci mezi klientem a zaměstnanci. Na důležitost logopedie poukazuje i Votava (2005), který píše, že se jedná o komunikační terapii, která je zaměřena na zlepšení mezilidské komunikace a obnovení schopnosti komunikovat u klientů, u kterých je kvůli nemoci či úrazu tato schopnost narušená, nebo dokonce vymizelá.

Z provedených výzkumných rozhovorů je patrné, že se centra ARPIDA, Bazalka, o.p.s. a Domov Libnič a CSS Empatie zabývají ve velké míře i sociálními prostředky rehabilitace. Dotazovaní zaměstnanci uvádějí, že sociální rehabilitace je velmi důležitá

pro budoucí sociální život klienta. Osoby s mentálním postižením mají problémy při navazování sociálních vztahů a se sociálními dovednostmi. Toto tvrzení se shoduje s informacemi v publikaci od J. Jesenského (1995), kde autor popisuje, že sociální rehabilitace se zabývá udržením nebo navrácením a rozvojem sociálních schopností. Sociální rehabilitace by měla umožnit člověku se zdravotním postižením takovou kvalitu života, jakou mají osoby bez zdravotního postižení. Jankovský (2006) dále uvádí, že pro člověka se zdravotním postižením je velmi důležité, jaké sociální postavení zaujímá a jak tohoto člověka společnost přijímá, jelikož i osoby se zdravotním postižením chtějí být součástí společnosti a jako každý z nás touží po kontaktu s lidmi. Votava (2005) také popisuje důležitost sociální rehabilitace. Podle něho osoby s tělesným i mentálním postižením mají ve většině případů problémy se získáváním společenských kontaktů. Proto cílem sociální rehabilitace je i předpoklad pro rozvoj osobnosti (Votava, 2005).

Z výzkumu je patrný pozitivní přínos sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Důležitost sociálních služeb také zmiňují Jankovský, Pfeiffer, Švestková (2005), kteří píší, že při péči o osoby se zdravotním postižením jsou velmi důležité sociální služby, které mohou být prováděny buď ambulantně, nebo pobytově. Jedná se například o pečovatelskou službu, osobní asistenci, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, chráněná bydlení a různé tlumočnické a předčitatelské služby.

Většina dotazovaných respondentů uvedla, že na jejich pracovišti se využívá i každodenně probíhající pedagogická rehabilitace. Dle výzkumu v rehabilitačních centrech je pedagogická rehabilitace osob s mentálním postižením velmi důležitá, neboť napomáhá vzdělávání a výchově osob s mentálním postižením. Navíc pedagogická rehabilitace může pomoci osobám se zdravotním postižením získat potřebnou kvalifikaci pro budoucí uplatnění na trhu práce, což zmiňuje také ve své publikaci Votava (2005). Cílem pedagogické rehabilitace u osob se zdravotním postižením je dosažení co nejkvalitnějšího vzdělání a kvalifikace. Je velmi důležité, aby osoby se zdravotním postižením byly schopné se díky výchově a vzdělávání účastnit běžných aktivit a aby mohly dosáhnout harmonické interakce se společností (Votava, 2005). Jankovský, Švestková, Pfeiffer (2005) dále uvádějí, že v oblasti pedagogické rehabilitace by měl být upřednostňován cíl optimálního rozvoje osobnosti. Je-li naplněn

tento cíl, osoby se zdravotním postižením mají snazší uplatnění na trhu práce a snáze navazují sociální kontakty.

Pracovní prostředky rehabilitace dle výzkumu probíhají na všech třech pracovištích. Zaměstnanci rehabilitačních center uvádějí, že pracovní rehabilitace je důležitá pro nácvik pracovních činností, které v budoucnu můžou pomoci osobám se zdravotním postižením získat zaměstnání a uplatnit se na trhu práce. Jankovský (2006) se zmiňuje o důležitosti pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace je přípravou osob se zdravotním postižením na budoucí zaměstnání a zároveň pomáhá osobám se zdravotním postižením uplatnit se na trhu práce. Aby se osoby se zdravotním postižením mohly uplatnit na trhu práce, je velmi důležité, aby došlo k obnovení pracovního potenciálu (Jankovský, 2006). Někteří respondenti uvádějí, že většina zaměstnavatelů odmítá zaměstnávat osoby se zdravotním postižením i přes to, že pokud nezaměstnají osoby se zdravotním postižením, jsou finančně sankcionováni. Tuto problematiku popisuje i Jankovský (2006). Integrace osob se zdravotním postižením do pracovního procesu je problematická, a proto jsou aplikovány postupy, které tomuto začleňování napomáhají. Jedním ze způsobů je zvýhodňování zaměstnavatelů, kteří vytvářejí pracovní místa pro osoby se zdravotním postižením. Dalším způsobem je stanovení postihů pro ty zaměstnavatele, kteří osoby se zdravotním postižením zaměstnávat nechtějí (Jankovský, 2006).

Respondenti chápou důležitost komplexního přístupu k využívání všech prostředků uceleného systému rehabilitace osob s mentálním postižením, avšak z výzkumu vyplývá, že se u osob s mentálním postižením nejméně využívá léčebná rehabilitace a jsou upřednostňovány pedagogické, sociální a pracovní prostředky rehabilitace. Zvláště důležitý je pedagogický prostředek rehabilitace u dětí s lehkým mentálním postižením, kdy dochází k poruše schopnosti analýzy a syntézy a objevují se i velké problémy v oblasti čtení a psaní (Pipeková, 2006). Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni při správném nácviku pracovních činností uplatnit se na trhu práce, tudíž je u těchto osob důležitý i pracovní prostředek ucelené rehabilitace. Osoby se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací mají problémy s navazováním kontaktů s jinými lidmi a se socializací (Pipeková 2006). Právě proto je kladen velký důraz na sociální prostředek rehabilitace.

Výsledky výzkumu ukázaly, že rehabilitační zařízení, ve kterých probíhal výzkum, dostatečně využívají všechny metody a prostředky ucelené rehabilitace. Výsledky výzkumu poukázaly na fakt, že při péči o osoby s mentálním postižením se využívají nejvíce pracovní, pedagogické a sociální prostředky rehabilitace. Pokud nemají osoby s mentálním postižením indikovanou léčebnou rehabilitaci, léčebné prostředky jsou využívány v menší míře.

13 Závěr

Aby člověk se zdravotním postižením, ať už tělesným či mentálním, mohl prožít smysluplný život, ve kterém budou uspokojovány jeho základní potřeby a ve kterém se co nejvíce přiblíží plnohodnotnému životu, je třeba poskytnout tomuto člověku komplexní péči v duchu uceleného systému rehabilitace a to již od raného dětství či hned po vzniku postižení. Ucelená rehabilitace působí na člověka komplexně a může hrát významnou roli při zkvalitňování života osoby se zdravotním postižením.

Teoretická část bakalářské práce se zabývá tématem ucelené rehabilitace z pohledů různých autorů. Tyto názory se v podstatě shodují a chápou ucelenou rehabilitaci jako důležitou podpůrnou činnost pro osoby se zdravotním postižením. Jsou zde popsány prostředky ucelené rehabilitace – léčebné, sociální, pedagogické a pracovní. Práce je specificky zaměřena na osoby s mentálním postižením, jejichž ucelená rehabilitace je součástí rehabilitace všech osob se zdravotním postižením. Mezi významná jihočeská rehabilitační zařízení, ve kterých byl prováděn výzkum, patří centrum ARPIDA, Bazalka, o. p. s. a Domov Libníč a CSS Empatie. V teoretické části jsou popsány jejich služby, zaměření na klienty podle druhu postižení, personální obsazení a lůžková kapacita.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zmapovat, jaké metody a prostředky ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením se využívají v jihočeských rehabilitačních zařízeních. Výzkumem, prováděným pomocí polostrukturovaných rozhovorů se šesti zaměstnanci tří vybraných jihočeských rehabilitačních zařízení, bylo zjištěno, že tato rehabilitační zařízení využívají všechny metody a prostředky ucelené rehabilitace, a to v dostatečné míře. Zaměstnanci center, ve kterých byl výzkum prováděn, poskytují klientům veškerou péči v duchu uceleného systému rehabilitace. Klienti mají možnosti rozvíjet své motorické a mentální dovednosti a začlenit se do širších sociálních vazeb. Pomocí správného přístupu personálu jsou klienti schopni se vzdělávat a připravovat se na možné budoucí uplatnění na trhu práce.

Dílním výsledkem bakalářské práce je zjištění, že u osob s mentálním postižením se klade největší důraz na pedagogické, sociální a pracovní prostředky uceleného systému rehabilitace. Výsledky šetření vedou k závěru, že léčebné prostředky rehabilitace u osob

s mentálním postižením nejsou natolik využívány, zvláště pokud k mentálnímu postižení není přidružené tělesné postižení nebo pokud nemá osoba s mentálním postižením léčebnou rehabilitaci z nějakého důvodu indikovanou. Z výzkumu je také patrné, že jihočeská rehabilitační zařízení zaměstnávají kvalifikovaný personál, který je schopen a ochoten se dále sebevzdělávat.

14. Seznam použité literatury

1. ČERNÁ, Marie. *Rehabilitace mentálně retardovaných tělesnou výchovou*. Praha: Univerzita Karlova, 1985. ISBN 60-033-85.
2. DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973, 184 s.
3. EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Vyd. 1. Překlad Hana Kašparovská. Praha: Portál, 2008, 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
4. FEIT, Debbie a Heidi M FELDMAN. *The parent's guide to speech and language problems*. New York: McGraw-Hill, c2007, xi, 276 p. ISBN 978-007-1482-455.
5. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-807-3870-140.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
7. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.
8. JANKOVSKÝ, Jiří, Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 103 s. ISBN 80-704-0826-X.
9. JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-706-6941-1.
10. KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Eteria, 2002, 127 s. ISBN 80-238-8729-7.
11. KREJČOVÁ, Lenka a Zuzana BODNÁROVÁ. *Specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie*. 1. vyd. Editor Lenka Krejčová. Ilustrace Alice Trojanová. Brno: Edika, 2014, 248 s. Rádce pro rodiče a učitele (Edika). ISBN 978-802-6606-000.
12. KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KŘÍŽOVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997, 95 s. ISBN 80-706-7698-1.
13. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006, 159 s. ISBN 80-736-7174-3.
14. NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2000, 58 s. ISBN 80-708-3383-1.

15. PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
16. PFEIFFER, Jan, Jiří VOTAVA, Josef HAMPL a Eva HALADOVÁ. *Rehabilitace: léčebné, pracovní a sociální aspekty*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1982. ISBN 17-406-82.
17. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-731-5120-0.
18. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-866-3340-3.
19. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1073-7.
20. SHAYWITZ, Sally E. *Overcoming dyslexia: a new and complete science-based program for reading problems at any level*. 1st ed. New York: A.A. Knopf, 2003, ix, 416 s. ISBN 06-797-8159-5.
21. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
22. SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník*. 3. uprav. vydání, Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili : Tomáš Edelsberger [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H, 2000, 418 s. ISBN 80-860-2276-5.
23. ŠAUEROVÁ, Markéta, Klára ŠPAČKOVÁ a Eva NECHLEBOVÁ. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 248 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4743-691.
24. ŠELNER, Ivo. *Fenomén člověk s postižením*. Vyd. 1. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012, 217 s. ISBN 978-80-87623-06-0.
25. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003, 187 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-717-8821-X.
26. UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 135 s. ISBN 978-807-3677-640.
27. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3. dopl. a upr. vyd. Praha: Parta, 2007, 386 s. ISBN 978-807-3200-992.
28. VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika Integrace školní a speciální*. 2. rozšířené a přepracované. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
29. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

30. ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1994, 196 p. ISBN 80-717-8038-3.

Internetové zdroje

1. ARPIDA: *Centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, o.s.* [online]. 2015, 29. dubna 2015 11:14:35 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.arpida.cz/>
2. BAZALKA: *Centrum Bazalka, o.p.s.* [online]. 2015, 29. dubna 2015 11:08:37 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.centrumbazalka.cz>
3. DOMOV LIBNÍČ A CENTRUM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB EMPATIE. *Domov Libnič a CSS Empatie* [online]. 2015, 29. dubna 2015 11:18:15 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://www.domovlibnic.cz>
4. METODICKÝ PORTÁL RVP.CZ. *Metodický portál RVP.CZ: unikátní PROSTOR PRO UČITELE, sdílení zkušeností a spolupráci* [online]. 2015 [cit. 2015-04-29]. Dostupné z: <http://rvp.cz/>

15. Příloha

Přípravené otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Jaké prostředky ucelené rehabilitace (léčebné, pracovní, pedagogické a sociální prostředky) u osob s mentálním nebo kombinovaným postižením využíváte na Vašem pracovišti?
2. Jak často tyto prostředky ucelené rehabilitace na svém pracovišti používáte?
3. Vidíte prostředky ucelené rehabilitace jako prospěšné? Pokud ano, tak proč? Pokud ne, tak proč?
4. Je některý prostředek ucelené rehabilitace u osob s mentálním postižením podle Vašeho názoru důležitější než ostatní? Pokud ano, tak který a proč?
5. Liší se podle Vás ucelená rehabilitace u osob s mentálním postižením od ucelené rehabilitace u osob s postižením tělesným?
6. Využívá se na Vašem pracovišti podle Vašeho názoru ucelená rehabilitace dostatečně?
7. Umožňuje Vám zaměstnavatel navštěvovat odborné semináře či kurzy, kde se můžete dozvědět více informací o ucelené rehabilitaci? Pokud ano, kolik a jaké semináře či kurzy jste absolvoval/a?
8. Jaké kurzy nebo semináře jste již navštívil/a Vy?
9. Pokud pracujete s prostředky ucelené rehabilitace, jak dlouhá je Vaše praxe?
10. Znáte některé autory, významné osobnosti či lékaře, kteří se zabývají ucelenou rehabilitací a zejména ucelenou rehabilitací u osob s mentálním postižením? Jaké?