

**Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií**

Ucelená rehabilitace u osob s roztroušenou sklerózou

Kateřina Burešová

**Bakalářská práce
2013**

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Burešová**
Osobní číslo: **Z10212**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Ucelená rehabilitace u osob s roztroušenou sklerózou**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

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

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

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

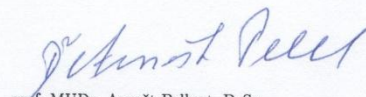
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

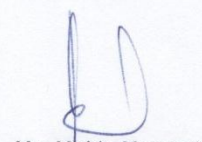
1. HAVRDOVÁ, Eva. Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005, 89 s. ISBN 80-7345-069-0.
2. HAVRDOVÁ, Eva, Kamila ŘASOVÁ, Jana PILÁTOVÁ a Eva KRASULOVÁ. Roztroušená skleróza - první setkání. 1. vyd. Praha: Unie ROSKA, 2004, 125 s. ISBN 80-239-9612-6.
3. ŘASOVÁ, Kamila. Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšní). 1. vyd. Praha: CEROS, 2007, 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4.
4. VOTAVA, Jiří a kol. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
5. WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. Základy obecné neurologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 243 s. ISBN 80-246-0803-0.

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Leoš Petr
Fakulta zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 1. října 2012
Termín odevzdání bakalářské práce: 15. července 2013


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 18. dubna 2013

Prohlášení

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

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 30. 6. 2013

Kateřina Burešová

Poděkování

Velice děkuji svému vedoucímu práce MUDr. Leošovi Petrovi za odborné vedení této práce, za připomínky a rady.

Dále bych velmi ráda poděkovala vybranému zařízení, ve kterém probíhal výzkum, za ochotu, trpělivost a vstřícnost.

Touto cestou bych ráda poděkovala i své rodině za podporu a trpělivost při vypracování mé práce i za celé roky studia.

Anotace

Bakalářská práce s názvem Ucelená rehabilitace u osob s roztroušenou sklerózou je prací teoreticko-výzkumnou a je rozdělená na dvě části. Teoretická část popisuje onemocnění roztroušená skleróza mozkomíšní, systém ucelené rehabilitace a potřeby člověka. Ve výzkumné části jsou prezentovány výsledky z výzkumu, který proběhl v MS centru v Pardubickém kraji a zjišťuje, jestli ucelená rehabilitace uspokojuje potřeby osob s roztroušenou sklerózou.

Klíčová slova

roztroušená skleróza, ucelená rehabilitace, multidisciplinární tým, potřeby

Annotation

The bachelor thesis entitled Comprehensive rehabilitation for patients suffering from multiple sclerosis is the work of theoretical research and is divided into two parts. The theoretical part describes the disease multiple sclerosis, a comprehensive rehabilitation system and human needs. The research section presents the results of research conducted in the MS center in the Pardubice region and detects whether comprehensive rehabilitation meets the needs of people with multiple sclerosis.

Key words

multiple sclerosis, comprehensive rehabilitation, multidisciplinary team, needs

Obsah

Úvod.....	9
Cíle práce	10
I Teoretická část.....	11
1 Roztroušená skleróza mozkomíšní	11
1.1 Imunitní systém a autoimunita	11
1.2 Anatomické a fyziologické poměry nervového systému	12
1.2.1 Centrální nervový systém	12
1.2.2 Periferní nervový systém	13
1.3 Průběh a formy onemocnění	14
1.3.1 Průběh relaps-reminentní	14
1.3.2 Průběh chronicko-progresivní.....	14
1.3.3 Primárně progresivní průběh	14
1.3.4 Průběh relabující-progredující	14
1.4 Klinický obraz.....	15
1.4.1 Poruchy mozkových nervů	15
1.4.2 Postižení drah mozečku	15
1.4.3 Postižení drah vedoucí k močovému měchýři a ke střevům.....	15
1.4.4 Sexuální poruchy	16
1.4.5 Únava	16
1.4.6 Psychické problémy	16
1.4.7 Deprese	16
1.5 Diagnostika	17
1.5.1 Evokované potenciály	17
1.5.2 Lumbální punkce	17
1.5.3 Magnetická rezonance	18
1.6 Léčba	18
1.6.1 Léčba ataky	18
1.6.2 Dlouhodobá léčba	18
1.6.3 Léčba chronické progresse	19
1.6.4 Léčba primární progresse	19
1.6.5 Léčba maligní RS.....	19
2 Ucelená rehabilitace.....	20
2.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením.....	20
2.2 Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením.....	21
2.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví	22
2.4 Multidisciplinární tým pracovníků.....	22

2.1.1	Rehabilitační lékař	22
2.1.2	Fyzioterapeut	22
2.1.3	Ergoterapeut.....	24
2.1.4	Klinický psycholog	24
2.1.5	Klinický logoped.....	25
2.1.6	Sociální pracovník	25
2.1.7	Zdravotně – sociální pracovník.....	26
2.1.8	Pracovník Úřadu práce.....	27
2.1.9	Posudkový lékař.....	27
2.2	Léčebná rehabilitace.....	27
2.3	Sociální rehabilitace	27
2.3.1	Invalidní důchod	28
2.3.2	Sociální dávky pro zdravotně postižené	28
2.3.3	Organizace věnující se problematice klientů s roztroušenou sklerózou	29
2.4	Pedagogická rehabilitace.....	29
2.4.1	Zájmové vzdělávání	29
2.4.2	Sebevzdělávání	29
2.5	Pracovní rehabilitace	30
2.5.1	Ergodiagnostika	30
2.5.2	Rekvalifikační kurzy.....	31
2.5.3	Potřeba seberealizace	31
3	Potřeby člověka.....	32
II VÝZKUMNÁ ČÁST		33
4	Výzkumné otázky	33
5	Metodika výzkumu	34
6	Prezentace výsledků.....	35
7	Diskuze	68
8	Závěr	71
Soupis bibliografických citací		73
Seznam příloh		77
Seznam obrázků.....		87
Seznam tabulek		88

Úvod

Téma ucelené rehabilitace u osob s roztroušenou sklerózou je vybráno na základě zkušeností s touto nemocí a poukázání na život lidí s tímto onemocněním.

Tato nemoc se objevuje stále častěji a hlavně stále u mladších lidí. V této bakalářské práci bude zmíněno, co je to roztroušená skleróza, jak se projevuje a jak se léčí. V této nemoci je velmi důležitá její diagnostika. V práci jsou popsány všechny složky ucelené rehabilitace a multidisciplinární tým pracovníků působících v systému ucelené rehabilitace. Stručně jsou zmíněny potřeby lidí.

Roztroušená skleróza je autoimunitním onemocněním a z tohoto důvodu je v této práci zmíněna kapitola o imunitním systému. Protože roztroušená skleróza postihuje nervový systém, jsou zde zmíněny anatomické a fyziologické poměry nervového systému a jak se zde vyskytuje roztroušená skleróza.

Roztroušená skleróza je zajímavá, svým způsobem zvláštní a u každého člověka velmi individuální onemocnění.

Cílem práce je přiblížit problematiku ucelené rehabilitace a onemocnění, zvané roztroušená skleróza. Cílem výzkumné části je zjistit, zda ucelená rehabilitace pomáhá uspokojovat potřeby osob s roztroušenou sklerózou.

Cíle práce

Teoretickým cílem bakalářské práce bylo podat základní informace o onemocnění roztroušená skleróza, systému ucelené rehabilitace a potřebám člověka.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, zda ucelená rehabilitace uspokojuje potřeby osob s roztroušenou sklerózou.

I Teoretická část

1 Roztroušená skleróza mozkomíšní

Dle slov MUDr. Masopusta: „*Roztroušená skleróza mozkomíšní je chronické demyelinizační onemocnění centrálního nervového systému. Zpočátku jsou projevy onemocnění způsobeny hlavně autoimunitním zánětem, později přistupuje neurodegenerativní proces.*“ (2011, s. 171)

U nás v republice postihne roztroušená skleróza jednoho člověka na tisíc obyvatel. Ve světovém srovnání se řadíme do oblasti velmi vysokého rizika. Roztroušená skleróza se kvantitativně řadí do čela získaných, prvotně organických neurologických onemocnění. Roztroušená skleróza upřednostňuje ženy před muži.

Průměrný věk výskytu nemoci je mezi 20 – 40. let. (Lenský, 2002, s. 11)

1.1 Imunitní systém a autoimunita

Imunitní systém je hlavním obranným mechanismem lidského těla. Imunitní systém se skládá ze dvou typů: buněčné a protilátkové imunity.

V autoimunitním onemocnění se mohou uplatňovat obě složky imunity. Pokud se jedná o buněčnou imunitu, tak Lymfocyty T začnou ničit vlastní buňky, jako by byly cizí. V případě poruchy protilátkou imunity se Lymfocyty B zaměří, svými protilátkami, na vlastní tkáň a začnou je ničit. (Bartůňková a kol., 2007, s. 10 – 11)

Vznik roztroušené sklerózy je provázen nahromaděním lymfocytů v centrálním nervovém systému. Tyto lymfocyty poškozují tukově-bílkovinný obal nervů. (Bartůňková a kol., 2007, s. 66)

1.2 Anatomické a fyziologické poměry nervového systému

1.2.1 Centrální nervový systém

Centrální nervový systém je tvořen mozkem a míchou. Mozek se skládá ze dvou polokoulí neboli hemisfér. Povrch hemisfér je tvořen rýhami a závití. Mezi hemisférami je tvořeno svorníkové těleso koordinačním mostem, svorníkové těleso bývá často terčem sklerotických plak. Počet gangliových buněk se odhaduje na 14 miliard. Počet neuronů je kolem 100 miliard a od 20 věku života se počet neuronů snižuje. Během dlouhého života se tento počet může snížit až o 10%.

Povrch mozku překrývá omozečnice a pavoučnice. Mozkomíšním mokem je vyplněn prostor mezi ní a tvrdou plenou. Množství mozkomíšního moku je zhruba 150 ml, z toho tři čtvrtiny se nacházejí v dutině lební. Mozkomíšní mok nadlehčuje mozek, rozkládá jeho váhu a tlumí případný tlak nebo úder do hlavy. Mozkomíšní mok zprostředkovává látkovou výměnu.

Velký (přední) mozek se člení do laloků. Čelní část zodpovídá za inteligenci, týlní část analyzuje zrakové vjemy, spánková zodpovídá za sluch a poslední částí předního mozku je část temenní.

Mozeček slouží k souhře svalových pohybů a rovnováhy. Mezimozek slouží k vegetativnímu a hormonálnímu dění. Součástí mezimozku je talamus, který je důležitý pro vjemy bolesti a paměti a hypotalamus, který reguluje tělesnou teplotu, spánek, pocity hladu, žízně a bolesti.

Mozkový kmen se skládá ze středního mozku, mostu a prodloužené míchy. Zajišťuje provoz základních životních funkcí, jako srdeční, oběhový, dýchací a vylučovací. Mozkový kmen je uložen na spodině mozku, jako vývojově nejstarší část mozku.

Mícha je 40 – 50 centimetrů dlouhá, uložena v páteřním kanálu obratlů. Končí u druhého bederního obratle a ke kostrči pokračuje ve formě nervového rozvláknění. (Lenský, 2002, s. 14 - 15)

1.2.2 Periferní nervový systém

Periferní nervový systém představují gangliové uzliny a nervová vlákna, která vedou vzruchová spojení mezi míchou a periferií uzavírající reflexní oblouk. Z mozku vychází 31 párů hlavových nervů, pro významnou komunikaci s prostředím. S roztroušenou sklerózou nejčastěji souvisí druhý nerv, neboli zrakový, dále nerv pátý, třetí, čtvrtý, šestý a osmý (sluchový). Známý je i nerv desátý, neboli bloudivý, který zasahuje i vzdálené orgány, jako je srdce, plíce, žaludek a střevo.

Jednotkou nervové tkáně je nervová buňka s vlastností dráždivosti a vodivosti. Buňka má vláknitou stavbu, v prodloužení se neuron dělí do dvou druhů výběžků. Dostředivé, kratší, keříkovitě rozvětvené a četnější dendrity přivádějí podněty do neuronu. Naopak dlouhý a jediný neurit vede vzruch dálkově do příslušné inervační periferie.

Nervové podráždění přechází mezi neurony prostřednictvím synapsí (zakončení s membránami, která umožňují biochemický kontakt přenašeči – transmittery). Synapse mají povahu budivou nebo tlumivou a tím zaručují jednosměrnost v šíření vzruchu.

Myelinovou pochvou jsou obaleny axony sloužící pro rychlé vedení vzruchu, například ke svalům. U pomalejšího vedení nemají axony myelinovou pochvu. Myelinový obal je tvořen segmentovými manžetami a tukovou hmotou, které jsou oddělena Ranvierovými zářezy. Elektrický signál se po nich šíří polarizačním, iontovým mechanismem. Myelin ve vedení vzruchu funguje jako izolátor, probíjení podráždění z jednoho axonu na sousední.

Při roztroušené skleróze začíná ložiskový rozpad myelinu od míst zářezu, dochází k obnažení nervového vlákna a k porušení přenosu vzruchu. Po několika týdnech, po odeznění zánětlivého inzultu, může dojít k remyelinizaci kvůli novému obalení z myelinotvorných elementů. Segmenty novotvořeného myelinu jsou kratší a tenčí, zářezy jsou k sobě blíže a tím se šíření podnětů zpomaluje.

Ložiska demyelinizace a rozšíření axonů se nazývají plaky. Plaky dosahují různých velikostí, mají ohraničené kontury, mohou být ojedinělé nebo mnohotné, izolované nebo splývající. Vyznačují se šedou, žlutavou a růžovou barvou. Mezi časté výskyty plak patří místa v blízkosti komor a cest v mozku, které rozvádějí mozkomíšni mok, také svorníkové těleso, mozkový kmen, napadají mozečkové dráhy a míšní provazce. Mezi rozmanitost roztroušené sklerózy patří nepravidelnost výskytu plak a jejich četnost v různých časových etapách. (Lenský, 2002, s. 15 - 18)

1.3 Průběh a formy onemocnění

1.3.1 Průběh relaps-reminentní

U 85% nemocných onemocnění začíná atakou, ta se upravuje v různém časovém období a je následována dlouhým obdobím remise bez nových klinických příznaků. Přibližně 5-15 let trvá atakovité období. Ataky mohou zanechat následky v podobě patologického neurologického nálezu nebo invalidity. (Havrdová, 2005, s. 22)

1.3.2 Průběh chronicko-progresivní

Tento typ je plynulým pokračováním předchozího průběhu. Snižuje se zánětlivá aktivita a převažují degenerativní pochody CNS. Ataky nemusí být nápadné, ale dochází k postupnému nárůstu invalidity. (Havrdová, 2005, s. 22)

1.3.3 Primárně progresivní průběh

Charakteristické je, že nejsou přítomny ataky, ale dochází k pozvolnému vývoji invalidity. Většinou jsou ve formě spastické paraparézy dolních končetin.

Patogeneticky se jedná o poněkud odlišný typ nemoci, kde je menší přítomnost zánětu a větší přítomnost degenerativních změn na nervových strukturách i oligodendrocytech.

Více postihuje muže v pozdějším věku. (Havrdová, 2005, s. 22 - 23)

1.3.4 Průběh relabující-progredující

Je charakterizována progresí i mezi atakami. U tohoto typu je nejvyšší zánětlivá a degenerativní aktivita nemoci. Během několika let dochází k těžké invaliditě. (Havrdová, 2005, s. 23)

1.4 Klinický obraz

1.4.1 Poruchy mozkových nervů

Tyto poruchy se objevují hlavně v oblasti obličeje.

Postižení okohybných drah způsobuje dvojité vidění nebo neschopnost fixovat dobře viděný obraz.

Postižením drah v mozkovém kmeni vzniká nejčastěji nystagmus, což je jemný cukavý pohyb, zvláště v krajních polohách, jednoho nebo obou očí.

Postižen může být i lícní nerv, nervy zásobující jazyk a patro nebo nerv trojklanný, který způsobí obrnu lícního nervu, poruchy polykání a tvorby řeči. (Havrdová a kol., 2004, s. 25)

1.4.2 Postižení drah mozečku

Při tomto postižení vzniká třes končetin a trupu. Postižení může vést i k poruchám koordinace chůze. Tato porucha se často kombinuje s poruchami rovnováhy, které jsou způsobené postižením drah spojující mozeček a vestibulární jádra v mozkovém kmeni. (Havrdová a kol., 2004, s. 25)

1.4.3 Postižení drah vedoucí k močovému měchýři a ke střevům

Sfinktery jsou svaly svěrače ovládající vyprazdňování moči a stolice.

U poruch moči rozlišujeme dva druhy, a to poruchy skladování moči a poruchy vyprazdňování moči. Při poruše nervových drah se mohou objevovat pocity neúplného vymočení nebo může být močový měchýř drážděn k vyprázdnění již malým množstvím moči.

Při poruše drah zásobujících střevo nejčastěji dochází k zácpě. (Havrdová a kol., 2004, s. 25 - 26)

1.4.4 Sexuální poruchy

Sexuální poruchy se častěji objevují u mužů, než u žen. Většinou se jedná o poruchy erekce. U žen se většinou vyskytuje porucha citlivosti a ztráta orgasmu. (Havrdová a kol., 2004, s. 26)

1.4.5 Únava

Únava může být přechodná, dlouhodobá nebo vázaná na ataku onemocnění. Není vysvětlitelná pouze zvýšenou námahou kvůli narušeným drahám, často se objevuje i v klidu. Na jejím vzniku se zřejmě účastní více faktorů. (Havrdová a kol., 2004, s. 26)

1.4.6 Psychické problémy

V prvních letech nemoci se u některých pacientů mohou vyskytnout poruchy soustředění, zvláště při delších duševních výkonech. V pokročilé fázi nemoci si pacienti často stěžují na poruchy krátkodobé paměti. Problémy způsobují ložiska zánětu v čelních a spánkových lalocích a hlavně v drahách, které spojují obě mozkové polokoule.

Je nutné odlišit psychické problémy způsobené vlastním onemocněním a psychické problémy způsobené stanovením diagnózy RS. (Havrdová a kol., 2004, s. 27)

1.4.7 Deprese

Deprese může být subjektivní reakcí na příchod a rozvoj tohoto závažného onemocnění. Většinou bývá diagnostikována asi 2 měsíce po stanovení diagnózy. V aktivní fázi nemoci se deprese prohlubuje. Deprese se může vyskytnout i jako vedlejší účinek léků používaných k léčbě. Nejčastěji je však spojována se sociálním stresem.

Mezi příznaky deprese patří skleslá nálada, snížení energie, ztráta zájmů, častý smutek, pocit vlastní méněcennosti, snížené sebevědomí a sebedůvěra, poruchy chuti k jídlu, porucha spánku, Depresi doprovázejí myšlenky na sebepoškozování či sebevraždu. (Havrdová a kol., 2006, s. 109 - 110)

1.5 Diagnostika

1.5.1 Evokované potenciály

Dle Waberžinka a Krajíčkové zní definice evokovaných potenciálů takto: „*Evokované potenciály jsou počítačem zprůměrněné elektrické odpovědi nervového systému na sensorické podněty.*“

Používají se ke zjišťování převodu signálů zvláště v centrálních částech sluchového, zrakového a somatosenzorického systému. (Waberžinek a Krajíčková, 2004, s. 109)

1.5.2 Lumbální punkce

Při lumbální punkci se odebírá mozkomíšní mok. Dle Waberžinka zní definice mozkomíšního moku takto: „*Mozkomíšní mok (cerebrospinální likvor) je čirá, bezbarvá tekutina, která vyplňuje komorový systém a subarachnoidální prostory mozku a míchy.*“ (2004, s. 119)

1.5.2.1 Mozkomíšní mok u RS

Často se zjišťují změny ve složení likvoru zvláště při atace onemocnění. Likvor je čirý a bezbarvý. Obsahuje normální počet buněk nebo lehkou pleiocytózu, která je tvořena lymfocyty, monocyty a mírně plazmocytů. Nejsou přítomny polynukleáry. Bílkoviny jsou normální nebo lehce zvýšené. Nápadná je změna podílu jednotlivých bílkovinných frakcí, která je charakterizována vzestupem gamaglobulínů. Přítomnost oligoklonálního proužkování gama globulínů, které nemají analogii v krevním séru, je důkazem intratekální syntézy. Hladina cukrů a chloridů je normální. (Waberžinek a Krajíčková, 2004, s. 128 – 129)

1.5.3 Magnetická rezonance

Tato moderní neinvazivní metoda se začala uplatňovat v medicíně od konce 70. let. Dnes již je v podstatě nejdokonalejší metodou ve skupině výpočetní tomografie a sonografie. Umožňuje kvalitní provedení vrstevných obrazů v transverzálních, koronárních, sagitálních a odvozených rovinách s vysokou rozlišovací schopností.

Magnetická rezonance má lepší rozlišení mozkových tkání a prozrazuje ložiska tkáňových změn, jako jsou ložiska RS, která i na nejkvalitnějších CT přístrojích nelze zobrazit. (Waberžinek a Krajíčková, 2004, s. 65 - 68)

1.6 Léčba

1.6.1 Léčba ataky

Pacient by měl být o atace poučen, při podezření je nutné kontaktovat svého ošetřujícího neurologa, protože je nutné, aby léčba byla zahájena co nejdříve.

Léčba akutní ataky spočívá v podání 3-5 g methylprednisolonu intravenózně. Během podání se doplňuje kalcium, chráníme zažívací trakt a opatření proti osteoporóze provádíme, jestliže se jedná o aktivní chorobu s opakovaným podáváním steroidů.

Pokud pacienta obtíže při akutní atace příliš neobtěžují, často přistupujeme k přeléčení perorálními steroidy. (Havrdová, 2005, s. 35)

1.6.2 Dlouhodobá léčba

V reminentním stádiu onemocnění se užívá řada léků, která má za cíl omezit aktivitu nemoci a zpomalit progresi onemocnění.

Mezi léky první volby patří interferon beta a glatiamer acetát. Léky první volby jsou indikovány u choroby, která jeví aktivitu. Za aktivitu nemoci se považuje přítomnost dvou atak během dvou let. (Havrdová, 2005, s. 37)

1.6.3 Léčba chronické progresse

Jedná se o stadium nemoci, kdy převažují degenerativní změny nad zánětlivými. Léčebně však můžeme ovlivnit pouze zánět. (Havrdová, 2005, s. 49)

1.6.4 Léčba primární progresse

U primárně progresivního typu je v histologických nálezech a na MRI patrna menší, zánětlivá aktivita v prvních letech onemocnění, na rozdíl od reminentního typu. Existují studie dokládající účinnost pulzních cytostatických režimů. (Havrdová, 2005, s. 52)

1.6.5 Léčba maligní RS

Charakteristické pro tento typ je nedostatečná léčebná odpověď na léky první volby, pulsy kortikosteroidů i pulzní cytostatickou léčbu. Hlavní je nabídnout včas agresivní léčebný režim. Jednou z možností je léčba mitoxantronem. Problémem je, že u maligní RS nemusí být dostatečně účinný.

Jako další možnost by měla být pacientovi nabídnuta autologní transplantace kostní dřeně. Na základě informací o této léčbě a rizicích se pacient sám rozhodne. (Havrdová, 2005, s. 54)

2 Ucelená rehabilitace

Tato kapitola je věnována rozboru dokumentů, které mohou tvořit koncept ucelené rehabilitace. Dále je zmiňován multidisciplinární tým pracovníků a pracovníci, kteří mohou působit v systému ucelené rehabilitace. A nakonec jsou definovány všechny složky ucelené rehabilitace.

Pojem ucelená rehabilitace je z anglického překladu comprehensive rehabilitation. O ucelené rehabilitaci mluvíme tehdy, jestliže důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny čistě zdravotnickými prostředky a stav nemocného je dlouhodobý nebo trvalý, tedy nemoc nebo postižení není možné plně odstranit léčbou.

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969:

„Včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.“ (Votava a kol., 2003, s. 14)

Podle článku 1 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením zní definice osoby se zdravotním postižením takto: *„Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“* (2010)

2.1 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Tuto úmluvu můžeme najít ve Sbírce mezinárodních smluv, která byla vydána v roce 2010 v České republice. Česká republika je jedním ze smluvních států této úmluvy.

Článek 1 definuje účel této smlouvy: *„Účelem této smlouvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“*

Do osob se zdravotním postižením patří osoby, které mají dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení a toto postižení brání v interakci s překážkami a může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními členy společnosti.

Dle článku 3 je úmluva založena na určitých zásadách, jako je respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, která zahrnuje také svobodu volby a samostatnosti dané osoby. Dále je zásadou nediskriminace a plné a účinné zapojení a začlenění osoby

do společnosti. Měla by být respektována odlišnost a přijímání osob se zdravotním postižením jako součást lidské různorodosti a přirozenosti. Další zásadou jsou rovné příležitosti pro zdravotně postižené a jejich přístupnost. Rovnoprávnost mužů a žen a respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich právo na zachování identity jsou jedny z posledních zásad této úmluvy.

Protože tato práce je se zaměřením na ucelenou rehabilitaci zmiňují, že je zde zmíněn Článek 26 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, který se zabývá habilitací a rehabilitací. Tento Článek jasně stanovuje, že stát musí přijmout účinná a vhodná opatření, aby umožnil osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si, co nejvyšší úroveň samostatnosti. V plné míře uplatnit tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života společnosti. To je účelem organizace, posilování a rozšiřování komplexních habilitačních a rehabilitačních služeb a programů, které jsou většinou v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb. (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2010)

2.2 Návrh věcného záměru zákona o rehabilitaci osob se zdravotním postižením

Tento dokument nám ukazuje přehled dosavadní právní úpravy v České republice. Existují právní úpravy jednotlivých oblastí, ale právními předpisy není upraven jednotný systém poskytování komplexní rehabilitace osobám se zdravotním postižením.

Léčebná rehabilitace je v souladu s právními předpisy považována za součást zdravotní péče, která je hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Sociální rehabilitace je upravována jako jeden z druhů sociálních služeb v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách. Oblast pedagogické rehabilitace je upravována velmi podrobně v právních předpisech, avšak zde není znám přímo pojem „pedagogická rehabilitace“. Pracovní rehabilitaci vymezují předpisy upravující zaměstnanost.

Nová právní úprava by měla vytvořit podmínky a stanovit způsob koordinace, který přispěje k interdisciplinárnímu poskytování rehabilitace a podpoří provázanost a dostupnost této péče. Prvořadým cílem je zakotvení podmínek pro koordinované provádění rehabilitace, které bude základem pro vznik vzájemného provázeného, účinného a dostupného systému poskytování rehabilitace osobám se zdravotním postižením. Dalšími okruhy v návrhu věcného řešení je institucionální zajištění rehabilitace, kdy by byla určena instituce

zajišťující vysoce specializované poradenství a informace o možnostech rehabilitace osob se zdravotním postižením. Aktuálním požadavkům také neodpovídá právní úprava některých složek rehabilitace, proto by dalším okruhem byl rozvoj jednotlivých složek rehabilitace. (Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf>)

2.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

Název vychází z anglického originálu *International classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). Tento dokument je univerzálním nástrojem k hodnocení typu a stupně zdravotního postižení. Světovou zdravotnickou organizací byl schválen v roce 2001. Jedná se o rozsáhlou publikaci, která popisuje změny v oblasti tělesných struktur, tělesných funkcí, aktivity a participací. Zpracovány jsou i faktory prostředí, které mohou mírnit nebo naopak zhoršovat negativní důsledky zdravotního postižení. (Votava, 2009, s. 15, 19)

2.4 Multidisciplinární tým pracovníků

2.1.1 Rehabilitační lékař

Rehabilitační lékař je vedoucím rehabilitačního týmu. Rehabilitační lékař koordinuje práci v týmu a určuje, jak a v jaké míře se členové týmu budou podílet na péči o klienta. On může aplikovat injekce, předepisovat léky a pomůcky. (Votava, 2009, s. 11)

2.1.2 Fyzioterapeut

Fyzioterapeut je nepostradatelným členem rehabilitačního týmu. Fyzioterapie je obor zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému. Hlavním léčebným prostředkem se používá cílený pohyb, tedy cvičení, souhrnným označením léčebná tělesná výchova (dále jen LTV). (Votava a kol., 2003, s. 30)

Fyzioterapeuti se uplatňují v řadě ambulantních rehabilitačních oddělení, v nemocnicích, v rehabilitačních centrech, v denních stacionářích, v ambulancích, v léčebnách dlouhodobě nemocných, v lázních a v odborných léčebných ústavech. Také mohou pracovat

přímo v domácnosti klientů, ve sportovních a fitness centrech. Nejsou výjimkou ani soukromí fyzioterapeuti, kterým jsou pacienti indikováni odborným lékařem. (Votava a kol, 2003, s. 31)

LTV je léčebné cvičení prováděné pod vedením fyzioterapeutky. Cílem je léčebný účinek, jako zlepšení rozsahu pohybů a jejich koordinace, nácvik chůze. Může se provádět individuálně nebo ve skupině. Důležité je, aby byl klient aktivní v průběhu cvičení a dle instrukcí prováděl cvičení i samostatně. Kromě LTV používají fyzioterapeuti i jiné léčebné prostředky, které jsou většinou pasivní, Jedná se o fyzikální terapii, dále provádějí polohování, ruční a přístrojovou trakci a různé typy masáží. (Votava a kol., 2003, s. 32)

Dle Řasové se *„u nemocných s RS se osvědčil program, který využívá posilovacích prvků a cvičení vytrvalosti.“* Tento program ukázal, že je vhodné provádět kontrolovaný pohyb s pomocí lehkého závaží, používání lehkého odporu a pohyb provádět v plném rozsahu a konstantním tempem. Program předpokládá, že hlavním problémem ataktických pacientů je proximální instabilita, což znamená nestabilní pánev a končetiny, ve stoji a laterální instabilita v chůzi. Dle Řasové se *„zaměřuje na cílenou svalovou kontrolu ve vzpřímené pozici (využívá stabilizační cvičení v kladce).“* Používané jsou také kinematické řetězce. Jsou dva druhy, otevřený řetězec, kdy se jeden bod těla dotýká báze, a zavřený řetězec, kdy se spojí nejméně dva nejbližší segmenty těla. Zavřený řetězec zvyšuje stabilitu, koordinaci a kvalitu pohybu, naopak otevřený řetězec působí hlavně na snížení třesu. Používá se i trénink pohybové regulace, principem je střídání rychlého provedení koncentrických kontrakcí a pomalého provedení excentrické kontrakce a naopak. Trénink nacvičuje pohyby do různých směrů, kdy se zaměřuje na přesnost.

Přímo či nepřímo se zabývá mnoho fyzioterapeutických metod ovlivňováním rovnováhy. Například Neurovývojová léčba, propioceptivní neuromuskulární facilitace, senzomotorická stimulace, hippoterapie, Frenkelovo cvičení, cvičení na nestabilních plochách a dále. Výběr metody záleží na individuálním postižení každého klienta. (Řasová, 2007, s. 40)

2.1.2.1 Metodický postup při LTV u RS

V akutním stádiu se pacient nezatěžuje, dle potřeby se provádí polohování, pasivní pohyby a nenáročná aktivní cvičení. Klient provádí dechová cvičení a relaxaci. Cvičení se provádí krátkou dobu, ale vícekrát denně.

V subakutním a chronickém stádiu se LTV provádí podle obrazu onemocnění po akutním stádiu. Vždy se musí respektovat únava pacienta, nesmí cvičit do únavy. Všechny

nemoci musí poctivě vyležet, cvičení se v té době omezuje. Cvičení se provádí v době, kdy se klient cítí nejlépe, nejčastěji ve večerních hodinách. (Hromádková, 2002, s. 211 – 212)

2.1.3 Ergoterapeut

Tento člen je významným členem týmu a využívá vlastních diagnostických terapeutických metod. Zaměřuje se na nácvik soběstačnosti a předpracovní rehabilitaci. Může se podílet i na celkové aktivaci pacienta v nemocničním prostředí a zlepšení funkcí smysluplnými aktivitami. Jeho práce se zčásti překrývá, ale především doplňuje s ostatními členy týmu. Například spolupráci s fyzioterapeutem, kdy se věnuje cílené rehabilitaci rukou, při nácviku soběstačnosti a technických pomůcek. (Votava, 2009, s. 12 – 13)

Cílená rehabilitace rukou, nácvik jemné motoriky a nácvik soběstačnosti může být i potřebami klientů s roztroušenou sklerózou.

Jelínková a kol. se ve své publikaci odkazují na definici podle České asociace ergoterapeutů z roku 2008: „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity.*“ (Jelínková a kol., 2009, s. 13)

2.1.4 Klinický psycholog

Dle Baštecké vymezujeme klinickou psychologii jako „*praktický psychologický obor, který využívá a obohacuje poznatky věd o člověku a zabývá se jedinečností člověka a jeho duševního života v otázkách nemoci a zdraví; pojímá člověka jako bio-psychosociálně-spirituální jednotu a systém v systémech okolního světa.*“ (2003, s. 15)

Psycholog provádí v rehabilitačním týmu psychologickou diagnostiku (vyšetřování rozumových schopností, hodnocení osobnosti, testování dílčích psychických funkcí), psychologické poradenství, psychoterapii. Podílí se na rehabilitaci kognitivních funkcí a hodnotí psychologickou způsobilost. (Votava, 2009, s. 13)

U roztroušené sklerózy se bude jednat především o léčbu deprese a pomocí psychologických metod adaptace na tuto diagnózu.

Člověku trpícímu depresí se snaží pomoci rodina, ale členové rodiny i přátelé jsou většinou osobně a citově zainteresováni v zoufalé situaci depresivního člověka. Člověk

potřebuje pomoci specialisty, profesionální pomoci může být například terapeutický pohovor. Ten může člověka, svou odborností a nadhledem, přimět k zahájení terapie. Může se například jednat o psychoterapeutickou pomoc. (Kovařík, 2002, s. 68, 71)

2.1.5 Klinický logoped

Škodová a kol. používají ve své publikaci definici dle Lechty, která zní takto: *„Logopedie je tedy věda, která zkoumá narušení komunikační schopnosti u člověka z hlediska jeho příčin, projevů, důsledků, možností diagnostiky, terapie, prevence i prognózy. Klinickou logopedie lze potom chápat jako aplikovaný obor logopedie směrem do zdravotnické, medicínské oblasti.“* (Škodová a kol, 2003, s. 22)

Cílem logopedické intervence je identifikovat narušenou komunikační schopnost, eliminovat, zmírnit nebo překonat narušenou komunikační schopnost nebo předejít narušení. Logopedická intervence je chápána jako multifaktoriální proces. V zájmu dosažení cílů se prolíná logopedická diagnostika, logopedická terapie a logopedická prevence.

U roztroušené sklerózy se mezi příznaky může objevit i dysartrie, což je složité poškození řečových komponent, jako respirace, fonace, artikulace a prozodické faktory. Forma a stupeň dysartrie se odráží v lokalizaci a rozměru poškození funkčního motorického systému. Při terapii se pozornost zaměřuje na ovlivnění mluvy přiměřeným tělesným tonusem a svalovou relaxací, obnovení hybnosti a síly v orofaciální oblasti, modifikace cvičení dechu, modifikace fonačního a rezonančního cvičení, modifikace artikulacních cvičení, využití neverbální komunikace a pomůcek a podobně. (Klenková, 2006, s. 119 – 123)

2.1.6 Sociální pracovník

V rehabilitačním týmu sociální pracovník provádí sociální šetření a zaměřuje se na dosavadní pracovní zkušenosti, přiznané sociální dávky, bytové podmínky, potřebu osobní asistence a dalších sociálních služeb. Spolupracuje se členy týmu, ale i s příslušnými úřady a tam zaměstnanými sociálními pracovníky. (Votava, 2009, s. 14)

V § 109 zákona 108/2006 Sb. je sociální pracovník definován takto: *„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové*

pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Většina psychologických typologií dělí potřeby na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze a bezpečí, na okruh související se vztahy k blízkým lidem, jako patřit někomu, milovat a být milován. Dále je to okruh, který se vztahuje ke společenskému uplatnění a okruh spirituální. V kontextu sociální práce může být konstruktem, který popisuje to, co klient cítí, tedy pociťující potřeba. Tato potřeba by měla být, pokud je to možné, východiskem práce s klientem. (Matoušek, 2008, s. 148)

2.1.7 Zdravotně – sociální pracovník

Zdravotně – sociální pracovník může bez odborného dohledu a bez indikace provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat jejich životní situace ve vztahu k onemocněním nebo následkům nemoci. Objektivizovat rozbor sociální situace návštěvou v rodinách a zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta podle zjištěných skutečností na základě spolupráce s orgány veřejné správy a dalšími subjekty. Sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, kde se zaměří na rozsah, druh a potřebu sociálních opatření, kde spolupracuje s dalšími zdravotnickými pracovníky, aby mohla být tato opatření realizována. Dále zajišťuje sociálně právní poradenství, účastní se integrace pacientů. V rozsahu své odborné způsobilosti může vykonávat činnost při přípravě a organizaci rekondičních pobytů a činnost při přípravě propuštění pacientů, kdy zajišťuje další služby a následnou péči. V případě úmrtí pacienta provádí odborné poradenství v sociální oblasti. (Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků)

Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních je zřejmá ve všech vyspělých zemích. Zdravotně – sociální pracovníci by řešili a uspokojovali psycho - sociální potřeby klientů. V našich zdravotnických zařízeních je stále tato pozice nedoceňována, ale je to důležité pro komplexnost péče v medicíně, která vyžaduje propojení a spolupráci odborného týmu, do kterého zdravotně – sociální pracovník patří. (Kuzníková, 2011, s. 23)

2.1.8 Pracovník Úřadu práce

Tento pracovník patří do pracovní rehabilitace, mají různé pracovní zaměření a tím pomáhají získávat práci osobám se zdravotním postižením. Problémem je, že nedokážou odhadnout, kdy je hlavní překážkou při hledání zaměstnání zdravotní postižení daného klienta. (Votava, 2003, s. 110)

2.1.9 Posudkový lékař

Tento lékař hraje významnou roli v sociální i pracovní rehabilitaci. Svým rozhodnutím určuje stupeň invalidního důchodu pro osobu se zdravotním postižením. (Votava, 2003, s. 77)

2.2 Léčebná rehabilitace

Cílem léčebné rehabilitace je provádět léčbu a odstraňovat následky nemocí či úrazů. Tato rehabilitace je zajišťována rehabilitačními pracovníky a rehabilitačními zařízeními. (Votava a kol., 2003, s. 24)

V předchozí kapitole jsou zmíněni pracovníci, kteří fungují v oblasti léčebné rehabilitace a jak mohou pomoci klientům s roztroušenou sklerózou.

2.3 Sociální rehabilitace

Dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 70, zní definice sociální rehabilitace takto: *„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Sociální integrace je snahou o začlenění všech osob se zdravotním postižením (dále jen OZP), aby byli považováni za součást společnosti. Předpokladem integrace je také

vzdělávání a výchova veřejnosti k tomu, aby OZP přijímala, dokázala pochopit jejich potřeby a oceňovala jejich snahu o integraci. (Votava, 2003, s. 70)

Cílem sociální rehabilitace je existenční zabezpečení, legislativní ochrana jedince s postižením, jeho začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, resocializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb a úpravy místních podmínek. (Matoušek, 2005, s. 93)

2.3.1 Invalidní důchod

Kvůli svému onemocnění, které může způsobit trvalou invaliditu, mohou klienti s roztroušenou sklerózou žádat o invalidní důchod.

V 1 odstavci § 39 zákona 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění je uvedeno: *„Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35%.“*

Invalidní důchod se dělí do tří stupňů, které se určují podle poklesu pracovní schopnosti a to následovně:

- a) nejméně o 35%, avšak nejvíce o 49%, jedná se o invaliditu prvního stupně,*
- b) nejméně o 50%, avšak nejvíce o 69%, jedná se o invaliditu druhého stupně.*
- c) nejméně o 70%, jedná se o invaliditu třetího stupně.*

Dle tohoto se zákona se definuje pracovní schopnost takto: *„Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“* (Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění)

2.3.2 Sociální dávky pro zdravotně postižené

Sociální dávky pro zdravotně postižené jsou popsány v příloze B.

2.3.3 Organizace věnující se problematice klientů s roztroušenou sklerózou

Tyto organizace jsou popsány v příloze C.

2.4 Pedagogická rehabilitace

Svým obsahem odpovídá pedagogická rehabilitace pedagogickému působení a vzdělávání osob se zdravotním postižením v pojetí speciální pedagogiky. Cílem je dosáhnout, co nejvyššího stupně vzdělání a kvalifikace u osob se zdravotním postižením a tím podpořit jejich samostatnost a aktivní zapojení do společenského života. Do pedagogické rehabilitace patří i pomoc člověku s tím, aby dosáhl i běžných forem vzdělání. (Votava, 2003, s. 123)

K vyšším potřebám člověka patří také potřeba vzdělávání, která představuje hodnotu nabývající na stále větším významu ekonomickém i politickém. (Jesenský, 2000, s. 45)

2.4.1 Zájmové vzdělávání

Zájmové vzdělávání dospělých zahrnuje oblast individuální a organizované edukace na základě osobních zájmů a potřeb. Uspokojování těchto zájmů může probíhat sebevzděláním, sebeřízeným učením za podpory informačních zdrojů, v organizacích specializujících se na vzdělávání v dané oblasti a organizacemi, které svým prostředím vytvářejí edukačně podnětné prostředí. (Šerák, 2009, s. 51)

2.4.2 Sebevzdělávání

Sebevzdělávání je samostatné studium a cvičení na podkladě instrukcí z učebnic, cvičebnic, konzultací s učitelem a podobně. Významným prostředkem sebevzdělávání je používání počítačových sítí. Předpokladem sebevzdělávání, sebevýchovy a autotréningu

je vyspělá osobnost, která má uvědomělý přístup k řešení vlastních problémů. (Jesenský, 2000, s. 240)

2.5 Pracovní rehabilitace

V § 69 v zákoně 435/2004 Sb. o zaměstnanosti je pracovní rehabilitace definována takto: „*Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením.*“ (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti)

Pracovní rehabilitaci zajišťuje krajská pobočka Úřadu práce s pracovními rehabilitačními středisky, nebo jím může pověřit jinou fyzickou či právnickou osobu.

Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost, která se zaměřuje na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo výdělečné činnosti. Dále zahrnuje teoretickou a praktickou přípravu na povolání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání a vytváření vhodných podmínek pro výkon povolání.

Krajská pobočka Úřadu práce společně s osobou zdravotně postiženou sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, kdy se odkazuje na situaci na trhu práce. Při této činnosti se vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny, která je složená ze zástupců organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50% osob se zdravotním postižením.

Na pracovní rehabilitaci mohou být zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány dočasně neschopné práce, na základě doporučení ošetřujícího lékaře nebo na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky také fyzické osoby, které přestaly být invalidními. (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti)

2.5.1 Ergodiagnostika

Práce je vynaložená snaha nebo úsilí člověka vedoucí k dosažení něčeho nebo vytvoření něčeho nového. V ergoterapii je chápána jako chování člověka, které je motivované potřebou být efektivní ve svém prostředí. Pomocí práce člověk naplňuje určité sociální role, jako je zaměstnanec, osoba výdělečně činná, osoba v domácnosti, dobrovolník nebo student.

Práce přispívá k rozvoji schopností, fyzických vlastností, postojů, sebevědomí, vůle, pocitu sounáležitosti a kompetence.

Ergodiagnostika je soubor různých hodnocení, která souvisejí s hodnocením pracovního potenciálu a pracovního uplatnění člověka. Cílem ergodiagnostiky je stanovení potřeby a následně plán předpracovní rehabilitace, zhodnocení schopností člověka k výkonu pracovní činnosti, úkolů, povinností a své role. Dále zhodnocení fyzických nároků na pracovní činnost, určení námahy, kterou při té činnosti musí člověk vynaložit, určení trvalých omezení a poruch, které zabraňují zapojení do pracovního procesu. Nakonec hodnocení výstupů předpracovní rehabilitace. (Křivošíková, 2011, s. 246 – 248)

2.5.2 Rekvalifikační kurzy

Specializované rekvalifikační kurzy mohou být organizovány pro osoby se zdravotním postižením a tyto kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace, tedy podle § 109 (viz příloha A) zákona 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti)

2.5.3 Potřeba seberealizace

Seberealizací se rozumí rozvíjení a využívání nadání a schopnosti jedince, kdy se uplatňují přirozené a utvářené dispozice jedince k určité činnosti, k určité práci a sociální aktivitě. Seberealizace se může týkat i zájmů a činností, které člověk považuje za důležité a tím se řadí mezi základní lidské potřeby. Seberealizace s uplatněním na trhu může být velmi obtížná u lidí se zdravotním postižením. Předpokladem úspěšnosti je správná lokalizace, podchycení a rozvinutí vloh člověka, které nejsou omezeny nebo deformovány orgánovou nebo funkční poruchou, nemocí či úrazem.

Práce je předpokladem a nástrojem seberealizace. Práce má význam existenční a materiální, rozvojový, kooperační a socializační, estetický a kulturní a relaxační. Práce je smysluplná a cílená tělesná a duševní činnost zaměřená na výdělek, obživu, sebeučení, seberozvoj, uspokojování materiálních i duchovních potřeb každého člověka. (Novosad, 2009, s. 45 - 46)

3 Potřeby člověka

Potřeby jsou složitými psychickými stavy související s biologii organismu a se společensko – kulturní a pracovní existencí člověka. Člověk má velké množství potřeb vyplývajících z kulturního prostředí, které sám člověk vytvořil a ve kterém také žije.

Dle Jesenského se dělí potřeby z hlediska struktury specifických potřeb a opatření na nejvyšší hodnoty, kam patří životní jistoty, sociální rehabilitace, psychorehabilitace, pracovní rehabilitace, citové vyžití, sociální péče a kurátorství, potřeba životního partnera. Dále vyšší hodnoty, kam dosahují právní potřeby rekreace, tělovýchova a sport, kultura, speciální vzdělání, společenství s intaktními a stejně postiženými, informovanost, protetické, kompenzační a reedukační pomůcky, léčení a léčebná rehabilitace. Střední hodnoty dosahují úpravy režimu a životosprávy, zvýšené životní náklady a sexualita. A nízké hodnoty dosahují úpravy vnějšího prostředí a represivní opatření. (2000, s. 87, 90)

Lidské potřeby jsou přirozenou součástí každého člověka. Může nastat situace, kdy člověk s postižením nemůže uspokojovat tyto potřeby obvyklým způsobem.

Abraham Maslow uvedl v roce 1943 hierarchii potřeb. Abraham Maslow, který zemřel roku 1970, byl americký psycholog, byl jedním ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. (Šamánková a kol., 2011, s. 26)

Jesenský (2000, s. 88) ve své knize zmiňuje hierarchii potřeb dle Maslowa:

1. Fyziologické potřeby základní, nejnižší a související s porušenou homeostázou
2. Potřeba bezpečí
3. Potřeba sounáležitosti a lásky
4. Potřeba uznání
5. Potřeba sebeaktualizace

Překážky a nemožnost realizace těchto potřeb může vést k existenčním potížím, frustraci, citové a výkonové deprivace a také může narušovat harmonický vývoj osobnosti a ovlivnit integritu jedince. Člověk s jakýmkoliv zdravotním znevýhodněním může potřebovat určitou pomoc a podporu při uspokojování lidských potřeb. Tato pomoc je souborem opatření, která vedou ke zpřístupnění možnosti realizovat či naplňovat přirozené potřeby jedince. V kontextu práce se jedná ve prospěch osob s postižením o zpřístupňování, například vzdělání, pracovního uplatnění a jedná se o vyrovnávání příležitostí, například seberealizace a společenské uplatnění. (Novosad, 2008, s. 28)

II VÝZKUMNÁ ČÁST

4 Výzkumné otázky

1. Využívají osoby s RS služeb léčebné rehabilitace?
2. Je sociální pracovník oporou a podporou člověku s RS?
3. Je význam vzdělávání součástí adaptačního procesu na onemocnění?
4. Představuje RS překážku či omezení při zapojení na trh práce?

5 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření proběhlo v období od listopadu 2012 do dubna 2013. Výzkum byl proveden prováděn po osobní dohodě se zařízením.

Pro dosažení cílů byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření. Vytvořila jsem vlastní dotazník, který obsahuje 22 otázek (viz příloha D). V dotazníku byly použity otevřené, uzavřené a polouzavřené otázky. Z uzavřených otázek byly použity dichotomické, výběrové, výčtové a škálové otázky. (Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/otazky-dotazniku.htm>)

Spolupracovali jsme s jedním zařízením v Pardubickém kraji, které poskytlo dotazníky osobám s roztroušenou sklerózou. Oslovila jsem také své známé v této specifické skupině. Dohromady jsme rozdali 40 dotazníků a všechny dotazníky byly použitelné k vyhodnocení. Návratnost dotazníků byla 100%.

Dotazník byl věnován klientům s roztroušenou sklerózou žijícím v domácím prostředí. Samozřejmě pro tyto klienty existuje i lůžkové zařízení, které je popsáno v příloze B.

V říjnu 2012 byla provedena pilotáž, kdy bylo rozdáno 10 dotazníků, nazpět se jich vrátilo všech 10. Na základě těchto výsledků byly poupraveny otázky i možnosti odpovědí. Návratnost byla 100%.

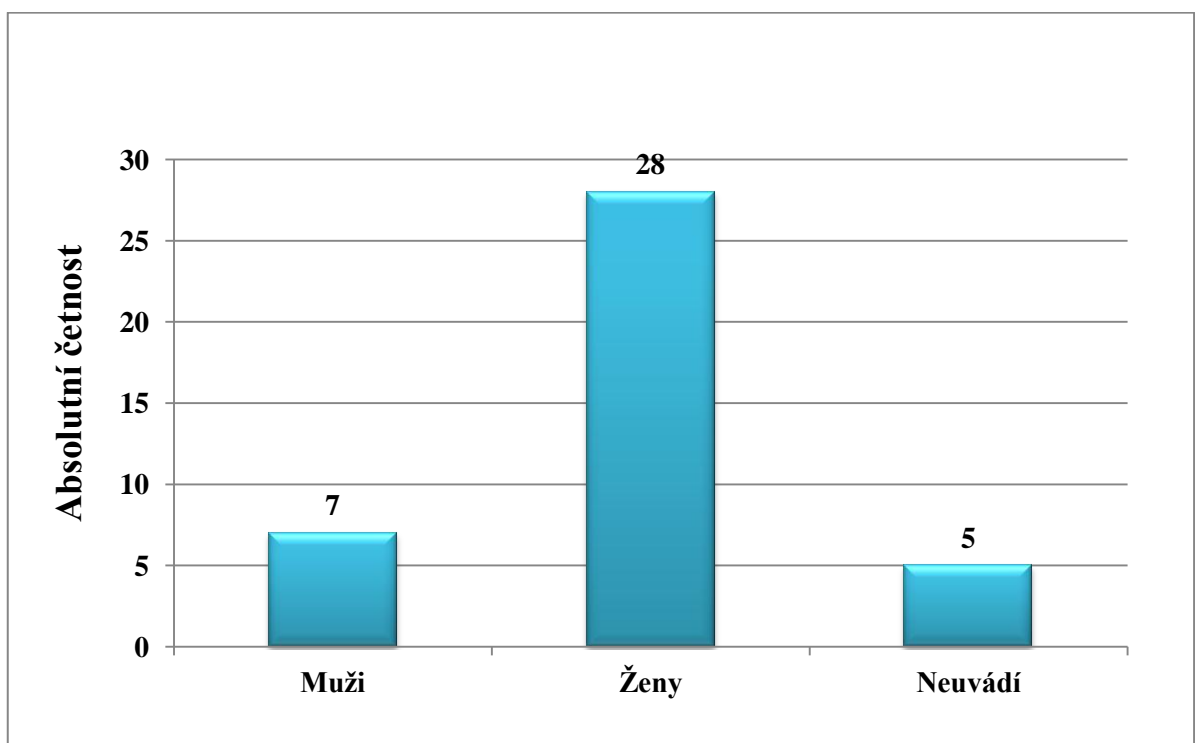
Pro analýzu zjištěných výsledků byl použit program Microsoft Office Excel, ve kterém byly získané údaje zpracovány v tabulkách a grafech. Byl použit statistický vzorec: $f_i = (n_i / n) * 100$ pro procentuální vyjádření, f_i označuje relativní četnost, kterou udáváme v procentech, n_i označuje absolutní četnost a n celkový počet respondentů. V interpretacích a grafech jsou výsledky zaokrouhleny. Pro prezentaci výsledků byly použity výsečové a sloupcové grafy.

6 Prezentace výsledků

Otázka č. 1: Pohlaví respondenta

(Na tuto otázku odpovědělo 35 respondentů)

- a) Muž
- b) Žena



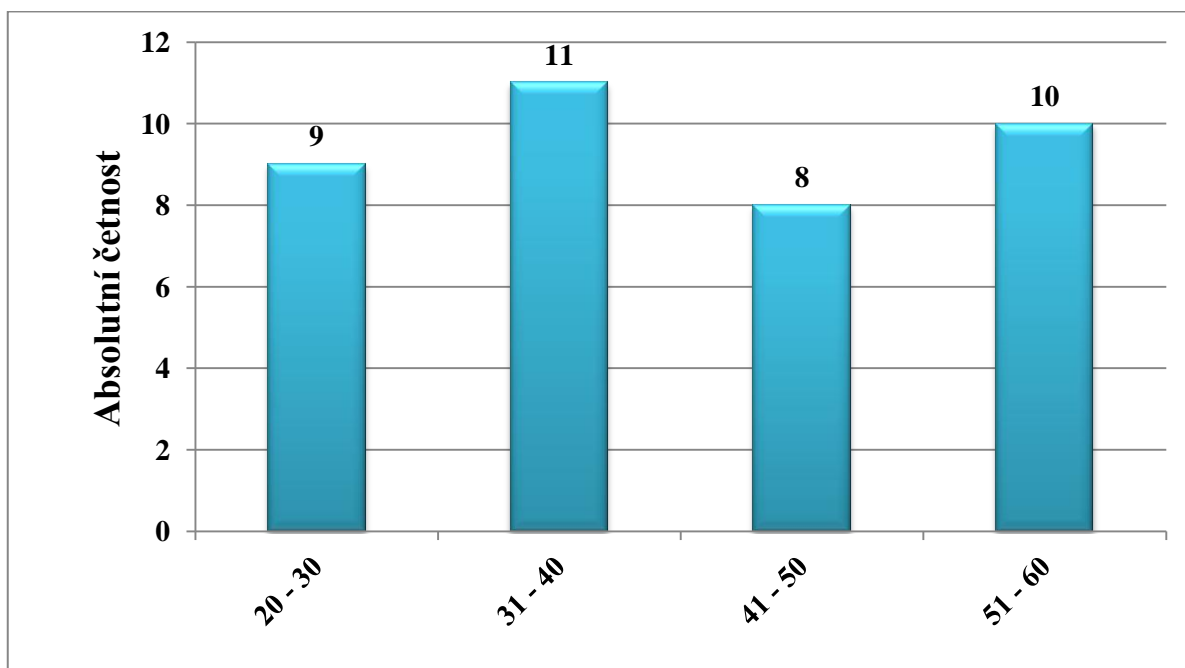
Obr. 1 Graf pohlaví respondentů

Na obrázku číslo 2 můžeme vidět, jakého složení z hlediska pohlaví jsou respondenti. Vidíme, že 28 respondentů (70 %) tvoří ženy. Z respondentů jich 7 zastávají muži (17 %) a 5 respondentů své pohlaví neuvadlo (13 %). Na grafu tedy můžeme vidět, že značně převažují ženy v celkovém počtu respondentů.

Otázka č. 2: Věk respondenta

(Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů)

U této otázky byla možnost volné odpovědi.



Obr. 2: Graf věkového rozložení respondentů

Druhá otázka v dotazníku zjišťovala věk respondentů, který byl následně zařazen do věkové kategorie, které jsou rozděleny po 10 letech. Na obrázku číslo 2, kde je znázorněn graf znázorňující věk respondentů můžeme vidět, jaké věkové skupiny jsou respondenty zastoupeny. Z celkového počtu respondentů neodpověděli na tuto otázku 2 respondenti. Ve věkové kategorii 20 – 30 let je 9 respondentů (24 %), pod věkovou hranicí 20 let nebyl žádný respondent. Ve věkové kategorii 31 – 40 let je 11 respondentů (29 %) a tvoří nejpočetnější věkovou kategorii. Další věkovou kategorií je 41 – 50 let, kde je 8 respondentů (21 %). A poslední, druhou nejpočetnější, kategorií je 51 – 60 let, kterou tvoří 10 respondentů (26 %).

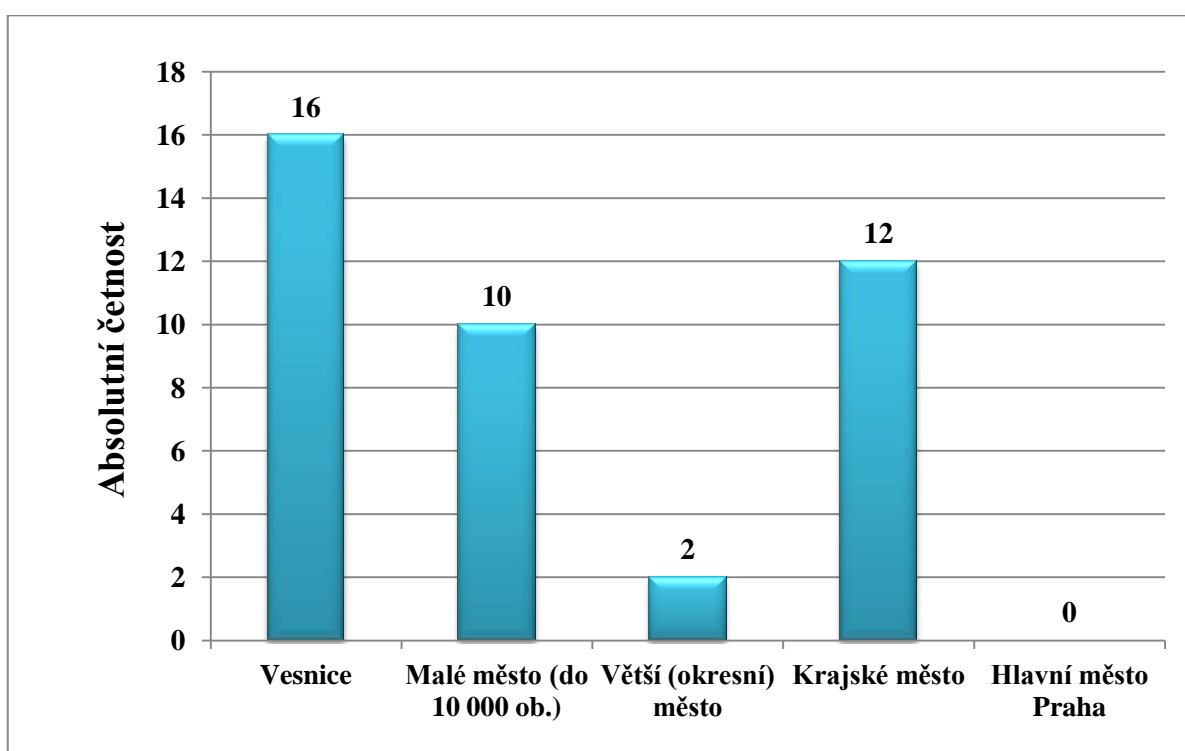
Na grafu můžeme vidět, že věková kategorie 31 – 40 let je nejpočetněji zastoupenou kategorií. Naopak nejméně zastoupenou je věková kategorie 41 – 50 let. Respondenti pod 20 ani nad 60 let nebyli žádní.

Průměrný věk byl 41,82. Střední hodnota neboli medián, byla 43. Nejčetnější odpovědí (modus) byl věk 30.

Otázka č. 3: Kde žijete?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) VESNICE
- b) MALÉ MĚSTO (DO 10.000 OBYVATEL)
- c) VĚTŠÍ (OKRESNÍ) MĚSTO
- d) KRAJSKÉ MĚSTO
- e) HLAVNÍ MĚSTO PRAHA



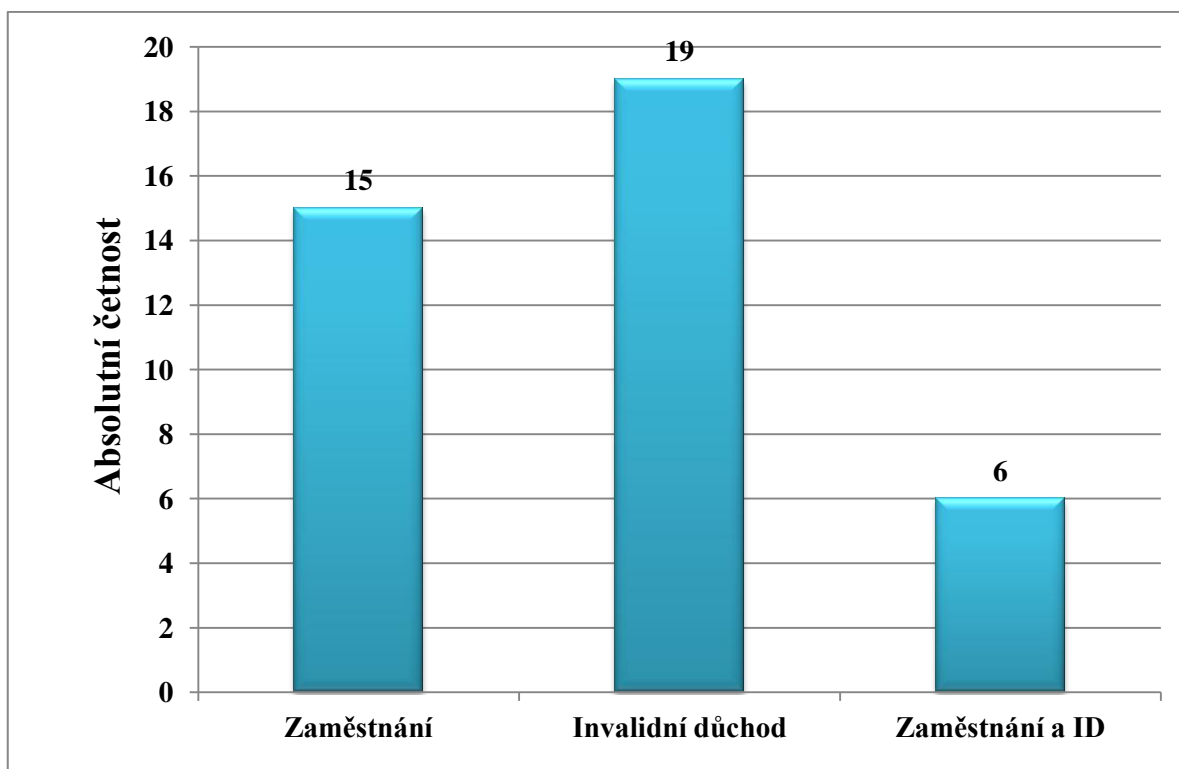
Obr. 3: Graf bydliště respondentů

Na obrázku číslo 3, kde je uveden graf s bydlištěm respondentů, můžeme vidět, že největším zastoupením, kde respondenti žijí je vesnice. Na vesnici žije 16 respondentů (40 %). Třetím nejpočetnějším místem je malé město (do 10 tisíc obyvatel), kde žije 10 respondentů (25 %). V nejmenším zastoupení je okresní město, kde žijí 2 respondenti (5 %). Druhým nejpočetněji zastoupeným místem je krajské město, kde žije 12 respondentů (30 %). Žádný respondent nepochází z hlavního města Prahy.

Otázka č. 4: Jak jste finančně zajištěn?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ZAMĚSTNÁNÍ, na jaký úvazek?
- b) INVALIDNÍ DŮCHOD, jakého stupně?
- c) BEZ ZAMĚSTNÁNÍ I BEZ INVALIDNÍHO DŮCHODU



Obr. 4 Graf finančního zajištění respondentů

Na obrázku č. 4, kde je graf znázorňující finanční zajištění respondentů je vidět, že nejčastějším jejich finančním zajištěním je invalidní důchod. Tuto odpověď označilo 19 respondentů (47 %). Druhou nejčastější odpovědí je zaměstnání, které označilo 15 respondentů (38 %) a na posledním místě se vyskytuje zaměstnání a zároveň pobírání invalidního důchodu. Tuto odpověď označilo 6 respondentů (15 %).

Tabulka č. 1: Možnosti zaměstnání

Odpovědi	n_i	f_i [%]
Plný úvazek	10	66,67
Živnostenský list	2	13,33
Poloviční	2	13,33
Zkrácený, momentálně na RD	1	6,67
Celkem	15	100,00

V tabulce č. 1, kde jsou uvedeny možnosti zaměstnání, je zřejmé, že respondenti jsou nejčastěji zaměstnání na plný úvazek. Touto odpovědí odpovědělo 10 respondentů (67 %). Značně méně častou odpovědí je živnostenský list a poloviční úvazek, na každou z těchto odpovědí vypsali 2 respondenti (13 %). Jeden respondent (7 %) odpověděl, že pracuje na zkrácený úvazek, ale momentálně je na rodičovské dovolené.

Tabulka č. 2: Možnosti invalidního důchodu

Odpovědi	n_i	f_i [%]
Invalidní důchod	7	36,84
II. Stupeň	4	21,05
III. Stupeň	8	42,11
Celkem	19	100,00

V tabulce číslo 2, kde jsou uvedeny možnosti invalidního důchodu, můžeme vidět, že nejčastěji pobírají invalidní důchod III. stupně. Tuto odpověď napsalo 8 respondentů (42 %). Na druhém místě je zvolená odpověď invalidního důchodu bez uvedení stupně tohoto důchodu, tuto odpověď dalo 7 respondentů (37 %). Podle četnosti poslední odpovědi byl zvolen invalidní důchod II. stupně, který zvolili 4 respondenti (21 %).

Tabulka č. 3: Možnosti zaměstnání a ID

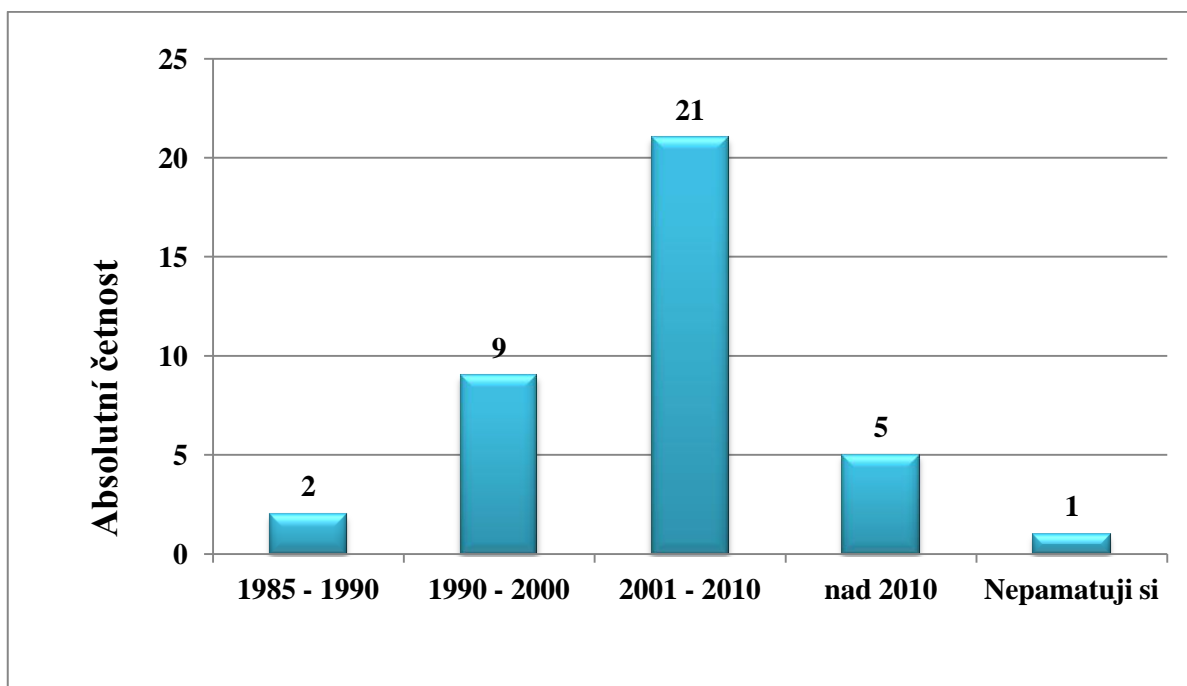
Odpovědi	n_i	f_i [%]
Plný úvazek a ID II. stupně	1	16,67
Zaměstnání na 11h/t a ID II. stupně	1	16,67
Zaměstnání na 6h/t a ID I. stupně	1	16,67
částečný úvazek a ID II. stupně	1	16,67
Zaměstnání i ID	1	16,67
Zaměstnání na 8h/t a ID II. stupně	1	16,67
Celkem	6	100

V tabulce č. 3, která znázorňuje četnost odpovědí u zvolených odpovědí zaměstnání a invalidního důchodu, můžeme vidět, že každý z těchto respondentů odpověděl jinak. Jeden respondent (16 %) pracuje na plný úvazek a zároveň pobírá invalidní důchod II. stupně. Dále jeden respondent (16 %) odpověděl, že je zaměstnán na 11 hodin týdně a pobírá invalidní důchod II. stupně. Odpovědí 1 respondenta (17 %) bylo zaměstnání na 6 hodin týdně a invalidní důchod I. stupně. Dále 1 respondent (17 %) pracuje na částečný úvazek a pobírá invalidní důchod II. stupně. Také 1 respondent (17 %) odpověděl, že má zaměstnání i invalidní důchod. Poslední odpovědí 1 respondenta (17 %) bylo zaměstnání na 8 hodin týdně a invalidní důchod II. stupně.

Otázka č. 5: Od jakého roku Vám byla diagnostikována RS?

(Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů)

U této otázky byla možnost volné odpovědi.



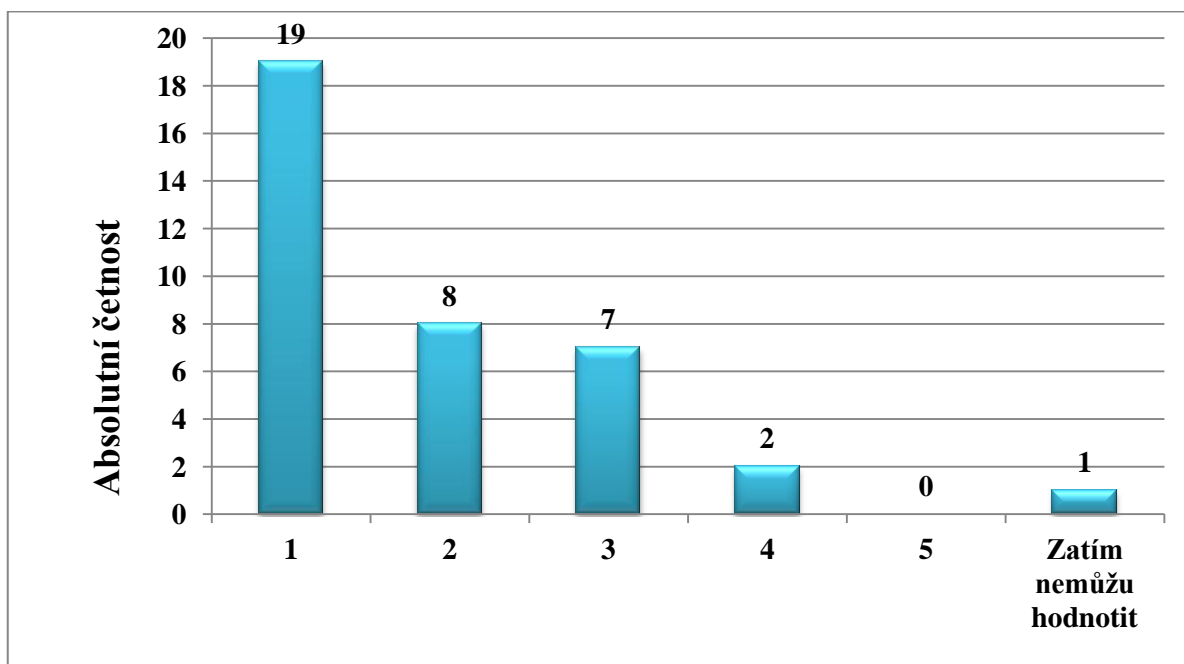
Obr. 5: Graf diagnostikování RS v rozmezí let

Podle obrázku číslo 5, na kterém je vyobrazena diagnostikování onemocnění v rozmezí let, je zřejmé, že nejčastěji byla diagnostikována roztroušená skleróza v letech od 2001 – 2010. Tuto odpověď napsalo 21 respondentů (55 %). Druhými nejčastěji zmíněnými lety byly roky od roku 1990 – 2000, kterou napsalo 9 respondentů (24 %). Pět respondentů (13 %) bylo diagnostikována až po roce 2010. Mezi lety 1985 – 1990 byli diagnostikováni 2 respondenti (5%). Dva respondenti tuto odpověď neuvodli, je možné, že si tuto informaci nepamatují, jak také odpověděl 1 respondent (3 %).

Otázka č. 6: Jak hodnotíte celkovou péči a služby pro lidi s RS?

(Na tuto otázku odpovědělo 37 respondentů)

U této otázky odpovídali respondenti pomocí škály od 1-5.



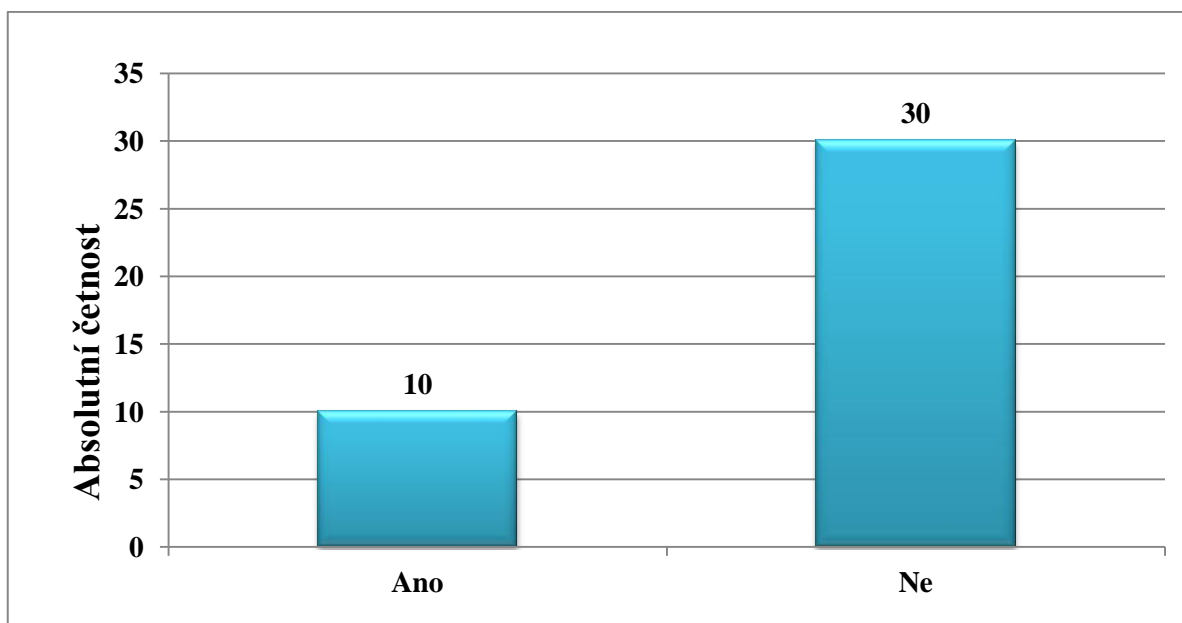
Obr. 6: Graf hodnocení celkové péče o lidi s RS

Na obrázku číslo 6, který znázorňuje graf hodnocení celkové péče o lidi. Na tuto otázku se odpovídalo pomocí škály od 1 – 5. Na tuto otázku odpovědělo 37 respondentů (93 %). Nejčastější odpovědí bylo číslo 1, které představovalo velmi dobré hodnocení. Tímto číslem odpovědělo 19 respondentů (51 %). Druhou nejčastější odpovědí bylo číslo 2, které představovalo dobré hodnocení. Tímto číslem odpovědělo 8 respondentů (22 %). Číslem 3, které představovalo dostačující hodnocení, odpovědělo 7 respondentů (19 %). Číslem 4, které představovalo nevyhovující hodnocení, bylo odpovězeno 2 respondenty (5 %). Za úplně nedostatečné hodnocení ji nepovažuje žádný respondent. Jeden respondent (3 %) uvedl, že péči zatím nemůže hodnotit.

Otázka č. 7: Navštěvujete pravidelně fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka (specialista k léčbě pohybových potíží)?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO, jak často?
- b) NE



Obr. 7: Graf návštěvnosti fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka

Na obrázku číslo 7, kde je znázorněn graf návštěvnosti fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka, je patrné, že většina respondentů tohoto pracovníka nenavštěvuje. Deset respondentů (25 %) z celkového počtu dotazovaných, navštěvuje fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka. Fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka nenavštěvuje 30 dotázaných respondentů (75 %). Z těchto 30 respondentů jeden respondent (0,03 %) uvedl, že cvičí doma a jiný 1 respondent (0,03 %) uvedl, že tohoto pracovníka navštěvuje jen v lázních.

Tabulka č. 4: Pravidelnost návštěv fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka

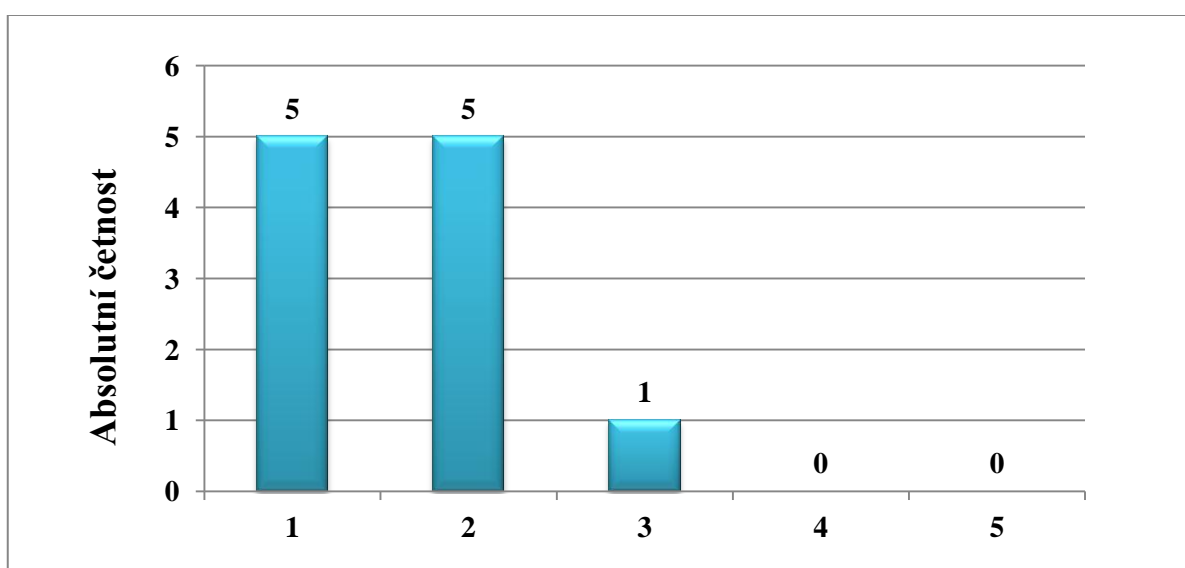
Odpovědi	n_i	f_i [%]
1x týdně	3	30
2x týdně	4	40
1x za 3 měsíce	1	10
4x za rok	1	10
Nárazově při atace	1	10
Celkem	10	100

V tabulce č. 4 je znázorněna pravidelnost návštěv fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka u respondentů, kteří odpověděli, že tohoto pracovníka navštěvují. Tři respondenti (30 %) navštěvují tohoto pracovníka 1x týdně. Čtyři respondenti (40 %) navštěvuje tohoto pracovníka 2x týdně. Z těchto 4 respondentů jeden uvedl, že tento pracovník k němu jezdí domů. Jeden respondent (10 %) navštěvuje tohoto pracovníka 1x za 3 měsíce. Návštěvu 4x za rok uvedl 1 respondent (10 %). Nárazově při atace navštěvuje fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka také 1 respondent (10 %).

Otázka č. 7.1: Zhodnoťte prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách?

(Na tuto otázku odpovědělo 11 respondentů)

U této otázky odpovídali respondenti pomocí škály od 1-5.



Obr. 8: Graf zhodnocení zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka

Na obrázku číslo 8, který pomocí škály znázorňuje zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka, vidíme, že nejčastější odpovědi byly 1 a 2. Pět respondentů (46 %) odpovědělo číslem 1, tedy velmi dobrým zlepšením. Dalších 5 respondentů (45 %) odpovědělo číslicí 2, představující dobré zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka. Číslem 3, představující uspokojující zlepšení po těchto službách, odpověděl 1 respondent (9 %).

Otázka č. 7.2: V čem cítíte zlepšení?

(Na tuto otázku odpovědělo 13 respondentů)

U této otázky byla možnost volné odpovědi.

Tabulka č. 5: Odpovědi na zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka

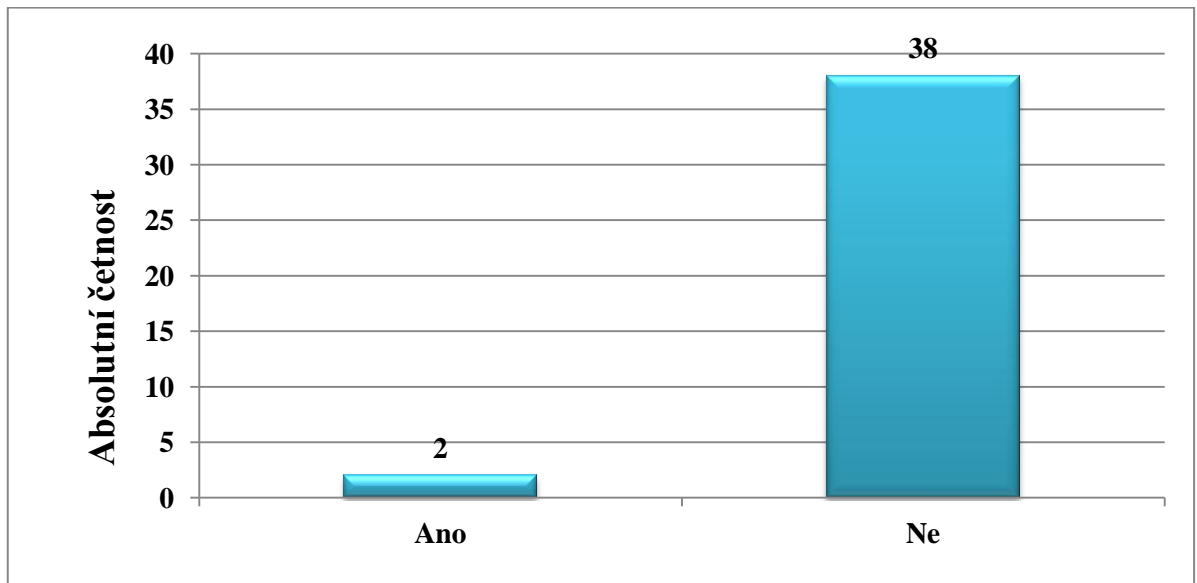
Odpovědi	n_i	f_i [%]
Celkově fyzicky	2	15,38
Chůze	4	30,77
Jsem uvolněnější	1	7,69
Koordinace pohybu	2	15,38
V komunikaci	1	7,69
Stabilita	2	15,38
Úleva svalstva	1	7,69
Celkem	13	100,00

V tabulce číslo 5, která znázorňuje oblasti zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka, můžeme vidět, jak respondenti odpovídali na tuto otázku. Nejčastější odpovědí byla chůze, kterou napsali 4 respondenti (15 %). Další častou odpovědí celkovým fyzickým zlepšením odpověděli 2 respondenti (15 %). Dalším zlepšením v koordinaci pohybu napsali 2 respondenti (15 %). Další odpovědi, kterou uvedli 2 respondenti (15 %), bylo zlepšení ve stabilitě. Jeden respondent (8 %) napsal, že se cítí uvolněněji. V komunikaci cítí zlepšení 1 respondent (8 %). A úlevu svalstva po službách fyzioterapeuta cítí 1 respondent (8 %).

Otázka č. 8: Navštěvujete ergoterapeuta (specialista pro nácvik běžných každodenních činností)?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO, jak často?
- b) NE



Obr. 9: Graf návštěvnosti ergoterapeuta

Na obrázku číslo 9, kde je graf znázorňující návštěvnost ergoterapeuta, můžeme vidět, že z celkového počtu 40 respondentů navštěvují ergoterapeuta jen 2 respondenti (5 %). Zbytek respondentů, tedy 38 respondentů (95 %) ergoterapeuta nenavštěvuje. Ze dvou respondentů, kteří navštěvují ergoterapeuta, uvedl jeden respondent, že navštěvuje ergoterapeuta 1x týdně. Druhý na pravidelnost návštěv neodpověděl.

Otázka č. 8.1: Zhodnoťte prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách?

(Na tuto otázku odpověděli 2 respondenti)

U této otázky odpovídali respondenti pomocí škály od 1-5.

Tabulka č. 6: Odpovědi na zlepšení po službách ergoterapeuta

Odpovědi	n_i	f_i [%]
1	1	50
2	1	50
3	0	0
4	0	0
5	0	0
Celkem	2	100

V tabulce číslo 6, která znázorňuje četnost odpovědí na zlepšení po službách ergoterapeuta, vidíme, že jsou označeny jen dvě odpovědi. Jeden respondent (50 %) odpověděl označením čísla 1, které představovalo velmi dobré zlepšení po těchto službách. Druhý respondent (50 %) odpověděl označením číslicí 2, které představovalo dobré zlepšení po těchto službách. Ergoterapeuta navštěvují dva respondenti, kteří hodnotili zlepšení po těchto službách pomocí škály.

Otázka č. 8.2: V čem cítíte zlepšení po těchto službách?

(Na tuto otázku odpověděl 1 respondent)

U této otázky byla možnost volné odpovědi.

Tabulka č. 7: Odpovědi na zlepšení po službách ergoterapeuta

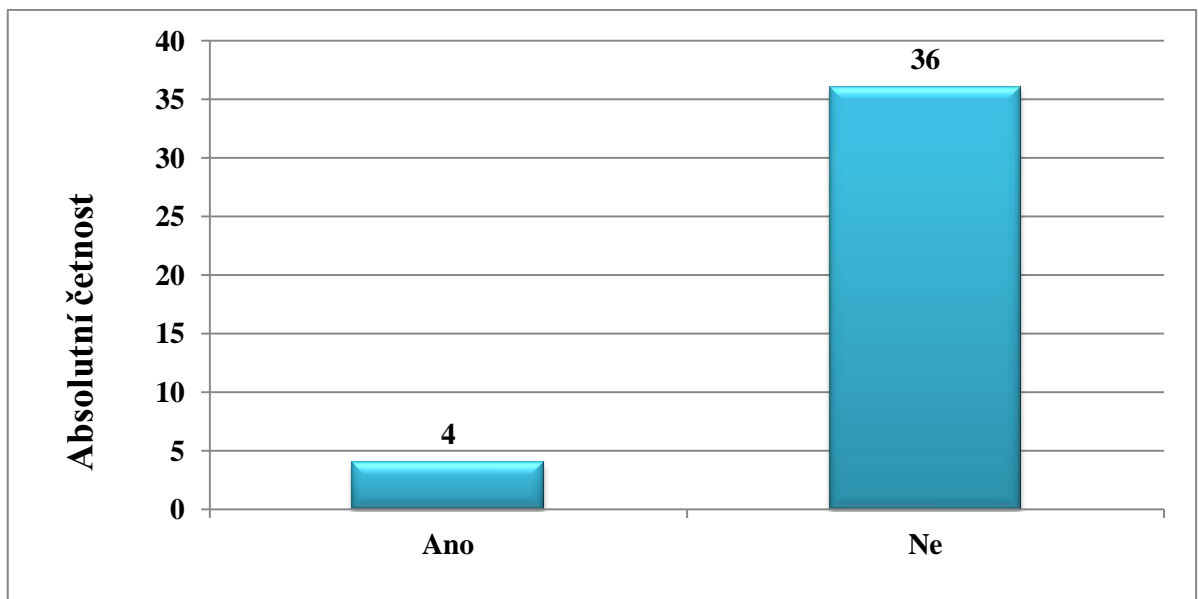
Odpovědi	n_i	f_i [%]
Jemná motorika	1	100
Celkem	1	100

Tabulka číslo 7, která uvádí odpovědi na oblast zlepšení po službách ergoterapeuta, nám ukazuje, že na tuto otázku odpověděl 1 respondent (100 %), který uvedl, že cítí zlepšení v oblasti jemné motoriky.

Otázka č. 9: Využíváte služby klinického psychologa (specialista k léčbě psychických problémů souvisejících s onemocněním)?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO, jak často?
- b) NE



Obr. 10: Graf návštěvnosti klinického psychologa

Na obrázku číslo 10, který znázorňuje návštěvnost klinického psychologa, můžeme vidět, že klinického logopeda navštěvují jen 4 respondenti (10 %). Klinického psychologa nenavštěvuje 36 respondentů (90 %).

Tabulka č. 8: Návštěvnost klinického psychologa

Odpovědi	n_i	f_i [%]
3x ročně	1	25
4x ročně	1	25
1x za měsíc	2	50
Celkem	4	100

V tabulce číslo 8, která obsahuje návštěvnost klinického psychologa, vidíme čtyři odpovědi respondentů, kteří navštěvují tohoto specialistu. Jeden respondent (25 %) navštěvuje

klinického psychologa 3x za rok. Další 1 respondent (25 %) navštěvuje klinického psychologa 4x za rok. A nejčastější odpovědí, kterou napsali 2 respondenti (50 %) je návštěvnost klinického psychologa 1x za měsíc.

Otázka č. 9.1: Zhodnot'te prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách?

(Na tuto otázku odpověděli 4 respondenti)

U této otázky odpovídali respondenti pomocí škály od 1-5.

Tabulka č. 9: Hodnocení zlepšení po službách klinického psychologa

Odpovědi	n_i	f_i [%]
1	0	0
2	2	50
3	2	50
4	0	0
5	0	0
Celkem	4	100

V tabulce číslo 9, která znázorňuje hodnocení zlepšení po službách klinického psychologa, můžeme vidět odpovědi všech čtyř respondentů, kteří navštěvují klinického psychologa. Číslem 2, které představuje dobré zlepšení po službách tohoto specialisty, odpověděli 2 respondenti (50 %). Zbylí 2 respondenti (50 %) odpověděli označením číslicí 3, která představuje uspokojující zlepšení po službách tohoto specialisty.

Otázka č. 9.2: V čem cítíte zlepšení?

(Na tuto otázku odpověděli 3 respondenti)

U této otázky byla možnost volné odpovědi.

Tabulka č. 10: Odpovědi zlepšení po službách klinického psychologa

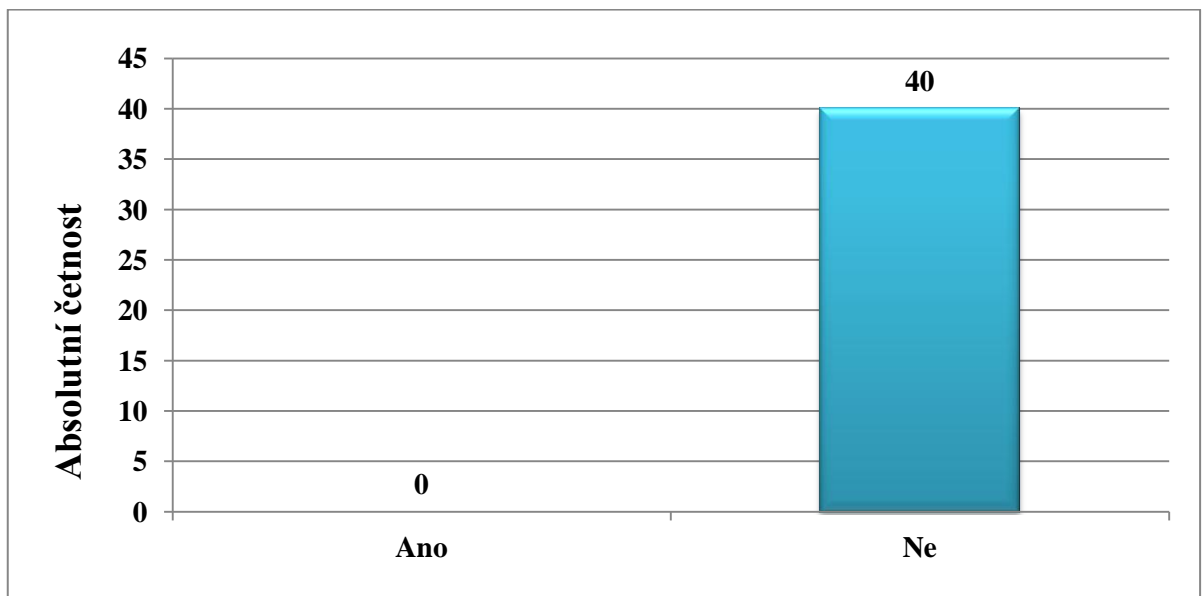
Odpovědi	n_i	f_i [%]
Lepší psychiku	1	33,33
Úlevu	2	66,67
Celkem	3	100,00

V tabulce číslo 10, která znázorňuje odpovědi na zlepšení po službách klinického psychologa, vidíme odpovědi 3 respondentů ze 4, kteří navštěvují klinického psychologa. Lepší psychiku cítí 1 respondent (33 %) a 2 respondenti (67 %) cítí úlevu po službách klinického psychologa.

Otázka č. 10: Využíváte služby klinického logopeda (specialista k léčbě komunikačních poruch)?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO, jak často?
- b) NE



Obr. 11: Graf návštěvnosti klinického logopeda

Na obrázku číslo 11, kde je znázorněn graf návštěvnosti klinického logopeda můžeme vidět, že ze 40 respondentů (100 %) tohoto specialistu nenavštěvuje žádný respondent.

Otázka č. 11: Je některá z níže uvedených služeb pro Vás z nějakého důvodu nedostatečná či nedostupná? (Možno zaškrtnout více odpovědí a do prázdné kolonky napsat důvod)

(Na tuto otázku odpovědělo 7 respondentů)

- a) FYZIOTERAPEUT
- b) ERGOTERAPEUT
- c) KLINICKÝ PSYCHOLOG
- d) KLINICKÝ LOGOPED

Tabulka č. 11: Odpovědi důvodů nedostupnosti určité služby

Odpovědi	n _i	f _i [%]
Fyzioterapeut - z důvodu dlouhé čekací doby	1	14,29
Fyzioterapeut - z důvodu financí	1	14,29
Fyzioterapeut - z důvodu cestování	1	14,29
Ergoterapeut - z důvodu nevědomosti o této službě	2	28,57
Klinický psycholog - budu hledat	1	14,29
Vše je dostupné, jen nevyužívám	1	14,29
Celkem	7	100

V tabulce číslo 11, která znázorňuje odpovědi na důvod nedostupnosti určité služby. U specialisty fyzioterapie byla 1 odpověď (14 %) důvod dlouhé čekací doby tohoto specialisty. Dále u fyzioterapeuta byl uveden 1 důvod (14 %) finance. A poslední odpovědí byl důvod cestování, který uvedl 1 respondent (14 %).

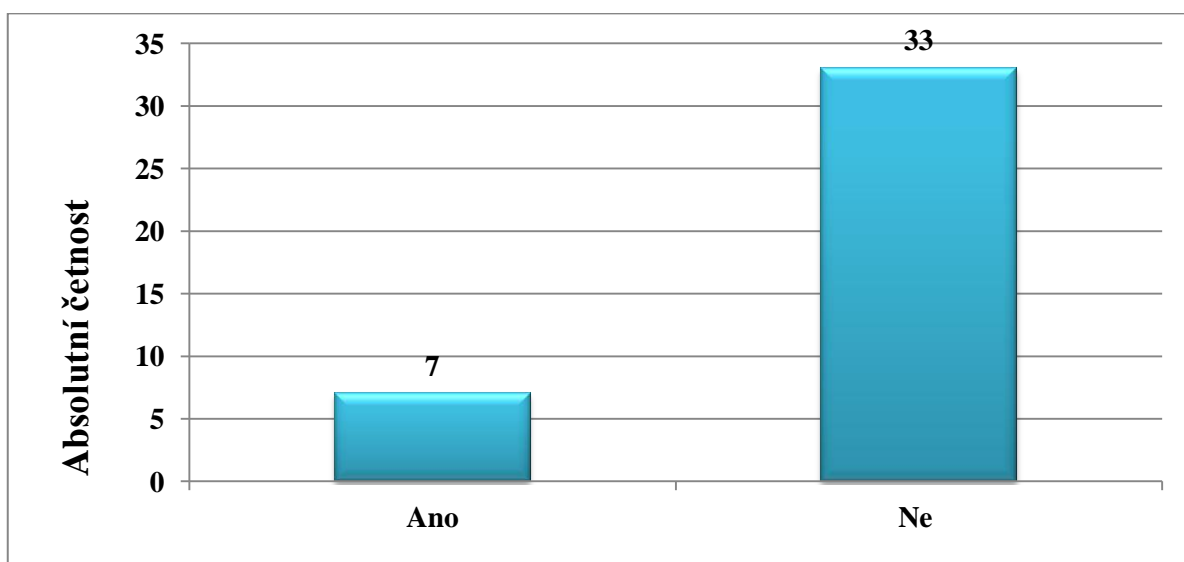
Dva respondenti (29 %) uvedli, že důvodem nedostupnosti ergoterapeuta je nevědomost o této službě.

Jeden respondent (14 %) bude teprve hledat klinického psychologa. A jeden respondent (14 %) napsal, že jsou pro něj všechny tyto služba dostupné, ale nevyužívá je.

Otázka č. 12: Poskytl Vám sociální pracovník poradenství, podporu či pomoc?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO, při jaké příležitosti?
- b) NE



Obr. 12: Graf pomoci sociálního pracovníka

Na obrázku číslo 12, kde je znázorněn graf pomoci sociálního pracovníka, můžeme vidět, že z celkového počtu respondentů byla pomoc poskytnuta jen 7 (18 %). Sociální pracovník nikdy nepomohl ostatním respondentům, tedy 33 respondentům (82 %).

Tabulka č. 12: Odpovědi pomoci sociálního pracovníka

Odpovědi	n_i	f_i [%]
Žádost o VZP, auto	1	20
Hiporehabilitace, osobní asistence	1	20
Sociální příspěvky	1	20
MěÚ, asistovaná pomoc při hledání zaměstnání	1	20
Všeobecně	1	20
Celkem	5	100

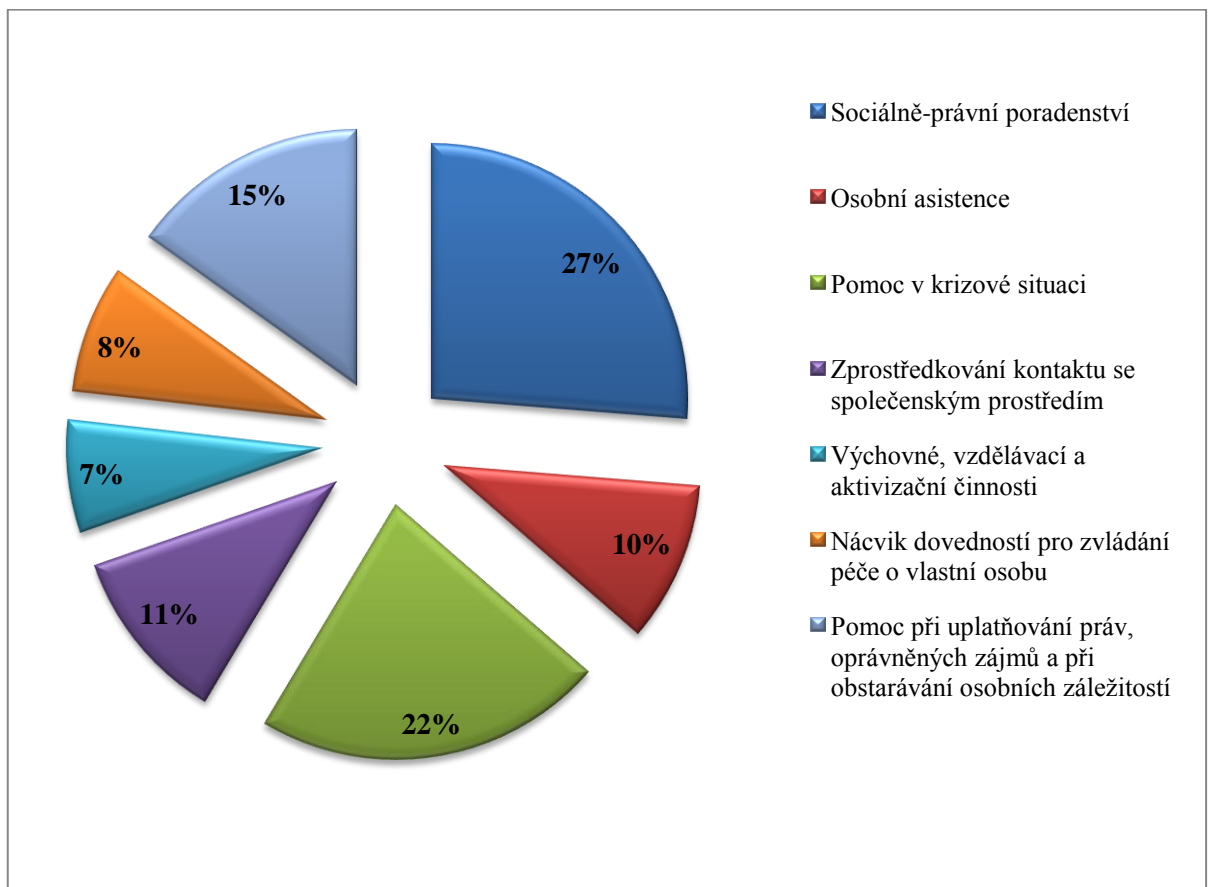
V tabulce číslo 12, kde jsou zaznamenány odpovědi na otázku, v čem pomohl sociální pracovník respondentům. V tabulce můžeme vidět odpovědi od 5 respondentů (13 %) z celkového počtu, kteří odpověděli na tuto otázku. Jeden respondent (20 %) odpověděl,

že v žádosti o VZP a o auto. Další odpovědi 1 respondenta (20 %) byla hiporehabilitace a osobní asistence. V sociálních příspěvcích pomohl sociální pracovník také 1 respondentovi (20 %). Na městském úřadě pomohl 1 respondentovi (20 %) sociální pracovník při hledání zaměstnání. A odpovědi všeobecně odpověděl 1 respondent (20 %).

Otázka č. 13: V čem může podle Vás sociální pracovník být oporou a podporou pro lidi s RS? (Možnost zaškrtnout více odpovědí)

(Na tuto otázku odpovědělo 35 respondentů)

- a) SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ PORADENSTVÍ
- b) OSOBNÍ ASISTENCE
- c) POMOC V KRIZOVÉ SITUACE
- d) ZPROSTŘEDKOVÁNÍ KONTAKTU SE SPOLEČENSKÝM PROSTŘEDÍM
- e) VÝCHOVNÉ, VZDĚLÁVACÍ A AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI
- f) NÁCVIK DOVEDNOSTÍ PRO ZVLÁDÁNÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU
- g) POMOC PŘI UPLATŇOVÁNÍ PRÁV, OPRÁVNĚNÝCH ZÁJMŮ A PŘI OBSTARÁVÁNÍ OSOBNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ
- h) JINÉ:



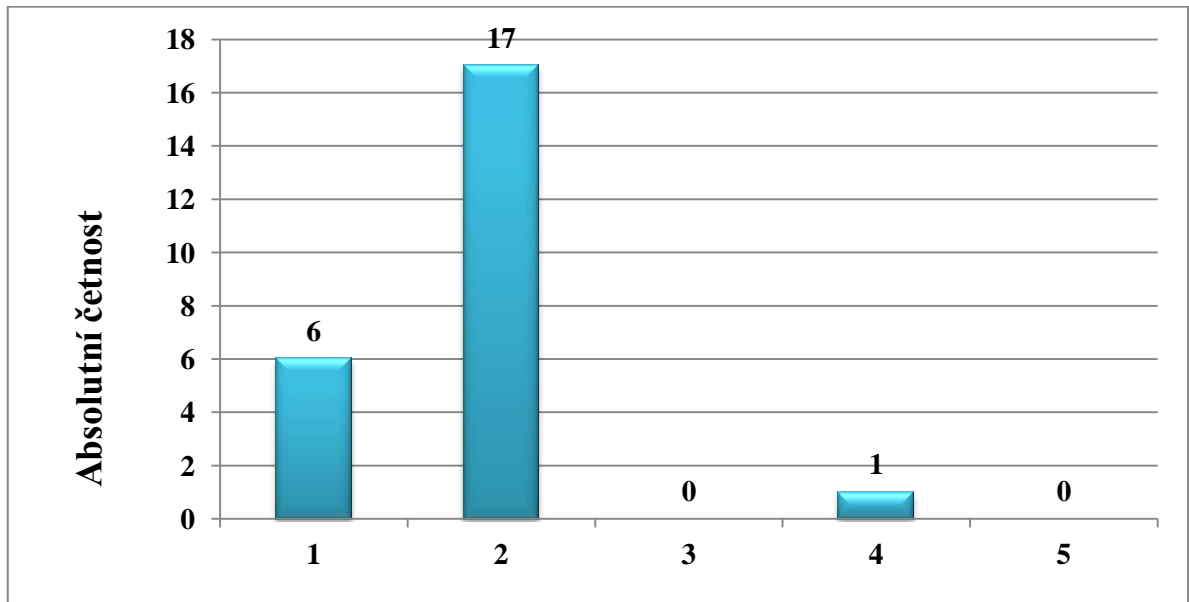
Obr. 13: Graf odpovědí na podporu a oporu sociálního pracovníka v procentech

Na obrázku číslo 13 je znázorněna četnost odpovědí na zvolené odpovědi podpory a opory sociálního pracovníka pomocí výsečového grafu. Na tuto otázku bylo celkem 99 odpovědí (100 %) od 35 respondentů (88 %). Nejčastější zvolenou odpovědí bylo sociálně-právní poradenství, která byla zvolena 26 respondenty (26 %). Další zvolenou odpovědí 22 respondenty byla pomoc v krizové situaci (22 %). Třetí nejčastější odpověď, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a pomoc při obstarávání osobních záležitostí, zvolilo 15 respondentů (15 %). Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím označilo 11 respondentů (11 %). Deset respondentů (10 %) zvolilo odpověď osobní asistence. Nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu označilo 8 respondentů (8 %). Sedm respondentů (7 %) označilo odpověď výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Otázka č. 14: Pomocí škály zhodnoťte, jak jsou sociální pracovníci potřební v péči o klienty s RS?

(Na tuto otázku odpovědělo 24 respondentů)

U této otázky byla odpověď pomocí škály od 1-5.



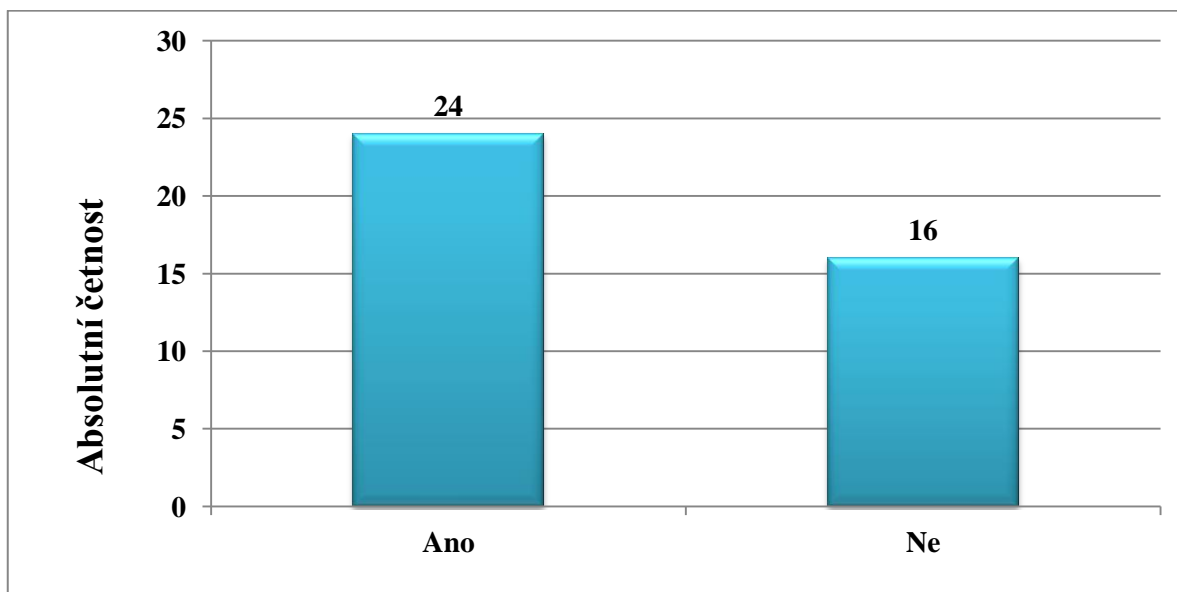
Obr. 14: Graf hodnocení potřeby sociálních pracovníků v péči o klienty s RS

Na obrázku číslo 14, kde je zobrazen graf hodnocení potřeby sociálních pracovníků v péči o klienty s RS, můžeme vidět, že na tuto otázku odpovědělo pouze 24 respondentů (60 %) z celkového počtu. Nejčastější odpovědí bylo číslo 2, které představuje, že sociální pracovníci jsou potřební v péči o klienty s RS. Tuto odpověď označilo 17 respondentů (71 %). Šest respondentů (25 %) zvolilo odpověď čísla 1 a to, že sociální pracovníci jsou velmi potřební v péči o klienty s RS. Pouze 1 respondent (4 %) zvolil číslo 4, což představovalo, že sociální pracovníci jsou nepotřební v péči o klienty s RS.

Otázka č. 15: Máte potřebu se vzdělávat?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO, v čem?
- b) NE



Obr. 15: Graf potřeby vzdělávání

Na obrázku číslo 15, kde je vyobrazen graf potřeby vzdělání, můžeme vidět, že potřebu se vzdělávat má 24 respondentů (60 %). V jakých oblastech se respondenti nejčastěji vzdělávají, můžeme vidět v tabulce číslo 13. Potřebu vzdělávání nemá 16 respondentů (40 %) z celkového počtu dotazovaných respondentů.

Tabulka č. 13: Odpovědi na oblasti vzdělávání respondentů

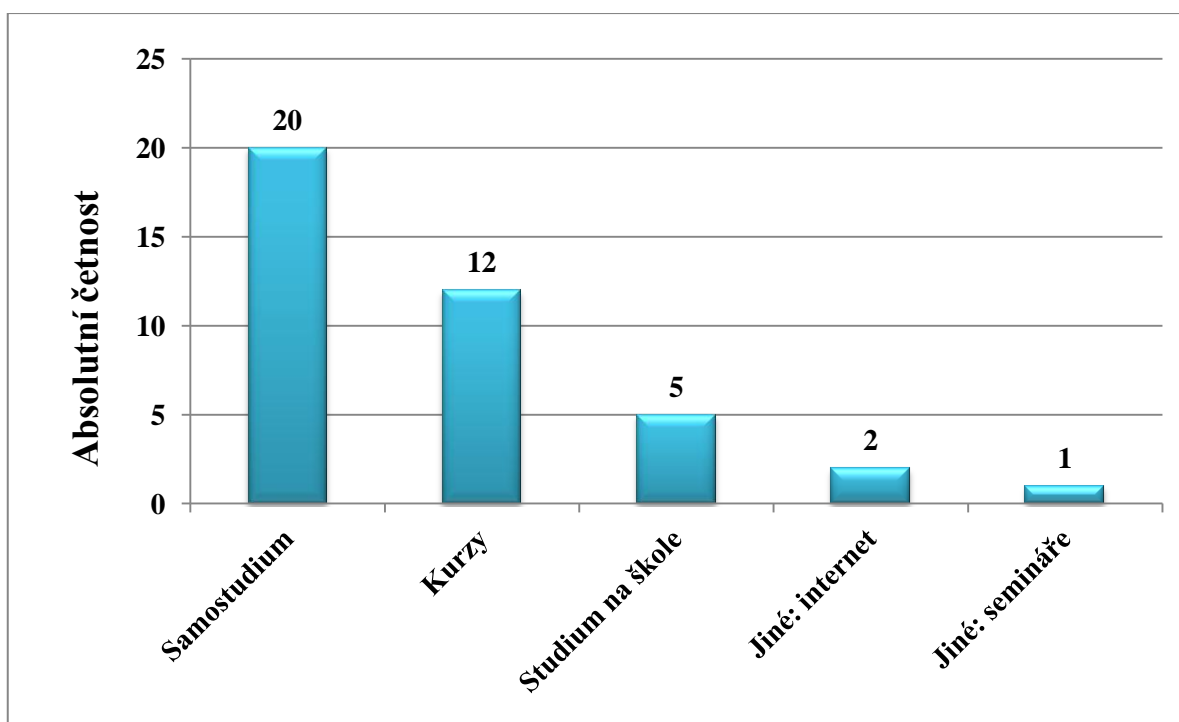
Odpovědi	n _i	f _i [%]
V práci a v oblasti koníčků	1	8,33
Ve všem	3	25
Ekonomika	1	8,33
Vzdělání pro dokončení pracovního zařazení	1	8,33
Rekvalifikace	1	8,33
Právní oblast	1	8,33
Duchovní rozvoj	1	8,33
Jazyky, finanční gramotnost, legislativa	1	8,33
Psychologie	1	8,33
Celková problematika RS, možnosti léčby, rehabilitace - lepší zapojení na trh práce	1	8,33
Celkem	12	100

V tabulce číslo 13, zobrazující oblasti vzdělávání respondentů, můžeme vidět, že 3 respondenti (25 %) se vzdělávají ve všem. Tím se stává nejčastější odpovědí. V práci a v oblasti koníčků se vzdělává 1 respondent (8 %). V ekonomice také 1 respondent (8 %). Jeden respondent (8 %) se vzdělává pro dokončení pracovního zařazení. Možnost rekvalifikace využívá také 1 respondent (8 %). Právní oblast zajímá 1 respondenta (8 %). Duchovním rozvojem se zabývá také 1 respondent (8 %). V jazycích, finanční gramotnosti a legislativě se vzdělává 1 respondent (8 %). Zajímá je, že celkovou problematikou RS, možnostmi léčby a rehabilitací pro lepší zapojení na trh práce se zabývá pouze 1 respondent (8 %).

Otázka č. 16: Jakým způsobem se vzděláváte?

(Na tuto otázku odpovědělo 30 respondentů)

- a) SAMOSTUDIUM
- b) KURZY
- c) STUDIUM NA ŠKOLE
- d) JINÉ:



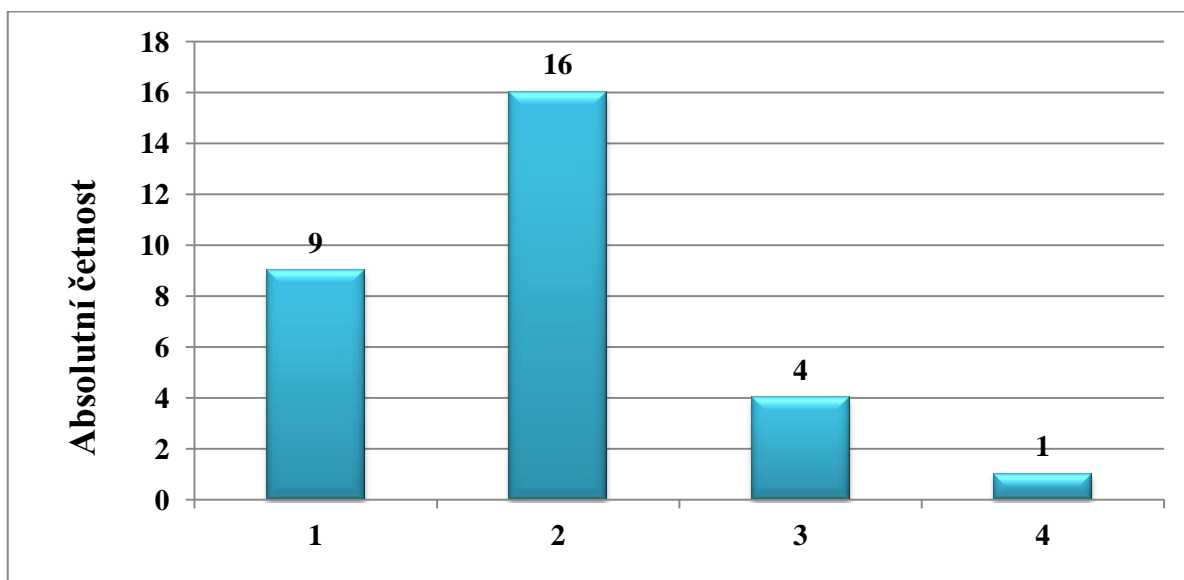
Obr. 16: Graf způsobů vzdělávání respondentů

Na obrázku číslo 16, kde je zobrazen graf způsobů vzdělávání respondentů, můžeme vidět, že odpovědělo 30 respondentů (75 %), i když potřebu vzdělávání má pouze 24 respondentů (60 %). Nejčastější odpovědí byla možnost samostudia, kterou využívá 20 respondentů (50 %). Další častou odpovědí, na kterou odpovědělo 12 respondentů (30 %) byly kurzy. Na školách studuje 5 respondentů (12 %) Respondenti, kteří využívají internet, jsou 2 (5 %) a 1 respondent (3 %) navštěvuje semináře.

Otázka č. 17: Zhodnoťte na škále význam vzdělávání v adaptaci na Vaše onemocnění?

(Na tuto otázku odpovědělo 30 respondentů)

U této otázky byla odpověď pomocí škály od 1-5.



Obr. 17: Graf významu vzdělávání na onemocnění RS

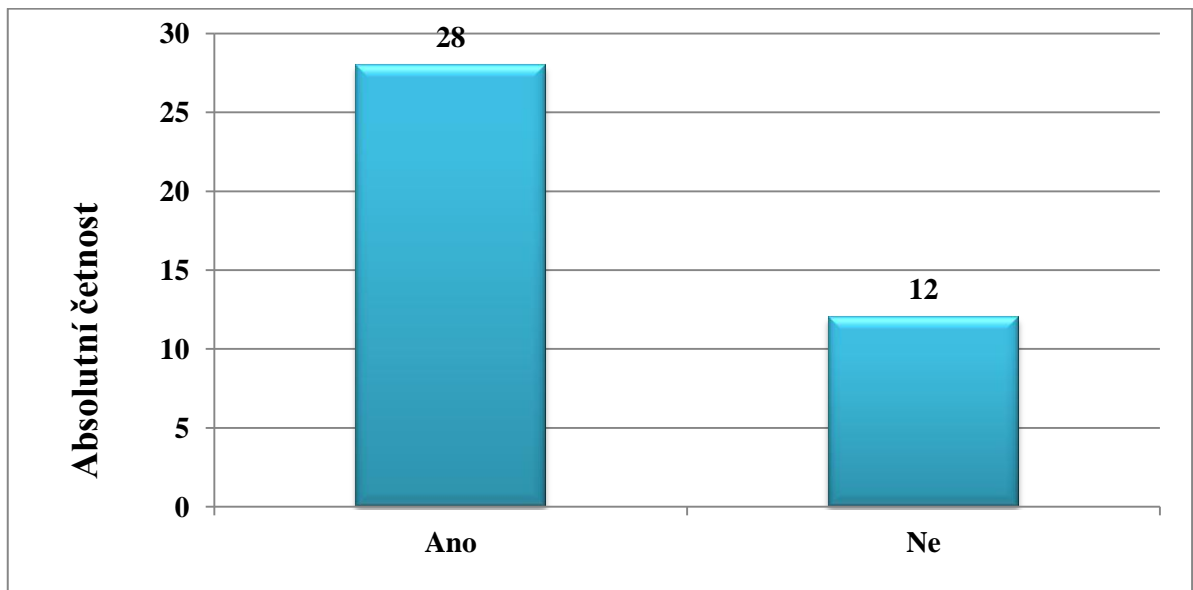
Na obrázku číslo 17, který znázorňuje graf významu vzdělávání na onemocnění RS, vidíme, že nejčastější zvolenou odpovědí je číslo 2, představující, že vzdělávání má význam v adaptaci na onemocnění roztroušená skleróza. Touto odpovědí odpovědělo 16 respondentů (53 %). Druhou nejčastěji volenou odpovědí byl vysoký význam vzdělávání, který byl označený číslem 1. Takto odpovědělo 9 respondentů (30%). Nepatrným významem neboli číslicí 3 odpověděli 4 respondenti (13%). To, že vzdělávání v adaptaci na onemocnění nemá žádný význam neboli číslo 4, si myslí 1 respondent (3%).

Na tuto otázku odpovědělo 30 respondentů (75%).

Otázka č. 18: Máte potřebu se seberealizovat v rámci pracovní činnosti?

(Na tuto otázku odpovědělo všech 40 respondentů)

- a) ANO
- b) NE



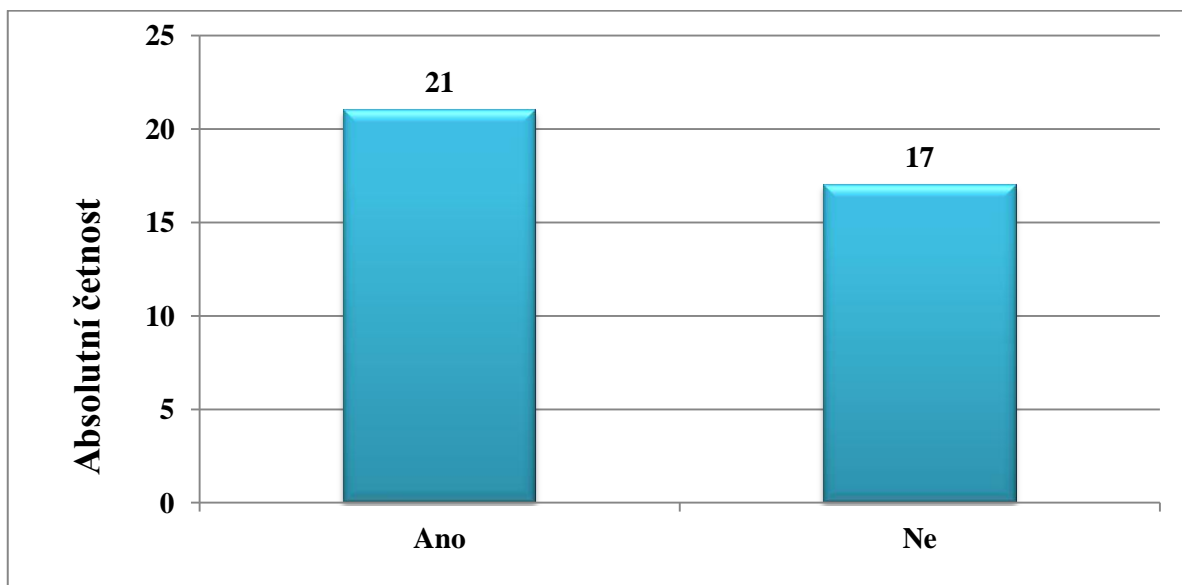
Obr. 18: Graf potřeby seberealizace v rámci pracovní činnosti

Na obrázku číslo 18 s vyobrazeným grafem potřeby seberealizace v rámci pracovní činnosti vidíme, že většina respondentů, tedy 28 respondentů (70 %), má potřebu seberealizace v rámci pracovní činnosti. Dvanáct respondentů (30 %) nemá potřebu seberealizace v rámci pracovní činnosti.

Otázka č. 19: Dovoluje Vám to Váš zdravotní stav?

(Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů)

- a) ANO
- b) NE



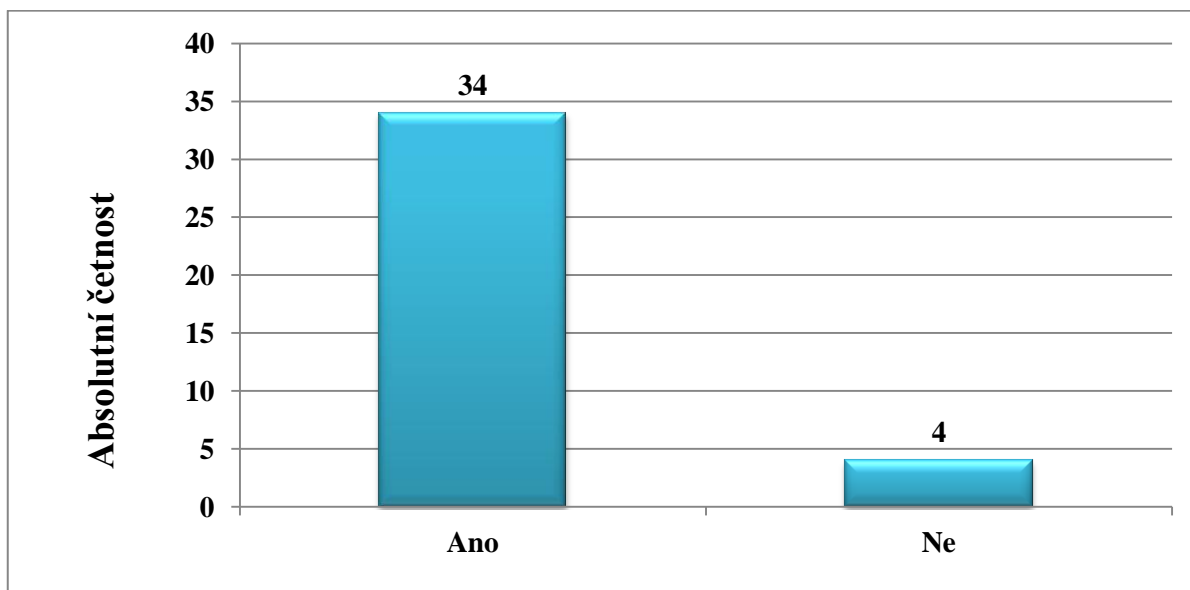
Obr. 19: Graf možnosti seberealizace k zdravotnímu stavu respondentů

Obrázek číslo 19 vyobrazuje graf možnosti seberealizace v rámci pracovní činnosti zdravotním stavem respondenta. Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů (95 %). Zdravotní stav dovoluje seberealizaci v rámci pracovní činnosti 21 respondentům (55 %). Ostatním 17 respondentům (45 %) zdravotní stav nedovoluje možnost seberealizace v rámci pracovní činnosti.

Otázka č. 20: Jsou lidé s RS znevýhodněni při hledání zaměstnání?

(Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů)

- a) ANO
- b) NE



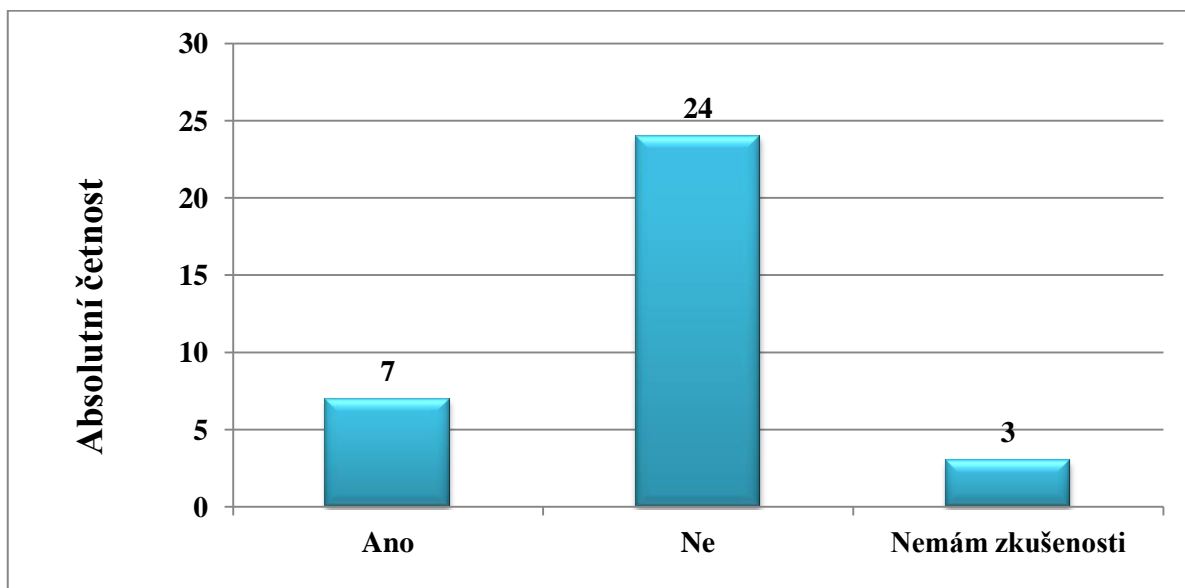
Obr. 20: Graf znevýhodnění při hledání zaměstnání

Jak můžeme vidět na obrázku číslo 20, kde je zobrazen graf znevýhodnění při hledání zaměstnání osob s RS, si většina respondentů, tedy 34 respondentů (89 %) myslí, že osoby s RS jsou znevýhodněni při hledání zaměstnání. Pouze 4 respondenti (11 %) si nemyslí, že by osoby s RS byli při hledání zaměstnání znevýhodněni. Na tuto otázku odpovědělo 38 respondentů (95 %) z celkového počtu dotázaných.

Otázka č. 21: Pomáhá úřad práce se začleněním osob s RS na trh práce?

(Na tuto otázku odpovědělo 34 respondentů)

- a) ANO
- b) NE



Obr. 21: Graf pomoci Úřadu práce se začleňováním na pracovní trh

Většina respondentů, konkrétně 24 respondentů (71 %) si myslí, že úřad práce nepomáhá se začleňováním osob na trh práce, jak je zřejmé na obrázku číslo 21, který vyobrazuje graf odpovědí na tuto otázku. Sedm respondentů (20 %) si myslí, že úřad práce pomáhá se začleněním osob s RS na trh práce. A zkušenost s touto situací nemají 3 respondenti (9 %).

Na tuto otázku odpovědělo celkem 34 respondentů (85 %) z celkového počtu dotázaných.

Otázka č. 22: Jak reagují zaměstnavatelé na Vaši nemoc?

(Na tuto otázku odpovědělo 19 respondentů)

U této otázky byla možnost volné odpovědi.

Tabulka č. 14: Reakce zaměstnavatelů na nemoc RS

Odpovědi	n _i	f _i [%]
Negativně	4	21,05
Negativita, skepse	1	5,26
Neříkám svojí diagnózu, protože s tím nemám dobrou zkušenost, údiv, rozpaky, nutnost rozebrat svoje možnosti v práci vzhledem k diagnóze,...	1	5,26
Při výběru nemoc nezmiňuji	1	5,26
Špatně, bojí se, že bych mohla onemocnět	1	5,26
Nemám zkušenost	1	5,26
V současné době, kdy nemám žádné omezení, svůj stav neuvádím	1	5,26
S tolerancí	1	5,26
Zatím nemám osobní zkušenost, ale co vím tak negativně	1	5,26
Zatím dobře - nevšímají si	1	5,26
Nijak	1	5,26
Nevědí o tom	1	5,26
Lidé se o nemoc RS nezajímají nebo nechtějí	1	5,26
Neucházím se	1	5,26
Pracuji v chráněné dílně, kde se s nemocí počítá	1	5,26
Neochota zaměstnávat na částečný úvazek nebo umožnit práci z domova	1	5,26
Celkem	19	100,00

Na tuto otázku odpovědělo pouze 19 respondentů (45 %) z celkového počtu dotázaných. Na tabulce číslo 14 můžeme vidět reakce zaměstnavatelů na nemoc RS. Nejčastější odpovědí bylo negativně, kterou napsali 4 respondenti (21 %). Další odpovědi byly individuální vždy u každého respondenta, jednalo se negativitu a skepse, kterou uvedl 1 respondent (5 %). Jeden respondent (5 %) uvedl, že neříká svou diagnózu, protože s tím nemá dobrou zkušenost, následuje údiv, rozpaky, nutnost rozebrat svoje možnosti v práci vzhledem k diagnóze. Při výběru nemoc nezmiňuje také 1 respondent (5 %). Jeden respondent (5 %) uvedl zkušenost, že zaměstnavatel reaguje špatně, bojí se, že by mohla onemocnět. Zkušenost s touto situací nemá 1 respondent (5 %). Jeden respondent (5 %) neuvádí svůj stav, protože v současné době nemá žádné omezení. Jeden respondent (5 %) se setkal s tolerancí od zaměstnavatele. Jeden respondent (5 %) uvedl, že nemá osobní zkušenost, ale co ví, tak

negativně. Jeden respondent (5 %) také uvedl, že zatím dobře, nevšímají si. Odpovědí nijak odpověděl 1 respondent (5 %). Že o onemocnění nevědí, uvedl také 1 respondent (5 %). Jeden respondent (5 %) si myslí, že lidé se o nemoc nezajímají nebo nechtějí. O práci se neuchází 1 respondent (5 %). Jeden respondent (5 %) pracuje v chráněné dílně, kde se s nemocí snad počítá. Jeden respondent (5 %) uvedl neochotu zaměstnavatele zaměstnávat na částečný úvazek nebo umožnit práci z domova.

7 Diskuze

V této části bakalářské práce jsou porovnávány výsledky výzkumného šetření s výzkumnými otázkami, které byly stanoveny na začátku práce. Získaná data jsou skutečné postojе 40 dotázaných respondentů a ukazují aktuální situaci jedinců s roztroušenou sklerózou.

V dotazníku určeném pro osoby s roztroušenou sklerózou byly čtyři otázky identifikační. Výzkumného šetření se zúčastnilo 70 % žen a 18 % mužů, 5% nevedlo své pohlaví (viz obr. 1). Nejvíce respondentů žije na vesnici a to 40% (viz obr. 3). Nejpočetnější věkovou hranicí, která vyplňovala dotazník, je kategorie mezi 31 – 40 lety, těchto respondentů bylo 29 % z celkového počtu dotazovaných. Diagnostikováni byli nejčastěji v letech 2001 – 2010, a to 53% dotázaných.

Výzkumná otázka č. 1: Využívají osoby s RS léčebnou rehabilitaci?

K první výzkumné otázce se vztahují dotazníkové otázky číslo 5 – 9. V těchto otázkách jsem se ptala na čtyři specialisty z oblasti léčebné rehabilitace (fyzioterapeut nebo jiný rehabilitační pracovník, ergoterapeut, klinický psycholog a klinický logoped), jestli je respondenti navštěvují, jaké cítí zlepšení po jejich službách a konkrétně v čem cítí zlepšení.

Fyzioterapeuta navštěvuje 25 % dotázaných respondentů (viz obrázek č. 7), pravidelnost návštěv specialisty je uvedena v tabulce číslo 4, zlepšení po službách tohoto specialisty hodnotí, jako velmi dobré a dobré. V čem respondenti cítí největší zlepšení je uvedeno v tabulce číslo 5. Fyzioterapeut je nejnavštěvovanějším specialistou ze všech čtyř možných specialistů oblasti léčebné rehabilitace.

Ergoterapeuta navštěvuje pouze 5 % dotázaných (viz obrázek č. 8), zlepšení po těchto službách je hodnoceno, jako velmi dobré až dobré. Tabulka číslo 7 uvádí, v jaké oblasti cítí zlepšení.

Klinického psychologa navštěvuje 10 % dotázaných (viz obrázek č. 10), pravidelnost návštěv je zaznamenána v tabulce číslo 8. Zlepšení po těchto službách je hodnoceno dobře až spokojivě (viz tabulka č. 9). Konkrétní oblasti zlepšení jsou zaznamenány v tabulce číslo 10.

Klinického logopeda nenavštěvuje žádný z respondentů (viz obrázek č. 11).

Zajímali mě důvody nenavštěvování specialistů, tyto důvody byly uvedeny pouze v sedmi odpovědích (18%). Nejčastější nedostupnou službou jsou fyzioterapeuti, z důvodů

cestování, financí a dlouhé čekací doby. Dále ergoterapeuti, z důvodu nevědomosti o této službě. Bylo by dobré o těchto specialistech více informovat veřejnost.

Z celkového počtu navštěvuje specialisty pouze 14 respondentů (35 %). Z tohoto vzorku vyplývá, že lidé nenavštěvují specialisty léčebné rehabilitace. Podle mého názoru to je možnost, že tyto specialisty nepotřebují, protože mají stále dobrý zdravotní stav.

Výzkumná otázka č. 2: Je sociální pracovník podporou a oporou osob s RS?

Na tuto výzkumnou otázku byly směřovány tři dotazníkové otázky. A to dotazníkové otázky číslo 12 – 14.

Sociální pracovník aktivně pomohl 18 % dotazovaných osob (viz obrázek č. 12). V tabulce číslo 12 je zaznamenáno, v čem sociální pracovník respondentům pomohl. Podle respondentů nejčastěji sociální pracovník zajišťuje sociálně-právní poradenství, to si myslí 26% dotazovaných (viz obrázek číslo 13). Podle respondentů v hodnocení škálou jsou sociální pracovníci potřební (71 %) a velmi potřební (25 %), tyto data můžeme vidět na obrázku číslo 14.

Podle získaných informací bychom odpověděli, že je sociální pracovník podporou a oporou osob s RS. Jsou hodnoceni, jako potřební, i když aktivně pomohli jen 18 % respondentů.

Výzkumná otázka č. 3: Je význam vzdělávání součástí adaptačního procesu na onemocnění?

Na tuto výzkumnou otázku pomáhají odpovědět dotazníkové otázky číslo 15 a 17. Z celkového počtu respondentů 53 % hodnotí, že vzdělávání má význam na adaptaci na toto onemocnění. Z celkového počtu si 30 % respondentů dokonce myslí, že toto vzdělávání má velký význam (viz obrázek číslo 17). Potřebu se vzdělávat má 60 % dotazovaných respondentů (viz obrázek číslo 15).

Vzhledem k odpovědím respondentů je patrné, že význam vzdělávání je součástí adaptačního procesu na onemocnění RS.

Výzkumná otázka č. 4: Představuje RS překážku či omezení při zapojení na trh práce?

Na tuto výzkumnou otázku nám pomohla odpovědět dotazníková otázka číslo 20. Z celkového počtu respondentů 89 % uvedlo, že lidé s roztroušenou sklerózou jsou znevýhodněni při hledání zaměstnání (viz obrázek č. 20). Potřebu se vzdělávat má ale 70 % dotazovaných respondentů (viz obrázek č. 18). Zdravotní stav představuje překážku u 45 % dotázaných respondentů, tomu odpovídá i skutečnost, že 47 % respondentů pobírá pouze invalidní důchod. Podle 71 % respondentů si myslí, že úřad práce nepomáhá osobám s roztroušenou sklerózou, i když 9 % respondentů přiznalo, že s touto situací nemá zkušenost. Další překážkou je reakce zaměstnavatelů na onemocnění (viz tabulka č. 14). Z celkového počtu respondentů jich 28 % uvedlo, že se setkává s negativními reakcemi, 11 % nemá zkušenost s touto situací. Zajímavé je, že 22 % uvedlo, že svou nemoc vůbec zaměstnavateli neuvádí.

Na tuto výzkumnou otázku můžeme odpovědět, že onemocnění roztroušená skleróza představuje překážku při zapojení na trh práce.

8 Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na ucelenou rehabilitaci u osob s roztroušenou sklerózou. Pomocí dotazníkového šetření bylo osloveno 40 respondentů, všechny dotazníky byly vyplněny, i když nějaké byly neúplné.

Teoretickým cílem bakalářské práce bylo podat základní informace o onemocnění roztroušená skleróza, systému ucelené rehabilitace a potřebám člověka. Tento cíl byl splněn v teoretické části bakalářské práce.

Hlavním a jediným cílem výzkumné části bylo zjištění, jestli ucelená rehabilitace uspokojuje potřeby osob s roztroušenou sklerózou.

Potřeba pomoci, poskytovaná ze strany specialistů léčebné rehabilitace, není uspokojena z důvodu nízké pravidelné návštěvnosti těchto specialistů. Specialisty navštěvuje celkem 35 % z dotázaných, i když invalidní důchod pobírá 48 % dotazovaných a 45 % dotazovaných nedovoluje zdravotní stav seberealizaci v rámci pracovní činnosti. Důvody nedostupnosti služeb byli uváděni v 8 % a to zejména u fyzioterapeuta. Z dotazníků vyplývá skutečnost, že nebýt těchto důvodů, tak by byl tento specialista navštěvován. Dalších 5 % respondentů uvádí nevědomost u specialisty ergoterapie.

Vlastním výzkumným šetřením bylo zjištěno, že potřeba podpory a opory ze strany sociálních pracovníků je uspokojena, protože většina dotazovaných je považuje za potřebné až velmi potřebné pracovníky v péči o svou osobu, i když samotný sociální pracovník pomohl pouze 18 % dotazovaných.

Vyšší potřebu vzdělávání má 60 % dotazovaných a zároveň 53 % dotazovaných si myslí, že vzdělání má význam na adaptaci na jejich onemocnění.

Potřebu seberealizace má 70 % dotazovaných, i když bylo výzkumným šetřením dokázáno, že onemocnění roztroušená skleróza je značnou překážkou při uplatnění na trhu práce. Toho si můžeme povšimnout ve výzkumné otázce číslo 4.

Domnívám se, že výzkumný cíl, který byl stanoven před započatím výzkumu, byl splněn.

Závěrem bych chtěla uvést skutečnost, že 51 % dotazovaných respondentů uvedlo, že celkovou péči o lidi s roztroušenou sklerózou považuje za velmi dobrou.

Na základě těchto výsledků bych měla několik doporučení pro praxi, a to vypracování informační brožury pro klienty s roztroušenou sklerózou s přehledem specialistů v jejich kraji a dostupnosti k nim. Toto tvrzení uvádím na základě důvodů nedostupnosti služeb, například nevědomosti o specialistovi ergoterapie. Informování o potřebě nadále se seberealizovat

v rámci pracovní činnosti, například návrhem rekvalifikačních kurzů, což by měl zajišťovat Úřad práce. Pokud by to bylo časově možné, navrhla bych adekvátní rozhovor klienta s RS se sociálním pracovníkem, kvůli doplňujícím informacím ze sociálního hlediska. A nakonec zvýšit celkovou informovanost veřejnosti o tomto onemocnění.

Vypracování této bakalářské práce mě obohatilo o mnoho zkušeností. Jednak vyhledávání informací o určitém tématu a následné zvážení důležitosti těchto informací, tak i samostatnou práci. Tyto zkušenosti ráda využiju v dalším studijním či profesionálním životě i ve svém osobním životě.

Soupis bibliografických citací

Tištěné zdroje

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. *Deprese*. 1. vyd. Překlad Štěpán Kovařík. Havlíčkův Brod: Fragment, 2002, 112 s. ISBN 80-720-0686-X.
3. HAVRDOVÁ, Eva a kol. *Je roztroušená skleróza váš problém? 2.*, doplň. a přeprac. vyd. Praha: Unie Roska, 2006, 192 s. ISBN neuvedeno.
4. HAVRDOVÁ, Eva, Kamila ŘASOVÁ, Jana PILÁTOVÁ a Eva KRASULOVÁ. *Roztroušená skleróza – první setkání*. 1. vyd. Praha: Unie ROSKA, 2004, 125 s. ISBN 80-239-9612-6.
5. HAVRDOVÁ, Eva. *Roztroušená skleróza: průvodce ošetřujícího lékaře*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2005, 89 s. ISBN 80-7345-069-0.
6. HROMÁDKOVÁ, Jana a kol. *Fyzioterapie* 1. vyd. Jinočany: H&H, 1999, 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
7. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001, 158 s. ISBN 80-7254-730-5.
8. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KŘIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 270 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
9. JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontogogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000, 354 s. ISBN 80-7184-823-9.
10. KLENKOVÁ, Jiřina. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 228 s. ISBN 80-247-1110-9.

11. KŘIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
12. KUZNÍKOVÁ, Iva a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
13. LENSKÝ, Petr. *Roztroušená skleróza: strategie přístupu k chronické nemoci*. 1. vyd. Praha: Unie Roska, 2002, 182 s. Edice Roska, sv. 6. ISBN 80-239-1243-7.
14. MASOPUST, Jiří, Aleš URBAN a Martin VALIŠ. *Neuropsychiatrické případy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011, 289 s. ISBN 978-80-7262-801-8.
15. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
17. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7.
18. ŘASOVÁ, Kamila. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných (se zaměřením na roztroušenou sklerózu mozkomíšni)*. 1. vyd. Praha: CEROS, 2007, 135 s. ISBN 978-80-239-9300-4.
19. SHOENFELD, Yehuda, Terezie FUČÍKOVÁ a Jiřina BARTŮŇKOVÁ. *Autoimunita vnitřní nepřítel*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2044-9.
20. ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

21. ŠERÁK, Michal. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, 207 s., ISBN 978-80-7367-551-6.
22. ŠKODOVÁ, Eva, Ivan JEDLIČKA a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 612 s. ISBN 80-7178-546-6.
23. VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
24. VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009, 71 s. ISBN 978-80-7372-449-8.
25. WABERŽINEK, Gerhard a Dagmar KRAJÍČKOVÁ. *Základy obecné neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004, 243 s. ISBN 80-246-0803-0.

Elektronické zdroje:

1. ČESKO. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. In: *Sbírka mezinárodních smluv*. 2010, 4. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2010/004m2010.pdf>
2. ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 483-544. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/020-2011.pdf>. ISSN 1211-1244.
3. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2006/037-2006.pdf>. ISSN 1211-1244.
4. ČESKO. Zákon č. 155 ze dne 30. června 1995 o důchodovém pojištění. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1995, částka 41, s. 1986-2011. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/1995/041-1995.pdf>.

5. ČESKO. Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 115, s. 3970-3994. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2011/115-2011.pdf>. ISSN 1211-1244.
6. ČESKO. Zákon č. 435 ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2004, částka 143, s. 8270-8316. Dostupné z: <http://ftp.aspi.cz/opispdf/2004/143-2004.pdf>.
7. KOMISE NRZP ČR PRO PŘÍPRAVU ZÁKONA O UCELENÉ REHABILITACI. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. *Komise pro přípravu zákona o ucelené rehabilitaci* [online]. 2010 [cit. 2013-05-29]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/dokumenty/vzz-o-rehabilitaci-ozp.pdf>
8. MS centra. *Nadační fond Impuls* [online]. 2005-2013 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: http://www.multiplesclerosis.cz/ms_centra
9. O nás. *Unie Roska* [online]. 2007 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: <http://www.roska.eu/o-nas-obecne/index.php>
10. Pro osoby s RS. *Aktivní život* [online]. 2004 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/pacientske-organizace/roska-sdruzeni-sms/>
11. RS neziskovky. *Aktivní život* [online]. 2004 [cit. 2013-06-02]. Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/pacientske-organizace/rs-neziskovky/>
12. Typy otázek v dotazníku. *Dotazník-online* [online]. 2007 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: <http://www.dotaznik-online.cz/otazky-dotazniku.htm>

Seznam příloh

Příloha A: § 108 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Příloha B: Sociální dávky pro zdravotně postižené

Příloha C: Organizace věnující se problematice klientů s roztroušenou sklerózou

Příloha D: Dotazník

Příloha A: § 108 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

§ 109

Rekvalifikace uchazečů o zaměstnání a zájemců o zaměstnání

(1) Rekvalifikace se uskutečňuje na základě dohody mezi Úřadem práce a uchazečem o zaměstnání nebo zájemcem o zaměstnání, vyžaduje-li to jejich uplatnění na trhu práce. Za účastníka rekvalifikace hradí Úřad práce náklady rekvalifikace a může mu poskytnout příspěvek na úhradu prokázaných nutných nákladů spojených s rekvalifikací. Rekvalifikaci zajišťuje krajská pobočka Úřadu práce příslušná podle místa bydliště uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání.

(2) Dohoda o rekvalifikaci podle odstavce 1 musí být uzavřena písemně a musí v ní být uvedeny

a) identifikační údaje účastníků dohody,

b) pracovní činnost, na kterou je rekvalifikace zabezpečována,

c) způsob a doba rekvalifikace, místo jejího konání,

d) podmínky poskytování příspěvku na úhradu prokázaných nutných nákladů spojených s rekvalifikací,

e) způsob ověření získaných znalostí a dovedností,

f) závazek uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání uhradit náklady rekvalifikace, pokud bez vážných důvodů nedokončí rekvalifikaci nebo odmítne nastoupit do vhodného zaměstnání odpovídajícího nově získané kvalifikaci, a druhy nákladů, které bude povinen Úřadu práce uhradit,

g) závazek uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání uhradit poměrnou část ceny rekvalifikace, pokud v průběhu rekvalifikace přestane být uchazečem o zaměstnání nebo zájemcem o zaměstnání,

h) ujednání o vypovězení dohody.

(3) Úřad práce je povinen v dohodě rozlišit podmínky pro poskytnutí příspěvku, jejichž nesplnění není porušením rozpočtové kázně, a podmínky, jejichž nesplnění bude postihováno odvodem podle zvláštního právního předpisu⁴⁶).

(4) Porušení povinnosti vrácení příspěvku na úhradu prokázaných nutných nákladů spojených s rekvalifikací je porušením rozpočtové kázně⁴⁶).

(5) Formy rekvalifikace, druhy nákladů rekvalifikace a nákladů s ní spojených, které hradí Úřad práce, stanoví ministerstvo v dohodě s Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy prováděcím právním předpisem.

§ 109a

(1) Uchazeč o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání si může zabezpečit rekvalifikaci sám a za tím účelem si zvolit

a) druh pracovní činnosti, na kterou se chce rekvalifikovat,

b) rekvalifikační zařízení, které má rekvalifikaci provést (§ 108 odst. 2).

(2) Uchazeč o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání je povinen doložit krajské pobočce Úřadu práce příslušné podle místa bydliště uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání cenu zvolené rekvalifikace.

(3) V případě, že zvolená rekvalifikace přispěje k uplatnění uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání na trhu práce a je pro něj vzhledem k jeho zdravotnímu stavu vhodná, může Úřad práce po jejím úspěšném absolvování uhradit cenu rekvalifikace rekvalifikačnímu zařízení.

(4) V případě, že bude Úřad práce cenu rekvalifikace hradit, vydá uchazeči o zaměstnání nebo zájemci o zaměstnání před zahájením rekvalifikace potvrzení o tom, že po předložení dokladu o úspěšném absolvování této rekvalifikace uhradí rekvalifikačnímu zařízení cenu rekvalifikace. Úřad práce může hradit cenu rekvalifikace pouze po dobu, po kterou je uchazeč o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání veden v evidenci uchazečů o zaměstnání nebo zájemců o zaměstnání.

(5) Úřad práce uhradí rekvalifikačnímu zařízení cenu rekvalifikace nebo její poměrnou část, pokud uchazeč o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání z vážných důvodů nedokončí rekvalifikaci.

(6) Úřad práce uhradí rekvalifikačnímu zařízení cenu rekvalifikace podle odstavce 4 do 30 kalendářních dnů po předložení dokladu o úspěšném absolvování rekvalifikace.

(7) Rekvalifikační zařízení je povinno neprodleně oznámit krajské pobočce Úřadu práce, že uchazeč o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání neplní studijní nebo výcvikové povinnosti stanovené rekvalifikačním zařízením.

(8) Uchazeč o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání je povinen uhradit Úřadu práce cenu rekvalifikace, pokud bez vážných důvodů odmítne nastoupit do zaměstnání, odpovídajícího nově získané kvalifikaci.

(9) Celková finanční částka, kterou může Úřad práce vynaložit na zvolenou rekvalifikaci jednoho uchazeče o zaměstnání nebo zájemce o zaměstnání, nesmí v období 3 po sobě následujících kalendářních let ode dne prvního nástupu na zvolenou rekvalifikaci přesáhnout částku 50000 Kč.

Příloha B: Sociální dávky pro zdravotně postižené

Osobám se zdravotním postižením se poskytuje příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku.

Nárok na příspěvek na mobilitu vzniká osobě starší 1 roku, která není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Výše příspěvku je 400 Kč za každý kalendářní měsíc.

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku vzniká osobě, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové nebo zrakové postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého stavu. Nárok na příspěvek poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Průkaz osoby se zdravotním postižením náleží osobám, kterým byl přiznán příspěvek na péči a osobám, kterým byl přiznán příspěvek na mobilitu nebo příspěvek na zvláštní pomůcku. Krajská pobočka Úřadu práce vydává kartu sociálních systémů, která slouží jako průkaz osoby se s těžkým zdravotním postižením (průkaz TP) nebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením (průkaz ZTP) anebo průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce (průkaz ZTP/P).

Průkaz TP náleží osobám, které jsou považovány pro účely příspěvku na péči za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni I, neboli lehké závislosti.

Průkaz ZTP náleží osobám, které jsou pro účely příspěvku na péči považovány za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni II, neboli středně těžké závislosti a osobám starším 18 let, které nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace zapříčiněné úplnou nebo praktickou hluchotou.

Průkaz ZTP/P náleží osobám, které jsou pro účely příspěvku na péči považovány za osoby závislé na pomoci jiné osoby ve stupni III, neboli těžké závislosti, nebo stupni IV, neboli úplné závislosti. Dále osobám, u kterých, pro účely příspěvku na mobilitu, bylo zjištěno, že nejsou schopny zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů)

Příloha C: Organizace věnující se problematice klientů s roztroušenou sklerózou

1. MS centra

V České republice je 13 MS center, která jsou zaměřena na diagnostiku a léčbu demyelinizací onemocnění centrálně nervového systému. Především na roztroušenou sklerózu mozkomíšní. MS Centrum při Neurologické klinice 1. LF UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze je metodicky a superkonsilijně vedoucím centrem v ČR.

MS centra vznikla za účelem specializované diagnostiky a léčby RS a jiných demyelinizačních a autoimunitních onemocnění. Dále za účelem zajištění léčby a speciálních postupů. Zajištěním komplexní léčby, součástí je i specializovaná neurorehabilitace. Zajišťují školení v oboru demyelinizací onemocnění a vedení programů kontinuálního vzdělávání. Realizace vědecko-výzkumné činnosti a spolupráce českých a mezinárodních center v oboru demyelinizačních onemocnění.

Činnost těchto center je financována z prostředků zdravotního pojištění a z dalších zdrojů v rámci hospodaření Neurologických klinik. A některé speciální činnosti mohou být částečně nebo úplně financovány z grantových prostředků a z úhrad sponzorů.

(Dostupné z: http://www.multiplesclerosis.cz/ms_centra)

2. Unie Roska

Česká multiple sclerosis společnost je občanským sdružením, která působí celorepublikově ve 14 krajích České republiky a má více než 3300 členů. Posláním je pomáhat lidem s roztroušenou sklerózou žít plnohodnotný a důstojný život. Ve své činnosti navazuje na spolky Roska, které začaly vznikat již v roce 1983 v České republice. (Dostupné z: <http://www.roska.eu/o-nas-obecne/index.php>)

3. Sdružení mladých sklerotiků

Občanské sdružení SMS je registrovaná nezisková organizace. Sdružení sdružuje mladé sklerotiky. Mladými jsou myšleny lidé s aktivním přístupem k životu nejen věkem, ale hlavně duchem. A sklerotiky jsou myšleny lidé postižení roztroušenou sklerózou. Postiženými lidmi

jsou myšleny nejen samotný klienti s RS, ale i ostatní, kterých se RS dotýká a ovlivňuje jejich životy.

Mezi cíle SMS patří pořádat různá setkání, jak společenské, kulturní a sportovní a zapojit tak všechny postižené do zlepšování života s RS. Dále je to usnadnění nově diagnostikovaným vyrovnání se s diagnózou a motivovat je k aktivnímu přístupu. Předávat informace o nemoci a poskytnout i konkrétní zkušenosti. Dalšími cíli je vytvoření mezinárodní sítě center SMS, navázání mezinárodní spolupráce s ostatními MS organizacemi a popularizovat aktivní život s RS široké veřejnosti.

(Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/pacientske-organizace/roska-sdruzeni-sms/>)

Informace o této organizaci jsou dostupné na jejich internetových stránkách: www.klubsms.cz

4. Nadační fond Impuls

Nadační fond Impuls se podílí na vytvoření transparentního celorepublikového financování projektů, které souvisejí s léčbou, výzkumem a osvětovou činností roztroušené sklerózy, které jsou organizovány jinými zdravotními zařízeními, školami, vědeckými pracovišti nebo neziskovými organizacemi.

Více o nadačním fondu je dostupné na jejich internetových stránkách: www.multiplesclerosis.cz (Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/pacientske-organizace/rs-neziskovky>)

5. Domov svatého Josefa

Domov sv. Josefa je nestátní neziskové zdravotnické zařízení. Poskytuje lidem nemocným roztroušenou sklerózou mozkomíšni podmínky pro důstojný a plnohodnotný život. Poskytuje komplexní zdravotnickou péči a pořádá kulturní, vzdělávací a volnočasové aktivity. Domov sv. Josefa je jediným zařízením svého druhu v České republice. Domov sv. Josefa jako středisko Oblastní charity Červený Kostelec byl zřízen Diecézní charitou Hradec Králové a jeho činnost byla zahájena v prosinci roku 2001. Nachází se v Žirči u Dvora Králové nad Labem.

Domov sv. Josefa poskytuje zázemí domova s odbornou péčí, která je poskytována 24 hodin denně. Toto je poskytováno 42 klientům nacházející se na třech odděleních. Oddělení pro trvalý pobyt je pro klienty, kteří nemají rodinné zázemí a jsou odkázáni na pomoc jiné osoby. Dále oddělení ošetrovatelských a aktivizačních lůžek, kde mohou být klienti maximálně 2 měsíce, je určeno pro rehabilitaci a nácvik sebeobsluhy. Poslední oddělení, kde mohou být klienti pouze na 1-2 týdny, je oddělení pro krátkodobý pobyt. To je určeno pro klienty pocházející z domácího prostředí a má pomoci pečující rodině.

Součástí je i rehabilitační centrum, které je vybaveno potřebnými pomůckami a vodoléčbou. Součástí je i půjčovna podpůrných a léčebných pomůcek a poradnou pro podporu domácí ošetrovatelské péče. V červenci 2004 byl zahájen projekt chráněného bydlení pro stárnoucí rodiče a jejich děti s roztroušenou sklerózou.

Více informací o Domově sv. Josefa je na jejich internetových stránkách:

www.domovsvatehojosefa.cz

(Dostupné z: <http://www.aktivnizivot.cz/pacientske-organizace/rs-neziskovky/>)

Příloha D: Dotazník

Pohlaví a) MUŽ b) ŽENA Věk

1. Kde žijete?

- a) VESNICE
- b) MALÉ MĚSTO (DO 10.000 OBYVATEL)
- c) VĚTŠÍ (OKRESNÍ) MĚSTO
- d) KRAJSKÉ MĚSTO
- e) HLAVNÍ MĚSTO PRAHA

2. Jak jste finančně zajištěn?

- a) ZAMĚSTNÁNÍ, na jaký úvazek?
- b) INVALIDNÍ DŮCHOD, jakého stupně?
- c) BEZ ZAMĚSTNÁNÍ I BEZ INVALIDNÍHO DŮCHODU

3. Od jakého roku Vám byla diagnostikována RS?

4. Jak hodnotíte celkovou péči a služby pro lidi s RS? (Ohodnoťte na škále číslicí 1 – 5; 1 – velmi dobré, 2 – dobré, 3 – dostačující, 4 – nevyhovující, 5 – úplně nedostačující)

1 2 3 4 5

Léčebná rehabilitace

5. Navštěvujete pravidelně fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka (specialista k léčbě pohybových potíží)?

- a) ANO, jak často?
- b) NE

- **Zhodnoťte prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách? (1-velmi dobré, 2-dobré, 3-uspokojující, 4-nedostatečné, 5-úplně nedostatečné)**

1 2 3 4 5

- **V čem cítíte zlepšení?**

6. Navštěvujete ergoterapeuta (specialista pro nácvik běžných každodenních činností)?

- a) ANO, jak často?
- b) NE

- **Zhodnoťte prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách? (1-velmi dobré, 2-dobré, 3-uspokojující, 4-nedostatečné, 5-úplně nedostatečné)**

1 2 3 4 5

- **V čem cítíte zlepšení?**

7. Využíváte služby klinického psychologa (specialista k léčbě psychických problémů souvisejících s onemocněním)?

- a) ANO, jak často?

b) NE

- **Zhodnoťte prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách?** (1-velmi dobré, 2-dobré, 3-uspokojující, 4-nedostatečné, 5-úplně nedostatečné)

1 2 3 4 5

- **V čem cítíte zlepšení?**

8. Využíváte služby klinického logopeda (specialista k léčbě komunikačních poruch)?

a) ANO, jak často?

b) NE

- **Zhodnoťte prosím pomocí škály, jaké cítíte zlepšení po těchto službách?** (1-velmi dobré, 2-dobré, 3-uspokojující, 4-nedostatečné, 5-úplně nedostatečné)

1 2 3 4 5

- **V čem cítíte zlepšení?**

9. Je některá z níže uvedených služeb pro Vás z nějakého důvodu nedostatečná či nedostupná? (Možno zaškrtnout více odpovědí a do prázdné kolonky napsat důvod)

a) FYZIOTERAPEUT

b) ERGOTERAPEUT

c) KLINICKÝ PSYCHOLOG

d) KLINICKÝ LOGOPED

Sociální rehabilitace

10. Poskytl Vám sociální pracovník poradenství, podporu či pomoc?

a) ANO, při jaké příležitosti?

b) NE

11. V čem může podle Vás sociální pracovník být oporou a podporou pro lidi s RS?
(Možnost zaškrtnout více odpovědí)

a) SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ PORADENSTVÍ

b) OSOBNÍ ASISTENCE

c) POMOC V KRIZOVÉ SITUACE

d) ZPROSTŘEDKOVÁNÍ KONTAKTU SE SPOLEČENSKÝM PROSTŘEDÍM

e) VÝCHOVNÉ, VZDĚLÁVACÍ A AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

f) NÁCVIK DOVEDNOSTÍ PRO ZVLÁDÁNÍ PÉČE O VLASTNÍ OSOBU

g) POMOC PŘI UPLATŇOVÁNÍ PRÁV, OPRAVNĚNÝCH ZÁJMŮ A PŘI
OBSTARÁVÁNÍ OSOBNÍCH ZÁLEŽITOSTÍ

h) JINÉ:

12. Pomocí škály zhodnoťte, jak jsou sociální pracovníci potřební v péči o klienty s RS?
(1-velmi potřební, 2-potřební, 3-málo potřební, 4-nepotřební, 5-úplně nepotřební)

1 2 3 4 5

Pedagogická rehabilitace

13. Máte potřebu se vzdělávat?

- a) ANO, v čem?
- b) NE

14. Jakým způsobem se vzděláváte?

- a) SAMOSTUDIUM
- b) KURZY
- c) STUDIUM NA ŠKOLE
- d) JINÉ:

15. Zhodnoťte na škále význam vzdělávání v adaptaci na Vaše onemocnění? (1 – vysoký význam, 2-má význam, 3-nepatrný význam, 4-nemá význam)

1 2 3 4

Pracovní rehabilitace

16. Máte potřebu se seberealizovat v rámci pracovní činnosti?

- a) ANO
- b) NE

17. Dovoluje Vám to Váš zdravotní stav?

- a) ANO
- b) NE

18. Jsou lidé s RS dle Vašeho názoru znevýhodněni při hledání zaměstnání?

- a) ANO
- b) NE

19. Pomáhá úřad práce (poradenství, možnosti rekvalifikace,...) se začleněním osob s RS na trh práce?

- a) ANO
- b) NE

20. Jak reagují zaměstnavatelé na Vaší nemoc, pokud se o ni ucházíte?

.....

Seznam obrázků

Obr. 1 Graf pohlaví respondentů	35
Obr. 2: Graf věkového rozložení respondentů.....	36
Obr. 3: Graf bydliště respondentů.....	37
Obr. 4 Graf finančního zajištění respondentů	38
Obr. 5: Graf diagnostikování RS v rozmezí let	41
Obr. 6: Graf hodnocení celkové péče o lidi s RS.....	42
Obr. 7: Graf návštěvnosti fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka	43
Obr. 8: Graf zhodnocení zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka.....	44
Obr. 9: Graf návštěvnosti ergoterapeuta	46
Obr. 10: Graf návštěvnosti klinického psychologa.....	48
Obr. 11: Graf návštěvnosti klinického logopeda	51
Obr. 12: Graf pomoci sociálního pracovníka.....	53
Obr. 13: Graf odpovědí na podporu a oporu sociálního pracovníka v procentech.....	55
Obr. 14: Graf hodnocení potřeby sociálních pracovníků v péči o klienty s RS	57
Obr. 15: Graf potřeby vzdělávání	58
Obr. 16: Graf způsobů vzdělávání respondentů.....	60
Obr. 17: Graf významu vzdělávání na onemocnění RS.....	61
Obr. 18: Graf potřeby seberealizace v rámci pracovní činnosti.....	62
Obr. 19: Graf možnosti seberealizace k zdravotnímu stavu respondentů.....	63
Obr. 20: Graf znevýhodnění při hledání zaměstnání	64
Obr. 21: Graf pomoci Úřadu práce se začleňováním na pracovní trh	65

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Možnosti zaměstnání	39
Tabulka č. 2: Možnosti invalidního důchodu	39
Tabulka č. 3: Možnosti zaměstnání a ID	39
Tabulka č. 4: Pravidelnost návštěv fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka	44
Tabulka č. 5: Odpovědi na zlepšení po službách fyzioterapeuta nebo jiného rehabilitačního pracovníka.....	45
Tabulka č. 6: Odpovědi na zlepšení po službách ergoterapeuta	47
Tabulka č. 7: Odpovědi na zlepšení po službách ergoterapeuta	47
Tabulka č. 8: Návštěvnost klinického psychologa.....	48
Tabulka č. 9: Hodnocení zlepšení po službách klinického psychologa.....	49
Tabulka č. 10: Odpovědi zlepšení po službách klinického psychologa	50
Tabulka č. 11: Odpovědi důvodů nedostupnosti určité služby.....	52
Tabulka č. 12: Odpovědi pomocí sociálního pracovníka	53
Tabulka č. 13: Odpovědi na oblasti vzdělávání respondentů	59
Tabulka č. 14: Odpovědi na reakce zaměstnavatelů na nemoc RS	66