

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Jaroslav Rážek

**Ucelená rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou v praxi
multidisciplinárních týmu**

**The comprehensive rehabilitation of children with cerebral
palsy in multidisciplinary teams practise**

Praha 2010

vedoucí práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Poděkování

„Rád bych na tomto místě poděkoval PhDr. Pavle Kodymové, Ph.D. za odborné vedení práce, vstřícnou spolupráci a cenné nápady, kterými přispěla k vypracování této bakalářské práce. Dále děkuji PhDr. Monice Janíkové ze Střediska DAR za příležitost pracovat mezi dětmi se speciálními potřebami. Nejvíce bych však chtěl poděkovat svým rodičům, kteří mi umožnili dostat se až sem.“

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně pod vedením PhDr. Pavly Kodymové, Ph.D. a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“

V Praze dne 15. července 2010

podpis:

Anotace

Tato práce se zabývá problematikou konceptu ucelené rehabilitace dětí postižených dětskou mozkovou obrnou. V obecné rovině se snaží tuto problematiku shrnout, poukázat na nutnost mezioborové spolupráce a vytvoření multidisciplinárního týmu, ve kterém hraje vedle ostatních oborů důležitou roli sociální práce. V poslední kapitole je nastíněna aplikace konceptu ucelené rehabilitace v praxi konkrétní organizace.

Annotation

This work deals with the issues of the comprehensive rehabilitation concept of children with cerebral palsy. On the general level it tries to summarize these issues, point to urgency of the interdisciplinary cooperation and building of the multidisciplinary team, in which plays social work an important role next to others branches. There is a demonstrated application of the comprehensive rehabilitation concept in practis in the last chapter.

Klíčová slova

Ucelená rehabilitace, multidisciplinární tým, mezioborová spolupráce, sociální práce, zdravotní postižení, dětská mozková obrna

Key words

Comprehensive rehabilitation, multidisciplinary team, interdisciplinary cooperation, social work, health disability, cerebral palsy

Obsah

Úvod.....	7
1. Dítě s tělesným postižením.....	9
1.1. Zdravotní postižení.....	9
1.2. Tělesné postižení.....	10
1.3. Dětská mozková obrna.....	11
1.3.1. Spastické formy.....	12
1.3.2. Nespastické formy.....	13
1.3.3. Poruchy přidružené k dětské mozkové obrně.....	13
2. Sociální práce.....	15
2.1. Vymezení sociální práce.....	15
2.2. Historie sociální práce.....	16
2.2.1. Vývoj sociální práce ve světě.....	16
2.2.2. Vývoj sociální práce na našem území.....	17
2.3. Principy sociální práce.....	18
2.3.1. Medicínský model.....	19
2.3.2. Partnerský model.....	19
2.4. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými.....	20
3. Holistický přístup a ucelená rehabilitace.....	21
3.1. Holistický přístup.....	21
3.2. Ucelená rehabilitace.....	23
3.3. Složky ucelené rehabilitace.....	25
3.3.1. Léčebná rehabilitace.....	25
a) Fyzioterapie.....	25
b) Fyzikální terapie.....	26
c) Ergoterapie.....	27
d) Animoterapie.....	28
e) Jiné specifické terapie.....	28
f) další možné rehabilitační postupy.....	29

3.3.2. Pedagogická rehabilitace.....	30
3.3.3. Pracovní rehabilitace.....	31
3.3.4. Sociální rehabilitace.....	32
3.3.5. Rodinná rehabilitace.....	33
3.3.6. Psychologická rehabilitace.....	33
3.3.7. Volnočasová rehabilitace.....	34
4. Multidisciplinární tým.....	35
4.1. Pojem mezioborová spolupráce a multidisciplinární tým.....	35
4.2. Složení multidisciplinárního týmu a činnosti jednotlivých pracovníků.....	39
4.2.1. Fyzioterapeut.....	39
4.2.2. Ergoterapeut.....	39
4.2.3. Pracovník v sociálních službách.....	40
4.2.4. Zdravotní sestra.....	41
4.2.5. Speciální pedagog.....	41
4.2.6. Psycholog.....	42
4.2.7. Sociální pracovník.....	42
a) Základní sociální poradenství.....	43
b) Síťování.....	44
c) Case management.....	45
5. Středisko DAR.....	47
6. Závěr.....	50
7. Literatura a zdroje.....	51
Seznam obrazové přílohy.....	54
Seznam použitých zkratk.....	54

Úvod

V běžném životě se setkáváme s řadou lidí, kteří se od většiny ostatních určitým způsobem odlišují. Tito lidé vytvářejí ve vztahu k většinové populaci minoritu, která je však zcela přirozenou součástí této společnosti. Jednou z takových minorit jsou osoby postižené dětskou mozkovou obrnou – nemocí, která postihuje hlavně pohybový systém a provází člověka po celý život, nejen v dětství. Tato minorita, včetně dětí, byla po dlouhá desetiletí „ukrývána“ před zraky většinové společnosti v „lidojedech“ zvaných ústavy sociální péče, kde bylo pečováno především o tělesnou schránku. Taková doba je naštěstí pryč a společnost vyvíjí velikou snahu tyto osoby do sebe přijmout, integrovat je. „Lidojemy“ postupně mizí a postižení lidé zůstávají ve svých rodinách. Také péče se změnila. Dnes již víme, že osoby, dříve zvané jako „nevzdělavatelné“ mají stejně jako ostatní lidé i jiné potřeby, než potřeby bazální. Kromě péče o tělesnou schránku začal být důraz kladen i na péči o sociální, psychickou a duševní stránku lidského života. V rámci péče o osoby s dětskou mozkovou obrnou má rozhodující význam ucelený systém rehabilitace, který efektivně propojuje prostředky nejen léčebné, ale i pedagogické, psychologické, sociální a pracovní. Obecně platí, že čím dříve se s rehabilitací začne, tím jsou výsledky lepší, proto se tato práce zabývá ucelenou rehabilitací právě dětí postižených dětskou mozkovou obrnou. Předpokladem k fungování ucelené rehabilitace je sestavení rehabilitačního týmu, který tvoří odborníci různých profesí, vědních disciplín, tedy týmu multidisciplinárního. Důležitou úlohu v něm vedle jiných oborů hraje sociální práce, která má za úkol jednotlivé obory poskládat tak, aby byl výsledek co nejefektivnější nejen z hlediska fyzického zdraví, ale i duševního a společenského.

Cílem této práce je popsat za pomoci vlastních zkušeností a odborné literatury problematiku systému ucelené rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou a úlohu sociální práce v něm. V první kapitole se budu zabývat problematikou dětí se zdravotním, potažmo tělesným postižením, hlavně však dětí s dětskou mozkovou obrnou. Druhá kapitola pojednává o sociální práci a jejích principech při práci se zdravotně znevýhodněnými osobami. Třetí kapitola se zabývá holistickým přístupem k člověku, problematikou systému ucelené rehabilitace a jejími jednotlivými složkami. V předposlední kapitole se seznámíme s pojmem mezioborová spolupráce, multidisciplinárním týmem a prací jeho jednotlivých členů, kteří se podílejí na péči o děti s dětskou mozkovou obrnou. V poslední kapitole budu všechny teoretické poznatky dokládat na příkladu konkrétního existujícího zařízení.

Téma jsem si vybral, protože se mě velice dotýká. V současné době totiž pracuji jako sociální pracovník v denním stacionáři využívajícího principů ucelené rehabilitace, pro děti se speciálními potřeby, mezi kterými jsou i děti postižené dětskou mozkovou obrnou.

1. Dítě se zdravotním postižením

1.1. Zdravotní postižení

Od sedmdesátých let 20. století sílil mezi představiteli organizací osob se zdravotním postižením a profesionály v oblasti postižení kritický postoj k terminologii užívané do té doby. Termíny postižení a hendikep byly totiž často užívány nejasným způsobem a odrážely lékařský (diagnostický) přístup, který se neohlížel na podmínky, v nichž lidé žijí (Koláčková, Kodymová, 2001).

V roce 1980 ale Světová zdravotnická organizace (WHO) vydala tzv. „Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a hendikepů (IC IDH - International Clasification of Impairment, Disability and Handicap), která přinesla přesnější terminologii včetně překladu do češtiny. Jak je již z názvu vidět, toto třídění rozlišovalo mezi třemi pojmy. Pojem impairment vyjadřuje vadu, poruchu nebo ztrátu ve fyziologických, somatických a psychických funkcích. Disability je vhodné chápat jako omezení, nemohoucnost nebo invaliditu v následku poškození, kvůli kterému nelze vykonávat aktivity obvyklým způsobem. Handicapem rozumíme znevýhodnění. Tuto klasifikaci nahradila tzv. IC IDH-2, která již chápe postižení jako problém, který se týká tělesných funkcí a který může být příčinou omezení v činnostech nebo společenských aktivitách. V poslední verzi tohoto dokumentu z roku 2001 můžeme pozorovat výrazné změny již v samotném názvu. Nová klasifikace se nazývá „Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, postižení a zdraví“ (IC FDH – International Clasification of Functioning, Disability and Health). Toto nejnovější pojetí zcela opouští pojem hendikep, který jak píše Jankovský (2007b) chápe, jako „zavádějící a matoucí“, a namísto něj přichází s výrazem restringovaná participace. Pojem restringovaná, neboli omezená, participace se týká především hodnocením funkčních schopností jedince.

Podle Novosada (2009) lze zdravotní postižení považovat za následek vleklé, kontinuálně se měnící dysfunkce prazákladního systému člověk versus příroda a člověk versus společnost. Tato dysfunkce má jistě variabilní formu, avšak její důsledky jsou vždy velmi závažné pro společnost i jedince.

Přesné statistiky o počtu zdravotně postižených osob dlouho chyběly, až v roce 2007 provedl Český statistický úřad (ČSÚ) historicky poprvé komplexní průzkum zastoupení osob se zdravotním postižením v české populaci. Pro účely tohoto šetření se pracovalo s následující definicí zdravotně postižené osoby: „Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby“ (czso, 10.7.2010). Při šetření bylo navíc rozlišeno 6 základních druhů postižení - tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní a vnitřní.

Ze závěru šetření vyplývá, že z celkového počtu 10 287 189 obyvatel České republiky představuje 9,87 % obyvatel (tedy 1 015 548) osoby se zdravotním postižením. Z tohoto počtu je zhruba 572 tisíc osob s vnitřním postižením, 550 tisíc osob s tělesným postižením, 128 tisíc osob lidí s postižením duševním, 107 tisíc lidí s mentálním postižením, 87 tisíc lidí s postižením zraku a 75 tisíc osob s postižením sluchu (zdroj ČSÚ).

1.2. Tělesné postižení

Jak již bylo výše zmíněno, v České republice žije přes půl milionu osob s tělesným postižením, což není zanedbatelné číslo. Pojem tělesné postižení je velice široký a obecný, pokusme si jej ale přiblížit. V obecné rovině chápe Jankovský (2007b) tělesným, neboli somatickým, postižením takové postižení, které se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka (dítěte). Jedná se především o poruchy nervového systému, které mají za následek poruchu hybnosti. Může jít ale také o různé poruchy nosného pohybového aparátu. Tyto skutečnosti mohou navíc ovlivnit vývoj dítěte s postižením. Bývá narušen psychomotorický vývoj, což se může projevit na jiných úrovních, než jen v oblasti somatické. Problémy mohou nastat také např. v psychické a sociální sféře.

Mezi nejzávažnější tělesná zdravotní postižení patří např. degenerativní onemocnění svalstva (svalová atrofie, svalová dystrofie), rozštěp a další vady páteře, amelie (defekt jedné nebo několika končetin), dětská mozková obrna a další. Následující část textu je věnovaná právě dětské mozkové obrně, která sebou nese kromě poškození tělesného zdraví i další rizika.

1.3. Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna (dále jen DMO), někdy také nazývaná infantilní cerebrální paréza, perinatální encefalopatie, nebo podle svého “objevitele” Littelova nemoc, je neprogresivní a dlouhodobé onemocnění, které vzniká na základě poškození nezralého mozku dítěte mající za příčinu poruchy hybnosti lidského těla. Toto onemocnění je spojeno s řadou problémů charakteru zdravotního, sociálního, pedagogického i společenského. Podle Pfeiffera (2007) jde poměrně o časté onemocnění, které postihuje 1 – 1,5 promile obyvatel a více než vlastní diagnózou je důležitější funkční porucha, jak mnoho které funkce omezuje, protože jde o celoživotní problém.

DMO vzniká v období před porodem, během porodu nebo po narození přibližně do jednoho roku života, kdy se ukončuje nejintenzivnější vývoj dítěte. Poškození může zasáhnout mozek a příslušná pohybová a koordinační centra nebo nervové dráhy periferního nervového systému. Jádro potíží tkví ve více či méně vyjádřených motorických poruchách. Tyto poruchy mohou působit ještě další komplikace, a tak u dětí s DMO nacházíme častěji mentální retardaci, smyslová postižení nebo záchvatová onemocnění, pak hovoříme o kombinovaném postižení. Příčina vzniku DMO před porodem není vědcům ještě zcela jasná, ale domnívají se, že ke vzniku může přispět rentgenové záření, drogy včetně některých léků, nedostatek kyslíku apod. Při porodu je vznik spojován s různými mechanickými mozkovými poraněními tlakem na mozkovou tkáň, zlomeninami lebeční kosti, natržením mozkových plen nebo krvácením do mozku. V době po porodu může dětská mozková obrna vzniknout opět následkem mechanickým mozkovým poraněním nebo infekcí.

Do syndromu dětské mozkové obrny nezařazujeme příčiny působící v časném stádiu těhotenství ani příčiny genetické. Dětská mozková obrna je onemocnění jednorázové a nemá progresivní charakter, naopak se zlepšuje. Zhoršování vždy vyvolává podezření na nějaké onemocnění jiné etiologie, např. degenerativní nebo metabolické (Pfeiffer, 2007).

Při klasifikaci DMO vycházíme především z klinického obrazu, podle typu hybného motorického postižení se pak rozlišují různé formy této nemoci. Nejčastěji se můžeme setkat s obecným rozdělením na formy spastické a nespastické.

1.3.1. Spastické formy

Spastické formy dětské mozkové obrny postihují asi 70 – 80% osob trpící touto nemocí. Svaly jsou v postižených partiích ztuhlé a trvale stažené, tedy spastické. Bližší popis těchto forem nemoci vychází z určení, které končetiny jsou spastické. Název potom vychází z latinského označení postižené části těla v kombinaci s označením paréza, tedy oslabení, nebo plegie, tedy ochrnutí. Hovoříme potom o spastické diparéze nebo spastické diplegii, kdy jsou postiženy obě dolní končetiny, spastické hemiparéze nebo spastické hemiplegii, kdy jsou postiženy končetiny na jedné polovině těla, spastické triparéze či spastické triplegii, kdy jsou postiženy obě dolní a jedna horní končetina anebo o spastické kvadruparéze či kvadruplegii, kdy jsou postiženy všechny čtyři končetiny.

Pokud má nemocný spastické obě dolní končetiny a chodí, mohou se mu při chůzi vtáčet dovnitř a kolena se mohou křížit. Chůze je pak nemotorná a velmi obtížná, dolní končetiny toporné a při chůzi se kolena navzájem dotýkají. Vzniká tak charakteristický obraz chůze, který by se dal nazvat jako “nůžkovitá” chůze. Osoby se spastickou hemiparézou mohou mít navíc tzv. hemiparetický třes, při kterém dochází k mimovolným pohybům končetin, které mohou rušit jakýkoliv pohyb.

1.3.2. Nespastické formy

Pokud spastické formy dětské mozkové obrny postihují asi 70 – 80% osob trpící touto nemocí, zbylých 20 – 30% osob spadá do kategorie nespastické formy. Tato forma onemocnění se vyznačuje trvalým snížením svalového napětí. Do této skupiny patří dyskinetická, ataktická a smíšená forma dětské mozkové obrny. Dyskinetická forma je charakteristická mimovolnými pomalými kroutivými pohyby, které postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. Takovéto pohyby se odborně nazývají ateotické. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasování, mlaskání apod. Ateotické pohyby se zvýrazňují při emočním stresu a naopak mizí ve spánku. Ataktická forma není tak běžná, postihuje především vnímání rovnováhy a propriocepci, neboli hloubkovou citlivost. Postižení mají často špatnou pohybovou koordinaci a orientaci v prostoru, mluvíme pak o ataxii. Poslední smíšenou formou rozumíme kombinaci výše uvedených forem.

1.3.3. Poruchy přidružené k dětské mozkové obrně

S ohledem na sociální důsledky je patrně nejzávažnější sdruženou (přidruženou) poruchou u dětí s DMO mentální retardace. Mentální retardace vlastně není ani tak “chorobou”, jako spíše trvalým stavem, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností, které je vrozené, resp. vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle doprovázeno poruchami adaptace, tedy nižší schopností orientovat se v daném prostředí. Vývoj je opožděný a trvale zaostává, což je provázeno omezenými možnostmi vzdělávání a sociální přizpůsobivosti, s čímž pak samozřejmě souvisejí problémy při socializaci takto postiženého jedince (Jankovský, 2007a).

Další velmi závažnou přidruženou poruchou může být epilepsie, která provází dětskou mozkovou obrnu poměrně často a může být hlavní překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. Mluvíme o ní jako o nemoci tehdy, dochází-li k opakovaným epileptickým záchvatům. Při záchvatu je běžná mozková aktivita přerušena nekontrolovanými výboji abnormální synchronizované aktivity mozkových nervových buněk. Podle základní klasifikace lze rozdělit záchvaty obecně na generalizované (grand mal) a parciální (petit mal). Při generalizovaných záchvatech dochází k synchronické epileptické aktivitě, která zasahuje obě

hemisféry. Takovýto záchvat se projevuje ztrátou vědomí a svalovými křečemi. Závažnou situaci představuje podle Jankovkého (2007b) tzv. status epilepticus, což je protražovaný záchvat nebo série záchvatů, kdy se pacient neprobírá z bezvědomí déle jak ½ hodiny. Parciální záchvat má původ v ohraničené části mozku a projevuje se “zahleděním”.

U dětí se středně těžkými a těžkými formami dětské mozkové jsou časté růstové problémy, které se projevují zaostáváním tělesného růstu a vývoje při srovnání s jejich vrstevníky. Často se stává, že postižené končetiny bývají slabší než je běžné. Velmi často se také objevují ortopedické komplikace, jakými může být skolióza, zkrácení šlach, deformace kyčelních kloubů apod. Obecně lze také říci, že děti postižené dětskou mozkovou obrnou jsou vystaveny většímu nebezpečí různých běžných onemocnění než děti zdravé.

Často se také u podobně postižených dětí setkáváme se smyslovými poruchami, jakými mohou být poruchy zraku, poruchy sluchu nebo poruchy citlivosti. Velké množství z těchto dětí má zrakové problémy vyvolané tupozrakostí (amblyopie), šilháním (strabismus), refrakčními poruchami nebo hemianopií, což je výpadek poloviny zorného pole. Poruchy sluchu se převážně vyskytují u dyskinetické formy dětské mozkové obrny a mohou mít negativní důsledky na socializaci dítěte, protože se sluchovým postižením úzce souvisí poruchy řeči. U některých nemocných se vyskytují poruchy citlivosti, při kterých je porušeno vnímání doteku nebo bolesti. Někdy je porušeno vnímání jednotlivých částí vlastního těla nebo schopnost rozeznávat předměty pouhým hmatem.

Všechny výše uvedené skutečnosti mohou vést také k nejrůznějším emočním poruchám, které je třeba eliminovat psychologickou péčí ve smyslu podpůrné psychoterapie.

2. Sociální práce

2.1. Vymezení sociální práce

Sociální práce je disciplínou jak teoretickou, tak i praktickou. Je to obor orientovaný na řešení lidských problémů inspirovaný teoretickými východisky jiných akademických i praktických disciplín, které se zabývají lidským životem, např. sociologií, psychologií, pedagogikou, právem, lékařstvím apod. Sociální práce mezi nimi ale zaujímá samostatné postavení i přesto, že s řadou z nich sdílí některé poznatky a postupy. Tyto poznatky a postupy totiž modifikuje pro své vlastní potřeby v souladu se svými cíli a následně je aplikuje v praxi. Od ostatních oborů se odlišuje tím, že uznává komplexnost vztahů mezi lidmi a jejich prostředím, lidskou schopnost být ovlivněn a zároveň měnit různé vlivy včetně bio-psychologických faktorů.

Obsah a metody sociální práce se vyvíjely v jednotlivých zemích různým způsobem dle sociálních potřeb občanů, koncepce sociální politiky a sociální péče. To je také důvod neexistence jednotné, všeobecné definice sociální práce (Chrenková, Sobková, Vajdřáková, 2007). Dalo by se říci, že se můžeme setkat s tolika definicemi, kolik je autorů publikací s tématikou sociální práce. Např. Havrdová (1999) píše: "Sociální práce jako obor je aplikovaná věda, která zkoumá komplexní souvislosti mezi intrapsychickými, interpersonálními, skupinovými a společenskými procesy a způsoby jejich ovlivnění legislativními, organizačními, komunikačními a vztahovými prostředky, s cílem zlepšit životní pohodu všech lidí. Sociální práce jako činnost je profesionální aktivita, která vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivce, skupin, komunit a společnosti využíváním prostředků analýzy a komunikace, profesionálním utvářením a usnadňováním vzájemné interakce (organizováním a vyjednáváním) a realizací a změnou legislativních a společenských podmínek, s cílem ochránit a posílit zejména znevýhodněné a ohrožené skupiny a jednotlivce ve společnosti."

Podle Matouška (2003) je sociální práce "Společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.) Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům,

rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.”

Definicí, která by měla být nejobecnější a zahrnovat většinu ostatních definic, je definice Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW), která byla odsouhlasena v roce 2000 na generálním shromáždění této federace v Montrealu, Kanadě. Říká, že: “Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívaje teorií lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti. Sociální práce se ve svých různých formách zaměřuje na rozmanité, komplexní vztahy mezi lidmi a jejich prostředím. Jejím úkolem je umožnit všem lidem plně rozvinout své možnosti, obohatit jejich životy a předcházet selhání. Odborná sociální práce je zaměřena na zvládání obtíží a navození změny.“ (IFSW, 5.7.2010)

Je zřejmé, že sociální práce v 21. století je dynamická a vyvíjí se, proto by žádná definice neměla být považována za vyčerpávající.

2.2. Historie sociální práce

2.2.1. Vývoj sociální práce ve světě

Sociální práce byla odedávna součástí lidské společnosti. Její základy spadají do činnosti církevních spolků a organizací na dobrovolnické bázi, které poskytovaly základní pomoc nejnužnějším. Jako vědecká disciplína se však zformovala až počátkem 19. století v Anglii a USA v důsledku společenských tlaků způsobených průmyslovou revolucí a zájmem o uplatňování vědeckých teorií v různých oblastech. V průběhu vývoje se sociální práce postupně profesionalizovala, což úzce souvisí se vznikem vzdělávacích institucí pro studium tohoto oboru. První školy sociální práce vznikaly již na přelomu 19. a 20. století. První z nich byly vybudovány v Amsterdamu, New Yorku a Londýně. To mělo také za následek, že od 20. let 20. století se v oblasti sociální práce začaly projevovat snahy o “zvědečtění” oboru a vytvoření teorií, schémat a

standardů sociální práce. Matoušek se Šustovou (2001) tvrdí, že současná sociální práce je zejména v Evropě ovlivněna ideálem o dosažení rovných příležitostí a je-li někdo znevýhodněn, mělo by být cílem sociální práce a sociální politiky usilovat o adekvátní kompenzaci znevýhodnění.

2.2.2. Vývoj sociální práce na našem území

Sociální práce se jako profesionální aktivita na našem území začala formovat za první republiky a do značné míry kopírovala vývoj v USA i západní Evropě. Na počátku 20. století se jednalo o náhodnou a roztržitou péči, kterou provozovaly zejména církve a církevní spolky. Postupem času se sociální práce stávala více systematickou a organizovanou (Chrenková, Sobková, Vajd'áková, 2007). Stejně jako v zahraničí, tak i u nás vznikala s rozvojem sociální práce potřeba odborně vyškolených sociálních pracovníků. Začaly vznikat instituce, které vzdělávaly první sociální pracovníce – vyšší školy sociální péče a první vysoké školy. Sociální práce v té době působila zejména v oblasti péče o mládež a duševně nemocné, ve zdravotních ústavech, v Československém červeném kříži a v široké síti poraden (Kodymová, 2001).

Po politickém převratu v roce 1948, kdy se k vládě dostala komunistická strana, došlo ke změnám nejen v sociální politice státu, ale i v sociální práci. Šiklová (2001) píše, že se sociální práce stala nežádoucí disciplínou, jelikož se v kontextu socialistické ideologie předpokládalo, že všechny sociální problémy jsou jen dočasné a zmizí po nastolení třídní rovnosti. Bylo tím i utlumeno vzdělávání sociálních pracovníků, čímž se u nás tradice sociální práce na dlouhou přerušila. V 70. letech se ale ukázalo, že sociální otázky je třeba řešit i v době socialismu, a proto se v období tzv. “normalizace” začala sociální práce znovu probouzet k životu. Jak dále Šiklová (2001) píše, v tomto období vznikala profese sociálních kurátorů a byla rozvíjena propracovaná koncepce péče o občany společensky nepřízpůsobené.

Po politickém převratu a pádu komunismu v roce 1989 se do popředí zájmu sociální práce dostaly sociální problémy, na které nebyl brán v minulosti zřetel. Začaly vznikat nové vyšší odborné a vysoké školy sociální práce a bylo znovu obnoveno vzdělávání sociálních pracovníků. Hlavním trendem se stala deinstitucionalizace sociálních služeb a alternativ k ústavní péči a zároveň se začal rozvíjet tzv. neziskový sektor nevládních organizací. V současné době je kladen důraz na profesionalizaci sociální práce, kterou získávají sociální pracovníci větší kvalifikaci pro pomoc klientům a výkon své profese. Podmínkou profesionalizace je však propracovaný a ucelený systém celoživotního vzdělávání, který u nás není bohužel ještě dokončen.

2.3. Principy sociální práce

Principy sociální práce se měnily v historii tak, jak se měnily trendy a přístupy k sociální práci. V současném pojetí sociální práce se můžeme setkat se čtyřmi základními principy. Jsou jimi spravedlnost, rovnost, participace a zplnomocnění. Spravedlností rozumíme to, že s každým klientem bychom měli jednat tak, aby práva žádných klientů nebyla omezována. Pokud mluvíme o rovnosti, musíme brát v úvahu rozdíly ve specifických potřebách klientů tak, abychom jednu skupinu stejným počínáním nediskriminovali od skupiny druhé. Pod pojmem participace, neboli spoluúčast, rozumíme zapojení klientů do plánování, koordinace a vyhodnocování služeb tak, aby služby odpovídaly skutečným potřebám klientů. Zplnomocněním rozumíme pomoc klientům takovým způsobem, aby si byli schopni časem pomoci sami nezávisle na pomoci sociálního pracovníka.

V následujícím textu bych se rád zmínil o dvou, pro sociální práci, stěžejních modelech. Jedná se o medicínský a partnerský model sociální práce, které představují přechod od starého pojetí principů sociální práce k pojetí modernímu.

2.3.1. Medicínský model

Sociální práce původně vycházela z medicínského modelu, který dominoval sociální práci přibližně do 70. let 20. století. Sociální pracovník v něm byl chápán jako nezúčastněný pozorovatel klienta, který disponuje znalostmi, provádí šetření a poté stanovuje diagnózu a plán terapie. V rámci medicínského modelu byl vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem chápán jako vztah mezi lékařem a pacientem. V tomto období byly v sociální práci využívány medicínské termíny, které můžeme pozorovat i v dnešní terminologii. Důraz byl především kladen na to, jak rozumět klientovi, nikoli jak rozumět vzájemnému dění mezi klientem a sociálním pracovníkem, probíhala jednostranná komunikace směrem od sociálního pracovníka ke klientovi. Klient pouze poskytoval informace, které byly vyhodnocovány sociálním pracovníkem a dále použity. S torzem tohoto zastaralého modelu se dnes u nás můžeme setkat např. v domovech pro seniory nebo domovech pro osoby se zdravotním postižením, kde se klade spíše důraz na “opečovávání”, než na zapojení klienta do činnosti.

2.3.2. Partnerský model

Současné principy sociální práce vycházejí z tzv. partnerského modelu, který můžeme v sociální práci pozorovat od 70. let 20. století. V tomto modelu, na rozdíl od modelu medicínského, je chápán vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem jako symetrický a jejich spolupráce je založena na komunikaci. Klient je považován za rovnocenného a kompetentního partnera, který má zdroje k vyřešení svých problémů. Současným trendem sociální práce je orientace na krátkodobou spolupráci s klientem, která předchází závislosti klienta na sociálním pracovníkovi. Důraz je kladen na vzájemnou dohodu o spolupráci, ve které jsou vymezeny cíle spolupráce a prostředky, kterými má být těchto cílů dosaženo. Z tohoto modelu vychází např. rogersovský přístup orientovaný na klienta, úkolově orientovaný přístup, nebo antiopresivní přístup.

2.4. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými

Tradiční sociální práce se zdravotně znevýhodněnými lidmi byla založena na individuálním modelu osobní tragédie a soustřeďovala se na posuzování nedostatku schopností (rozsahu neschopnosti). Medicínský model, vlivný i v jiných pomáhajících oborech, pracoval se zúženým a negativním obrazem lidí s postižením, v jehož pozadí byl nárok na nemocenská rozhodnutí “kompetentních” odborníků – lékařů. Nebyl brán ohled na elementární práva těchto lidí – na rovnost, nezávislost, odpovědnost za sebe. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými lidmi se musí vyhnout riziku přejímání takových lékařských koncepcí, které implikují, že zdravotně znevýhodnění jsou “sociálně mrtví”. Zájem, kdysi založený na charitě či lítosti, je třeba přiklonit k obhajování práv. V praxi to znamená reflektovat individuální, kulturní, strukturální i fyzické překážky bránící lidem s postižením ve společenském uplatnění. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými musí využívat princip partnerství a hendikep vnímat víc jako sociální než fyzické znevýhodnění (Kodymová, 2001). Kodymová dále píše, že v rozvoji sociální práce se zdravotně postiženými má významné místo koncepce tzv. zplnomocnění. Tradiční přístupy hendikepované klienty omezovaly a znevýhodňovaly, zplnomocnění obnáší práci v partnerství s nimi, která posiluje jejich sebevědomí a zároveň podporuje plnohodnotné využití a realizaci jejich práv.

3. Holistický přístup a ucelená rehabilitace

3.1. Holistický přístup

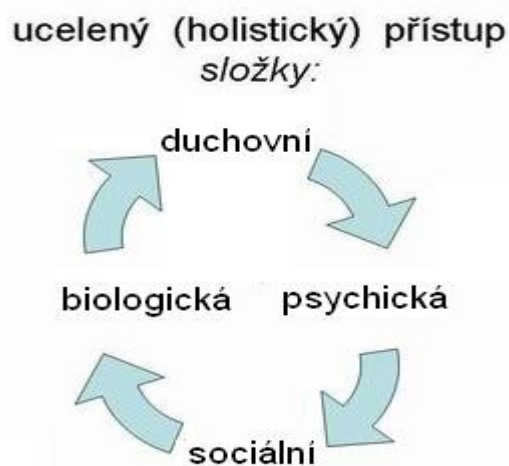
Vznik tohoto termínu souvisí se situací, kdy člověk vnímá sám sebe jako ucelenou bytost. Je vyústěním tendence sjednotit různé aspekty, jimiž sám na sebe nahlíží a v nichž zjišťuje své potřeby. Osobnost člověka můžeme chápat jako „skládačku“ tvořenou několika vrstvami, resp. dimenzemi, které navzdory své odlišnosti tvoří jakousi integrální jednotu. Je to pokus sjednotit poznatky o mnohorozměrném a současně celistvém jevu lidské bytosti.

Před několika desítkami let se v úvahách o člověku začala prosazovat charakteristika, hovořící o celistvosti člověka v jeho bio-psycho-socio-spirituální jednotě. Např. V. E. Frankl (2006) vnímá člověka jako „tělesně-duševně-duchovní totalitu“. V tomto smyslu pak hovoříme o holistickém pojetí člověka. Zárodky takového celistvého pojetí osobnosti člověka však nejsou až záležitostí 19. nebo 20. století, kdy se od filozofie oddělily samostatné vědy. Tyto zárodky jsou mnohem starší.

V evropském myšlení se s touto problematikou setkáme již ve starém Řecku. Tak např. Platón hovoří o třech částech duše, z nichž se každá projevuje nějakou ctností. Duše pudová, vyznačující se střídmostí (uměřeností), volní (snaha), jež se projevuje statečností, a rozumová, která je moudrá. Tomu pak odpovídají tři vrstvy obyvatelstva (prostý lid, vojáci a vládci). Podobně Aristoteles hovoří o duši vegetativní, senzitivní a rozumové, přičemž vyšší duše nemůže existovat bez té nižší! Současnému člověku však bude pravděpodobně mnohem bližší teorie zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda, který k označení vrstev osobnosti použil pojmy id – ego a superego. Podle Freuda je zapotřebí vnímat vrstvu ega (prožívání) jako „bojiště“ mezi biologickými potřebami vycházejícími z pudové oblasti id na jedné straně a společenskými normami (reflexí) označenými jako superego na straně druhé. Ve filozofii, resp. teologii, bychom pro tyto dimenze člověka mohli užít označení tělo – duše – duch, čemuž v moderní psychologii nejspíše odpovídají pojmy pud – prožívání a reflexe (Jankovský, 2007b).

Ačkoli se nám problematika celistvosti člověka může jevit jako příliš vzdálená a nesouvisející s daným tématem, je to pouhé zdání, protože nám ve skutečnosti umožňuje vnímat rehabilitaci lidí s tělesným a kombinovaným postižením opravdu uceleně. Pokud bychom se pokusili rehabilitaci zredukovat např. jen na tělesnou stránku (jak se běžně stávalo), dopustili bychom se omylu, kterým by nejvíce utrpěli právě ti, jimž je rehabilitace určena, protože předpokladem tělesného zdraví je samozřejmě i psychická rovnováha a nemálo otázek souvisí i s duchovní dimenzí člověka. Proto bychom tyto skutečnosti neměli přehlížet.

Pokud jde o služby poskytované občanům, není příliš obecně známo, že ucelený, neboli holistický, přístup patří mezi deset klíčových principů respektovaných v evropském kontextu. Jedná se o deset principů, jež Evropská unie doporučuje pro podporu politiky začleňování.



Obr. č. 1: Schéma holistického přístupu

3.2. Ucelená rehabilitace

Pokud člověk sám sebe chápe jako ucelenou bytost, je třeba k němu tak i přistupovat. Ucelená rehabilitace je logickým vyústěním snahy o naplnění rozmanitých potřeb člověka, kdy je odkázán na pomoc druhých. Rehabilitace je historicky používaný pojem širokého významu. Dal by se definovat jako koordinované a plynulé úsilí společnosti, jehož cílem je sociální integrace jedince.

Pojem integrace se stal v průběhu posledních několika dekad velice frekventovaným. V nejobecnější rovině integrací rozumíme začleňování či spojování určitých částí v jeden celek. Tím se dotýkáme především řešení problematiky soužití majority, tedy zdravých jedinců, a minorit, tedy i lidí se sociálním a zdravotním znevýhodněním. Postoje tolerance a intolerance, jejich kořeny, vývoj, dynamika sociokulturní dimenze jsou v procesu pozitivního ovlivňování soužití lidí s postižením a lidí intaktních nepochybně určujícím faktorem. Je zřejmé, že toto soužití je spojeno i přímo podmíněno procesy vzájemného formování osobností postižených jedinců a společnosti, dále pak s procesy informačními, sociálně komunikačními, adaptačními, kooperačními a dalšími (Novosad, 2009).

Nyní se ale vraťme zpět k pojmu rehabilitace. V roce 1969 se ji pokusila Světová zdravotnická organizace (WHO) definovat jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo získání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti. V roce 1981 došlo o rozšíření této definice na to, že také obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí znevýhodnění a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého. Definice z roku 1994 charakterizuje rehabilitaci jako proces pomáhající osobám se znevýhodněním rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti. Poslední definice z roku 2009 charakterizuje rehabilitaci osob se zdravotním postižením jako proces zaměřený na zplnomocnění, které jim umožní dosáhnout a udržovat optimální fyzickou, smyslovou, intelektuální, psychologickou a sociální funkční úroveň. Rehabilitace osob se zdravotním postižením poskytuje nástroje, které potřebují k dosažení nezávislosti a sebeurčení. (zdroj: www.who.org)

V současnosti se pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením používá pojem ucelená rehabilitace, která je definována jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti (Kolář, 2007).

Jedná se o interdisciplinární obor, zahrnuje nejen péči lékařskou, ale také sociálně právní, pedagogicko psychologickou a pracovní. Hlavním cílem systému ucelené rehabilitace je vytvoření pokud možno takových podmínek, které jsou optimální pro integraci osob se zdravotním postižením do běžného socioekonomického života.

Novosad (2009) k tomu dodává, že přídavné jméno “ucelená” je českým specifikem naznačujícím, že se rehabilitační proces netýká jen zdravotníků, ale že na něm kooperují i další pomáhající profese tak, aby rehabilitace obsáhla všechny nemoci, úrazem či postižením dotčené stránky klientovy existence. V zahraničí se rozumí samo sebou, že je rehabilitace multioborovým a interoborovým procesem i svébytnou pomáhající disciplínou, a není třeba zdůrazňovat její ucelenost.

Na zásadní význam takto pojaté rehabilitace poukazuje J. Pfeiffer (in sborník *Dítě se zdravotním postižením*, MŠMT, 1999), který uvádí: “Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy jsoucí i budoucí vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a v neposlední řadě pracovních.”

Do rámce “ucelené” rehabilitace patří též poněkud opomíjená habilitace jako proces “prvoutváření” schopností u osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením. Podle Novosada (2009) bývá habilitace rovněž propojena s ranou péčí o postižené děti i rodiny s těmito dětmi, např. ve Švédsku je raná péče realizována v regionálních habilitačních střediscích. Pokud mluvíme o rehabilitaci či habilitaci osob s vrozeným nebo velmi časně získaným postižením, je zřejmé, že jde o dlouhodobý a náročný proces.

J. Jesenský (1995) ve svém díle používá převzatého výrazu “komprehenzivní” (z angl. „comprehensive“ - komplexní, úplná, ucelená) rehabilitace. Rehabilitaci člení podle zaměření při plnění úkolů, ale také podle jednotlivých institucí a prostředků, které jsou při ní aplikovány, na čtyři základní složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální. Novosad (2009) toto členění rozšiřuje o další tři složky, o rehabilitaci volnočasovou, psychologickou a rehabilitaci rodinnou.

3.3. Složky ucelené rehabilitace

3.3.1. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je významnou složkou ucelené rehabilitace, která je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch, ale také na eliminaci následků zdravotního postižení včetně jeho sociální dimenze. Podle Koláře (2009) je léčebná rehabilitace nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení.

Léčebná rehabilitace se prolíná s vlastní léčbou, v důsledku čehož mezi nimi nelze stanovit přesné hranice. Jedná se o velmi obsáhlou kapitolu, která je především doménou medicíny, resp. zdravotnictví. Na straně druhé však v rámci léčebné rehabilitace nacházíme celou řadu aktivit, které mají zjevně interdisciplinární charakter. Proto nepřekvapuje, že se v rámci léčebné rehabilitace můžeme setkat také s prvky psychoterapie (psychorehabilitace), arteterapie, muzikoterapie, atp. (Jankovský, 2007b). Do léčebné rehabilitace můžeme tedy podle Jankovského (2007b) zahrnout následující postupy:

a) Fyzioterapie

Fyzioterapie je metoda zabývající se pohybovým ústrojím. Tento pojem pochází z řeckého slova fysis (přírodní síla) a therapeiá (léčení jako poskytnutí služby). Tato metoda je velmi efektivní zejména u dětí s DMO, patrně představuje nejúčinnější metodu léčebné

rehabilitace u těchto dětí vůbec. Fyzioterapii můžeme podle Koláře (2009) definovat jako terapeutický postup využívající různé formy energií (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění patologických stavů, který se zabývá zejména pohybovým systémem, jeho analýzou pomocí specifických diagnostických postupů, možnostmi jak ovlivnit jeho poruchy a další poruchy orgánových systémů.

Základní formou fyzioterapie je cvičení, které může být realizováno jak individuálně, tak i skupinově. Patrně nejdůležitějším léčebným přístupem této metody je reflexivní motorika. Kolář (2009) tvrdí, že v rámci reflexivní motoriky se využívá reflexů, které vyvolávají stah ochrnutých či oslabených svalů, nebo tuto reakci podporují, tedy facilitují. V praxi se vedle facilitace užívá také inhibice, což si můžeme představit jako útlum svalů, které jsou ve zvýšené tenzi (napětí). V této souvislosti máme na mysli především velmi efektivní Vojtovu metodu reflexivní lokomoce, jejímž základem jsou dva pohybové prvky, a to reflexivní otáčení a reflexivní plazení. Vychází z předpokladu, že pohyb se děje v pohybových vzorech, které jsou vrozené. Vojtova metoda tyto pohybové vzory spouští z určité polohy těla drážděním určitých spoušťových zón. Správnou a systematickou aplikací modelů reflexního otáčení a reflexivního plazení lze tyto pohybové vzory vyvolat a uložit a potlačit tak patologicky vyvolanou hybnost.

Kromě Vojtovy metody se můžeme v praxi setkat také s metodikou manželů Bobathových, která klade důraz na charakteristické prvky, jakými jsou technika držení a zacházení s klientem, reflexivní útlum, klíčové body a “tapping”. Další ze známých metod se nazývá Kabatova metodika, která pracuje s diagonálami, kdy je v úhlopříčných rovinách prováděn pohyb proti maximálnímu odporu. Nesmíme také opomenout Pfaffenrotovu synergickou reflexivní terapii, která využívá více technik, mezi které můžeme zařadit např. akumpresuru či masáže reflexivních zón. I přes tyto rozličné metody zůstává u nás stále nepoužívanější metodou fyzioterapie dětí s DMO metoda profesora Vojty.

b) Fyzikální terapie

Fyzikální terapie je obor vycházející z fyzikální medicíny, neboli fyziatrie, což je lékařský obor zabývající se studiem fyzikálních podnětů a využívání jich ve zdravotnické praxi k prevenci, diagnostice a terapii. Jako fyzikální metody využívá fyziatrie energii pohybovou, mechanickou, chemickou, tepelnou, světelnou, akustickou, elektrickou a jejich různé kombinace.

Fyzikální terapie využívá tyto fyzikální podněty k léčení. Jako metodickoterapeutický obor se uplatňuje ve všech oborech medicíny podobně jako farmakologie, chirurgická terapie, dietoterapie a psychoterapie (Kolář, 2009).

Metodami fyzikální terapie jsou např. termoterapie (léčba teplem), elektroléčba, vodoléčba (např. rehabilitační bazén, perličková lázeň, vířivá lázeň) či různé druhy masáží. Dalšími používanými metodami jsou léčba ultrazvukem, magnetoterapie, léčba světlem (infračervené a ultrafialové záření), balneoterapie (léčba přírodními léčivými prostředky) a jiné.

c) Ergoterapie

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 (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí (Jelínková, Krivošíková, Šajtrová, 2009).

Zaměstnáním ovšem nemáme na mysli léčebnou rehabilitaci (tou se budeme zabývat později), ale léčbu prací. Protože ale pracujeme s dětmi, spíše než léčbu prací lze charakterizovat ergoterapii jako léčbu pomocí hravých aktivit.

Dětská ergoterapie má ovšem svá specifika. Dítě (zejména dítě s DMO) nemá žádné zkušenosti z minulosti, své pohybové stereotypy si teprve vytváří (nejde tedy o “návrat” ztracených funkcí). Dále je nezbytné respektovat vývojové hledisko. Základní metodou je přirozeně hra. Dětská hra, a činnost obecně, mají samozřejmě svá vývojová stádia, která je nutno vzít v úvahu při sestavování ergoterapeutického programu pro dítě s postižením (Jankovský, 2007b).

d) Animoterapie

Pod pojmem animoterapie rozumíme rehabilitační kontakt mezi člověkem a zvířetem. U nás se můžeme nejčastěji setkat s hipoterapií a canisterapií.

Hipoterapie je rehabilitační metoda a disciplína hiporehabilitace, která se zaměřuje na terapii pohybových poruch. Speciálně vyškolený terapeut využívá trojrozměrný pohyb koňského hřbetu k ovlivnění neuromuskulární funkce klienta. Tento pohyb se přenáší přes pánev sedícího klienta na jeho trup a vyvolává tak pohybový vzorec pánve a trupu jako při lidské chůzi. Tento prvek hipoterapie je jedinečný a nenahraditelný jinou rehabilitační metodou, proto můžeme v posledních několika letech sledovat značný vzestup této metody.

Canisterapie znamená ve volném překladu léčba za pomoci psa, kterou můžeme definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních, přičemž působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné. Uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případech, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné. Používá se např. při navazování kontaktu s klienty, kteří obtížně komunikují, nebo práci s citově deprivovanými dětmi, autistickými, nebo mentálně postiženými dětmi.

Kromě dvou výše uvedených metod se můžeme v praxi setkat s dalšími typy animoterapie, jako např. s felinoterapií (léčba za pomoci koček), nebo terapií za pomoci malých či hospodářských zvířat.

e) Jiné specifické terapie

Jinými specifickými terapiemi rozumíme další druhy terapie, jako arteterapii, nebo muzikoterapii, které přesahují do oboru jiných odborných disciplín jako pedagogika či psychologie.

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů (Arteterapie, 10.7.2010). Arteterapie využívá výtvarné prostředky, jakými může být malba nebo kresba, ale také výtvarnou práci s

jinými materiály, zejména s keramickou hlinou. Podle Jankovského (2007b) má arteterapie zcela specifický význam u dětí se zdravotním postižením, hlavně u dětí s DMO. Vedle prospěchu rehabilitačního zde můžeme nalézt i význam diagnostický, hlavně ale umožňuje dítěti prožitek vlastního úspěchu, což se významně podílí na tvorbě osobnosti.

Muzikoterapie je použití hudby nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu. Jejím účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné cíle za účelem uspokojení tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Muzikoterapeut usiluje o rozvinutí schopností a/nebo navrácení funkcí jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší intrapersonální nebo interpersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

f) Další možné rehabilitační postupy

Dalšími možnými rehabilitačními postupy v rámci léčebné rehabilitace máme samozřejmě na mysli léčbu pomocí chirurgických zákroků, kompenzačních pomůcek, farmakoterapie nebo manipulativní léčby. Chirurgické zákroky jsou velice diskutabilní a ne zřídka se stává, že se při indikaci zákroku názorově rozcházejí lékaři specialisté zainteresovaní na případu. Většina zákroku se u dětí s DMO provádí na šlachách (uvolnění, transplantace), na svalech (muskulární korekce), nebo na periferních nervech (zmírnění svalového napětí). Velký význam pro život dítěte s postižením hrají také technické kompenzační pomůcky, tedy tzv. rehabilitační inženýring. Jedná se o pomůcky usnadňující nebo přímo umožňující pohyb, jako jsou různé druhy vozíků, chodítek, či ortéz, nebo pomůcky usnadňující manipulaci, jako jsou různé druhy podavačů, příborů aj. Specifickou kapitolou je farmakologie. Farmakologicky se řeší hlavně jiná zdravotní postižení provázející DMO, jakými může být léčba epilepsie, růstových problémů atd. Současným trendem je aplikace botulotoxinu, což je látka, která uvolňuje svaly a umožňuje jejich normální růst. V poslední době se při funkčních poruchách pohybového ústrojí dostává do popředí také myoskeletální medicína, neboli manipulativní léčba. Podle Koláře (2009) se myoskeletální medicína zabývá diagnostikou a terapií funkčních poruch hybného systému, ke kterým dochází buď samostatně, nebo v souvislosti se strukturálním onemocněním. Tuto léčbu lze s úspěchem aplikovat např. při meziobratlové kloubní bloádě.

3.3.2. Pedagogická rehabilitace

Pedagogická rehabilitace je jednou ze čtyř hlavních složek systému ucelené rehabilitace, která se zaměřuje na oblast vzdělávání, výchovy, přípravy na budoucí život, rozvoj soběstačnosti i schopnosti a nadání jedince. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením se uskutečňuje pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná, nebo jsou poskytována nad rámec pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním dětí, žáků a studentů bez zdravotního postižení. Tato podpůrná opatření napomáhají odstranit, nebo alespoň zmírnit znevýhodnění osob se zdravotním postižením k přístupu a uskutečňování vzdělávání.

I když je výchova a vzdělávání celoživotní permanentní proces, který chápeme jako otevřený systém, má pedagogická rehabilitace největší význam právě v období dětství a dospívání. Mezi hlavní prostředky pedagogické rehabilitace patří např. reedukace, kompenzace, vytváření individuálních plánů a jejich realizace, uskutečňování programů celoživotního vzdělávání pro dospělé apod.

Zvláštní pozornost si zaslouží pedagogická metodika zvaná Montessori, vypracovaná Marií Montessori zhruba před sto lety, která tvoří ucelený a propracovaný vzdělávací systém. Respektuje vývojová období dítěte, vychází z jeho potřeb, pomáhá rozvíjet schopnosti a vnímání sebe i okolí. Montessori pedagogika pomocí konkrétního výukového materiálu a vytvořením vhodného prostředí podporuje přirozený zájem dítěte, pomáhá mu zafixovat si správné pracovní návyky i vytvářet svůj vlastní úsudek. Postupuje se vždy od konkrétního k abstraktnímu a pro jednotlivé okruhy se využívají jedinečné, speciálně vyvinuté pomůcky, které usnadňují pochopení nových jevů, ale také přispívají k hlubšímu a trvalejšímu uchování nově nabytých zkušeností a vědomostí.

Nové pojetí kurikulárních dokumentů umožňuje diferencovat a individualizovat proces vzdělávání s ohledem na vzdělávací potřeby osob se zdravotním postižením. Cílem je dosáhnout u nich co nejvyššího stupně vzdělání při respektování jejich individuálních potřeb a možností, podpořit jejich samostatnost a zapojení do všech oblastí aktivit společenského života. V oblasti vzdělávání osob se zdravotním postižením je v současnosti vytvářen prostor pro zajišťování odpovídajících podmínek k uspokojování speciálních vzdělávacích potřeb dětí předškolního

věku, žáků ve věku plnění povinné školní docházky, žáků středních škol i studentů vyšších odborných škol. Vzdělávání osob se zdravotním postižením se uskutečňuje s ohledem na jejich vzdělávací potřeby a preference v několika variantních organizačních formách. Je umožněno zřizovat školy samostatně určené pro děti, žáky nebo studenty se zdravotním postižením, popř. zřizovat samostatné třídy pro tyto děti, žáky a studenty. Základní tendencí je integrace a začlenění osob se zdravotním postižením do škol hlavního vzdělávacího fondu (Kolář, 2009).

3.3.3. Pracovní rehabilitace

Hovoříme-li o pracovních prostředcích rehabilitace (pracovní rehabilitace), pak nemáme na mysli pouze pracovní přípravu (tedy získávání vědomostí, dovedností a návyků, čili kvalifikaci), ale mnohem širší proces, který v sobě zahrnuje soustavnou péči věnovanou lidem se zdravotním postižením, a to tak, aby se mohli uplatnit v pracovní činnosti na trhu práce (Jankovský 2007b). Pracovní integrace je velice důležitá, protože patří k základním potřebám člověka a pokud není saturována, dochází k frustraci, případně stresovým stavům. Smyslem pracovní rehabilitace je takovýmito stavům předcházet. Jednou z možností může být např. pracovní rekvalifikace.

Pracovní rehabilitace je upravena zákonem č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, který říká, že pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle místa bydliště osoby se zdravotním postižením ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu.

Podle tohoto zákona má každý zaměstnavatel s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru povinnost zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele, který činí 4 %. Podle stejného zákona se zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob, který činí maximálně 8000 Kč měsíčně. Za zmínku stojí také institut chráněných pracovních míst, která jsou budována za podpory státu.

Na tomto příkladu je zřetelně vidět, že stát má veliký zájem o zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

3.3.4. Sociální rehabilitace

Člověk je společenská bytost. Je v rámci lidské společnosti humanizován a socializován. Totéž platí o člověku se zdravotním znevýhodněním. Velmi tedy záleží na jeho společenském postavení, na roli, kterou ve společnosti zaujímá, na tom, jak je společností přijímán (Koláčková, Kodymová, 2005).

Má-li být tento vztah vyvážený, je úkolem rehabilitace, aby člověk přijal své postižení či znevýhodnění a co nejvíce se integroval do společnosti. Můžeme tedy říci, že sociální rehabilitace je proces, ve kterém člověk s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení za účelem dosažení co možná nejvyšší možné úrovně jeho sociálního začlenění. V tomto procesu zaujímá velice důležitou roli osoba sociálního pracovníka, která má za úkol vybrat, zprostředkovat a nastavit potřebné služby tak, aby byly co nejvíce minimalizovány přímé i nepřímé důsledky zdravotního postižení mající vliv na začlenění jedince do společnosti.

Sociální rehabilitace se zaměřuje a řeší problémy, které platí pro všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně zdravotního postižení. Při sociální rehabilitaci jsou uplatňovány 3 základní metody – reedukce, kompenzace a akceptace. Reedukce má své základy v pedagogice a dá se chápat jako rozvoj dovedností, zbytkových schopností a poškozených funkcí. Kompenzace, tedy náhrada postižené funkce nepostiženou funkcí je velice široká oblast. Zahrnuje osobní asistenci, finanční kompenzace (příspěvek na péči, příspěvek na kompenzační pomůcky), nebo mimořádné výhody plynoucí z držení karet ZT, ZTP a ZTP/P. U akceptace, což je přijetí života s postižením, nemáme na mysli jen přijetí svého postižení dítětem, ale také pomoc rodině, do které se dítě s postižením narodí. Tuto problematiku dále řeší rodinná rehabilitace.

3.3.5. Rodinná rehabilitace

Pokud se do rodiny narodí dítě s postižením, není to nikdy lehká situace a ne všechny rodiny mají kapacitu na to, aby si s nově nastalou situací poradily samy. Není náhodou, že mnoho takovýchto manželství končí rozvodem. Rodinná rehabilitace se proto zaměřuje na podporu, obnovu, nebo nápravu rodinných vztahů postiženého, pomoc pečujícím rodinám, zajištění potřebných služeb apod.

3.3.6. Psychologická rehabilitace

Podle Novosada (2009) usiluje psychologická rehabilitace např. o zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci postiženého, o podporu stavu odpovídajícímu duševnímu zdraví a co možná nejvíce harmonický rozvoj osobnosti. Může zahrnovat individuální i skupinovou psychoterapii, aplikovanou psychoterapii (muzikoterapii, arteterapii atd.), trénink psychosociálních dovedností, nácvik efektivního sebeprosazování a komunikace s druhými, nebo podporu při řešení problémů v mezilidských vztazích i sebepojetí člověka s postižením.

3.3.7. Volnočasová rehabilitace

Podle Novosada (2009) se volnočasová rehabilitace zaměřuje na zájmové, sportovní a kulturní vyžití, “koníčky”, sebevzdělávání apod. Může také poskytovat příležitost k působení prožitků nebo zážitků, čehož využívá např. sport nebo animoterapie, čímž může sloužit k pozitivní sebereprezentaci, navazování kontaktů apod.

4. Multidisciplinární tým

4.1. Pojem mezioborová spolupráce a multidisciplinární tým

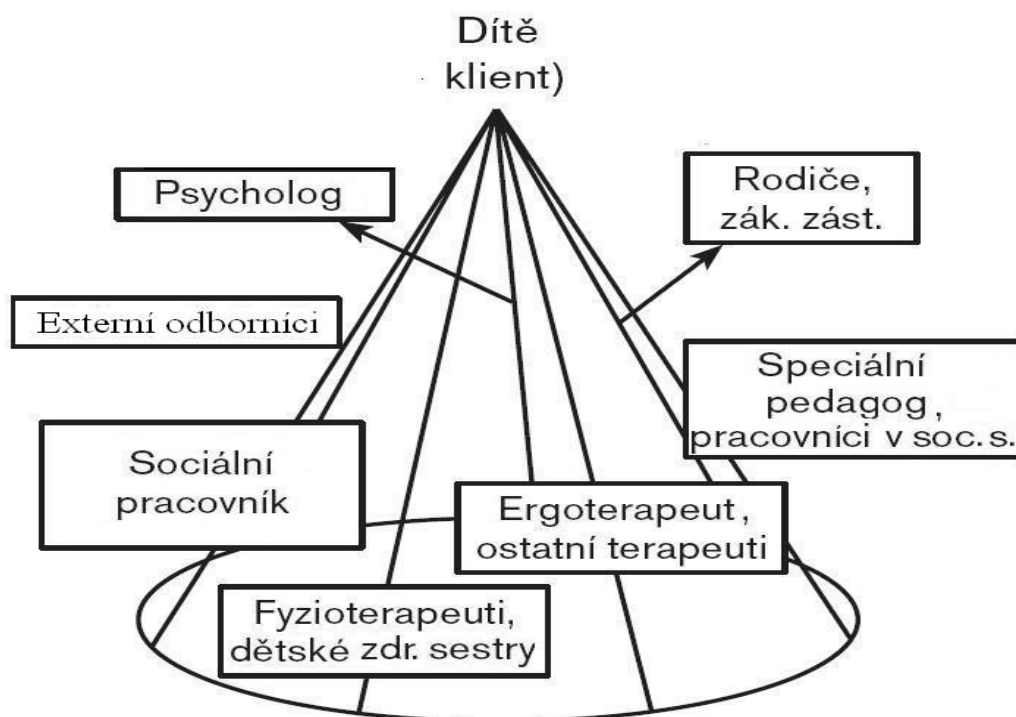
Péče či ochrana jedince spadá pod mnoho resortů a institucí. Snaha o komplexní péči sebou pak nese potřebu tyto instituce a resorty propojit a přimět ke spolupráci. Logika poznávání okolního světa i poznávání sebe sama umožnila člověku vymezit základní vědní oblasti – humanitní a přírodní. Postupující prohlubování a rozšiřování poznání vedlo postupně ke vzniku různých vědních disciplín a ke stále hlubší specializaci. Využití poznatků úzce specializované disciplíny, má-li být účinné, vyžaduje obvykle navázat na poznatky získané jinde. Mezioborová spolupráce se tak stává předpokladem porozumění vzájemným souvislostem a porozumění tomu, jaké místo mají jednotlivosti v širším rámci jevů a procesů.

Pojem mezioborová spolupráce, neboli multidisciplinární kooperace, by se dal charakterizovat jako sjednocování poznatků jednotlivých vědních disciplín k dosažení společného cíle. Multidisciplinární tým tedy můžeme definovat jako skupinu odborníků různých profesí, která vzájemně spolupracuje na dosahování společných cílů při řešení osobních a sociálních problémů.

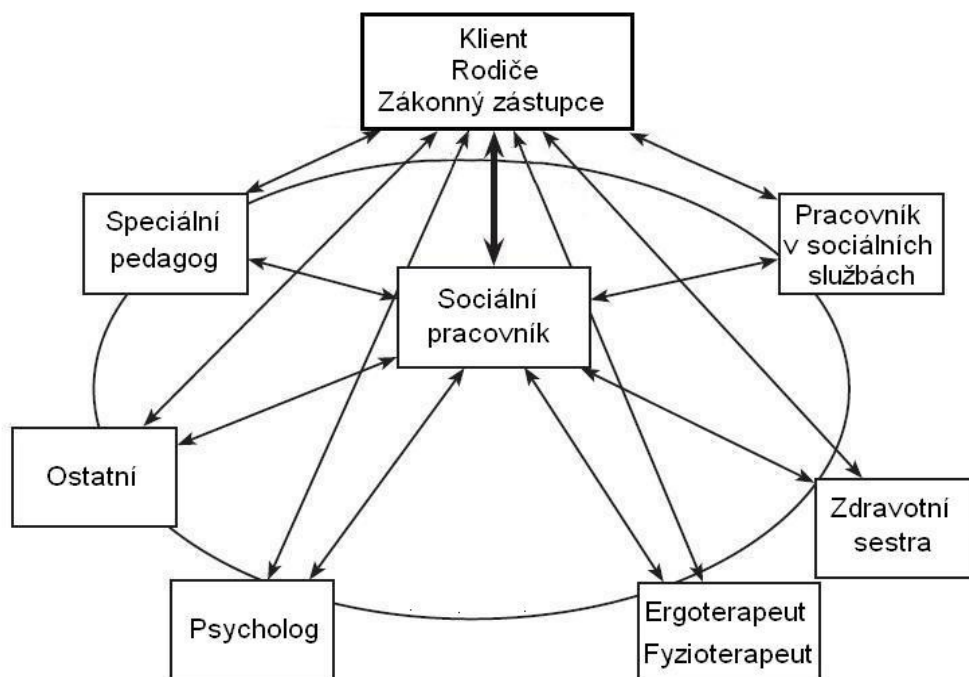
Přínosem multidisciplinárního týmu je výměna a sdílení informací mezi profesionály různých profesí, kteří hledají společné řešení. Interpretace různých odborníků pak napomáhá k získávání většího rozhledu na danou problematiku.

Pro úspěšné fungování týmu, který je schopen kvalitní a efektivní mezioborové spolupráce, je především důležité stanovení cílů a pravidel. Velice důležitým aspektem pro fungování je vedle toho stanovení základních principů činnosti, s nimiž by se měli všichni členové týmu identifikovat. Na základě vhodně zvolených a jasně definovaných základních principů činnosti a samozřejmě i nezbytné identifikace s nimi se mohou členové týmu navzájem respektovat, vzájemně se inspirovat a obohacovat, a to nejen při výkonu svých vlastních profesí, ale také při vytváření uceleného pohledu na problémy dětí se zdravotním postižením (resp. na klienty) a jejich rodiny (Jankovský, 2007a).

Pokud dítě s postižením navštěvuje některý z typů rezidenčních zařízení (denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro osoby s tělesným postižením), můžeme říci, že se kolem něj vytvářejí 2 typy multidisciplinárních týmů. První multidisciplinární tým bychom mohli nazvat z pohledu zařízení jako „interní“. Je tvořen zaměstnanci rezidenčního zařízení, které dítě navštěvuje. Těmito zaměstnanci nerozumíme pouze odborníky, ale také např. pomocný personál, který je s klientem v každodenním styku a má na dítě nezanedbatelný vliv. Nesmíme ovšem zapomenout na rodiče dítěte, kteří jsou důležitou součástí týmu. V tomto týmu by měl roli koordinátora zastávat sociální pracovník, protože obor sociální práce jako jediný prochází napříč ostatními disciplínami. Díky tomu dokáže sociální pracovník získat celkový obraz o dané problematice a pružně se mezi jednotlivými obory „pohybovat“. Pokud ale tým tvoří malý počet zaměstnanců, s čímž se můžeme setkat hlavně v malých denních stacionářích, není role koordinátora natolik patrná, protože potřebné informace o klientovi jsou předávány mezi jednotlivými pracovníky. Avšak pokud má tým velký počet členů, setkáváme se s lehce odlišným schématem, v jehož rámci je významným způsobem posíleno postavení sociálního pracovníka. Jankovský (2007a) píše, že role sociálního pracovníka je v tomto schématu dána především centrálním postavením jako zprostředkovatele a koordinátora ostatních odborných pracovníků angažovaných v péči o dítě, ale svým způsobem také vůči rodičům, resp. vlastním klientům. S tímto schématem se můžeme setkávat ale i u menších, dobře fungujících multidisciplinárních týmů. Schémata spolupráce takovýchto typů týmu můžeme sledovat na obrázcích č. 2: Malý interní multidisciplinární tým, a č. 3: Velký interní multidisciplinární tým.

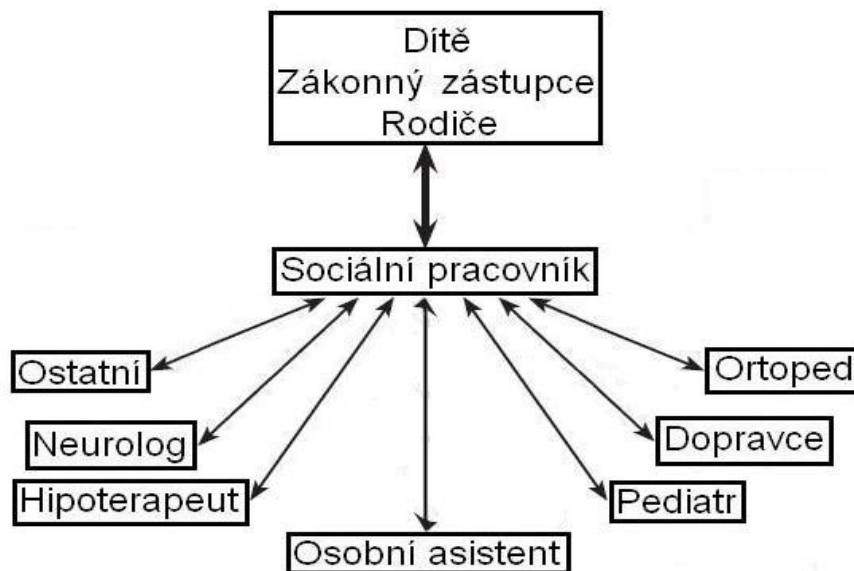


Obr. č. 2: Malý interní multidisciplinární tým (viz. Jankovský, 2007a)



Obr. č. 3: Velký interní multidisciplinární tým (viz. Jankovský, 2007a)

Druhý multidisciplinární tým tvoří odborníci, se kterými se dítě dostává do kontaktu mimo brány rezidenčního zařízení. Tento tým bychom tedy mohli nazvat jako „externí“ a tvoří jej proměnlivé množství odborníků. Tým můžou tvořit podle zvláštních potřeb klienta lékaři, jako např. neurolog, pediatr, chirurg, ortoped, dále pak bezbariérový dopravce, hipoterapeut, canisterapeut, osobní asistent atd. Počet členů externího multidisciplinárního týmu závisí na mnoha faktorech, jakými mohou být pohlaví, věk, typ postižení, vážnost postižení aj. V tomto týmu by měl roli koordinátora zastávat rovněž sociální pracovník s tím, že důraz na koordinaci v důsledku velikosti a proměnlivosti týmu je větší, než je tomu u malého interního týmu. Sociální pracovník tady hraje úlohu jakéhosi „můstku“ mezi klientem a jednotlivými odborníky. Schéma spolupráce takového typu týmu můžeme sledovat na obrázku č. 4: Externí multidisciplinární tým.



Obr. č. 4: Externí multidisciplinární tým

Na závěr je důležité podotknout, že důraz kladený na interdisciplinární týmový charakter práce v žádném případě nesmí snižovat osobní odpovědnost každého z pracovníků za svou pracovní oblast na příslušném pracovním úseku - za tým se tedy nelze schovávat.

4.2. Složení multidisciplinárního týmu a činnost jednotlivých pracovníků

4.2.1. Fyzioterapeut

Fyzioterapii, neboli léčebnou tělesnou výchovu, ve stacionáři zajišťuje tým erudovaných fyzioterapeutů s řádným proškolením v jednotlivých rehabilitačních metodikách. Předpokladem pro výkon povolání fyzioterapeuta je odborná způsobilost získaná absolvováním vysokoškolského studia v oboru pro přípravu fyzioterapeutů. Na základě důkladného vyšetření dítěte jsou v rámci individuální léčebné tělesné výchovy aplikovány všechny dostupné rehabilitační postupy. Minimálním cílovým stavem spolupráce fyzioterapeuta a klienta je omezení rozvoje sekundární patologie pohybového aparátu. Optimálním cílovým stavem je zlepšení zbytkových motorických funkcí a aktivace kompenzačních mechanismů ke zlepšení hybnosti. Fyzioterapeut také provádí nacvičování rehabilitačních postupů s rodinou klienta, aby mohla jednotlivé rehabilitační metody uplatňovat i mimo stacionář. Nejpoužívanější rehabilitační metodou při péči o děti postižené DMO je u nás Vojtova metoda. Vojtova metoda je léčebná technika založená na principu reflexní lokomoce pomocí stimulace přesně definovaných spouštěvých zón na těle pacienta. Je vhodná pro kojence, děti i dospělé a je účinnou léčbou i prevencí pohybových vad. Používá se při léčbě opožděného psychomotorického vývoje, DMO, poúrazových stavů atd. (Orth, 2009). Metody fyzioterapie jsou vhodně doplňovány např. vodoléčbou, ergoterapií, hipoterapií (terapie za pomoci koní), nebo canisterapií (terapie za pomoci psů).

4.2.2. Ergoterapeut

Ergoterapie je jedním z terapeutických oborů, jenž je nedílnou součástí komplexního multidisciplinárního léčebného přístupu pro mnoho diagnóz.

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 (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních

dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí (Jelínková, Krivošíková, Šajtrová, 2009).

Odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta vymezuje § 7, zákona č. 96/ 2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povolání. Povolání ergoterapeuta může dle zákona vykonávat tedy pouze ten, kdo získá odbornou způsobilost k výkonu profese absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů. Do kompetence ergoterapeuta spadají zejména činnosti jako provádění ergoterapeutických vyšetření, hodnocení a nácvik běžných denních činností, hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit, sestavování krátkodobých a dlouhodobých plánů ergoterapie, aplikace ergoterapeutických postupů a metodik, navrhování a případné zhotovení kompenzačních a technických pomůcek, nebo podílení se na rehabilitaci kognitivních funkcí a nácviku komunikačních a rozumových dovedností

4.2.3. Pracovník v sociálních službách

Postavení pracovníka v sociálních službách vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Předpokladem pro výkon povolání na pozici pracovníka v přímé péči je kromě zdravotní a občanské způsobilosti absolvování stopadesátihodinového akreditovaného kurzu pro pracovníky v sociálních službách, kde si pracovník osvojí znalosti a dovednosti základní péče o klienty, informace o anatomii a fyziologii lidského těla, základy poskytování první pomoci, informace o bezpečnosti práce a základy právní problematiky v sociální oblasti, metody aktivizace a komunikace s klienty a jejich rodinou. Pracovník v přímé péči zajišťuje základní úkony péče (hygiena, stravování apod.) s ohledem na klientovu důstojnost a s přihlédnutím k jeho individuálním potřebám. V kontaktu s klientem využívá zplnomocňujících přístupů podporujících samostatnost uživatele v sebeobslužných úkonech a v jejich zdokonalování ve shodě s osobními cíli, potřebami a možnostmi. V průběhu dne spolupracuje při jednotlivých rehabilitačních úkonech (polohování, hipoterapii, rehabilitaci ve vodě), dbá na čistotu klientů, čistotu prostředí, ve kterém se pohybují, zajišťuje pobyt na čerstvém vzduchu, pečuje o čistotu a bezpečnost hraček a výchovných pomůcek apod. Předává podstatné informace od uživatele a jeho zástupců týmu pracovníků či konkrétnímu odborníkovi. Tím tvoří jeden z hlavních informačních zdrojů, které se týkají klienta a jeho rodiny.

4.2.4. Zdravotní sestra

Předpokladem pro výkon povolání na pozici zdravotní sestra je u odborného hlediska absolvování středoškolského, nebo vysokoškolského studijního oboru zdravotní sestra. Zdravotní sestra zajišťuje základní úkony péče (hygiena, stravování apod.) s ohledem na klientovu důstojnost a s přihlédnutím k jeho individuálním potřebám. Hlavní pracovní náplní je poskytování odborné zdravotní péče a podávání léků podle rozpisu od lékaře. Během klientovy adaptace zjišťuje na podkladě rozhovoru s rodiči nezbytné informace o zdravotním stavu klienta, speciální potřeby klienta a další důležité informace pro pobyt v denním stacionáři. Pracovnice sleduje průběh adaptace a dosažených dovedností, postupně s klientem navazuje kontakt a individuálně se mu věnuje. O průběhu adaptace pravidelně komunikuje s klientem, s jeho rodiči a s odbornými pracovníky. Jako klíčová pracovnice se podílí na vytvoření konečné podoby individuálního plánu poskytování služeb. Se spolupodílením se na individuálním plánu také vede zdravotní dokumentaci a zaznamenává a evaluuje průběh služby.

4.2.5. Speciální pedagog

Speciální pedagogika je významná pedagogická disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání, na pracovní a společenské možnosti a uplatnění zdravotně a sociálně znevýhodněných osob a jejich co možná největší integraci do společnosti (Slowík, 2007). Speciální pedagog získává kvalifikaci vysokoškolským magisterským studiem speciální pedagogiky ukončeným státní závěrečnou zkouškou se zaměřením odpovídajícím požadavkům na jeho konkrétní pracovní zařazení. Speciální pedagog spolupracuje v rámci týmu střediska s ostatními odbornými pracovníky střediska a s pracovníky v přímé péči. Provádí odbornou diagnostiku v rámci své užší specializace a pravidelnou terapii/výuku u klientů se speciálními potřebami v rámci denního stacionáře i v rámci ambulantního poradenství. Cílem je podporovat maximální rozvoj schopností, vědomostí a dovedností klientů se speciálními potřebami, posilování jejich kompetencí a rozšiřování možností jejich sociální integrace. Speciální pedagog se podílí na vytváření, uskutečňování, sledování a vyhodnocování individuálních výchovně vzdělávacích plánů péče, spolupracuje s klíčovým pracovníkem a vede dokumentaci vlastního pracovního postupu s kliente. V závislosti na klientovi potřeby navrhuje, připravuje a zhotovuje

vhodné materiály a pomůcky, jako jsou předměty, fotografie, obrázky, piktogramy, komunikační tabulky, krabicové úkoly apod. Využití přístupů speciální pedagogiky v běžné denní praxi stacionáře znamená podílet se na denním programu a zúčastnit se společných skupinových aktivit a dále instruovat, metodicky vést a supervidovat pracovníky v přímé péči. Také zahrnuje podíl na týmové práci a spolupráci při vytváření individuálních programů.

4.2.6. Psycholog

Odborná způsobilost k výkonu práce psychologa předpokládá úspěšné absolvování akreditovaného magisterského studia psychologie na vysoké škole a připravenost a ochotu účastnit se vzdělávacích akcí podle individuálního plánu dalšího vzdělávání. Psycholog provádí odborná psychologická vyšetření, poradenství, intervence a psychoterapii v souladu se svými kompetencemi u dětí a jejich rodin v rámci denního stacionáře, ambulance a v indikovaných případech i v jejich přirozeném prostředí. Členům rodin uživatelů a uživatelék poskytuje individuální i skupinovou terapeutickou podporu. Cílem práce psychologa je uplatňování odborných psychologických poznatků, přístupů a metod přímo v práci s klienty služby a nepřímo zprostředkováním pracovníkům multidisciplinárního týmu. Přímá aplikace psychologických metod a znalostí je užívána v průběhu diagnostických, výchovných, poradenských a psychoterapeutických činností psychologa v přímém kontaktu s uživateli služeb, s jejich rodinnými příslušníky a s dalšími osobami, jež jsou v životě uživatele významné. Cílem práce psychologa je také trvalá podpora uživatele služby a jeho rodiny, zejména při zvládání náročných životních situací.

4.2.7. Sociální pracovník

Sociální pracovník je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu. Při své práci se osvojuje mnoho rolí, aby dosahoval cílů sociální spravedlnosti, zvyšování kvality lidského života a rozvoje maximálního potenciálu každého jedince či skupiny. Postavení sociálního pracovníka vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Předpokladem pro výkon povolání

sociálního pracovníka je dle zákona o sociálních službách způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odbornou způsobilostí se rozumí vyšší odborné vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální pedagogiku, sociálně humanitární práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče a speciální pedagogika. Do odborné způsobilosti patří také absolvování dvěstě hodin akreditovaných vzdělávacích kurzů a pět let praxe, pokud má pracovník vysokoškolské vzdělání v jiném oboru, než je uvedeno výše. Cílem práce sociálního pracovníka je vytvářet podmínky podporující sociální stabilizaci uživatelů služby a jejich sociálního okolí a jejich začlenění do majoritní společnosti.

Sociální pracovník se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámec je důležitý, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní. Odhaluje také detaily ze života klientů – proto jsou důležitá pravidla, která zajišťují klientovu ochranu (Nečasová, 2008).

Těžiště práce sociálního pracovníka leží především ve třech činnostech. V základním sociálním poradenství, case managementu a síťování.

a) Základní sociální poradenství

Základní sociální poradenství jsou ze zákona povinni poskytovat všichni poskytovatelé sociálních služeb. Základní sociální poradenství podle § 37 zákona 108/2006 o sociálních službách poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Poradenství můžeme v obecném pojetí chápat jako poskytování informací, které si klient vyžádá a které potřebuje k řešení svého problému. Poradenství je založeno na vztahu pomoci, přičemž poradce podporuje růst, rozvoj, zralost a lepší uplatnění klienta, aby efektivně orientoval ve světě a vyrovnával se s životem (Hartl, 2003).

b) Síťování

Nezbytnou součástí práce sociálního pracovníka je krom jiných aktivit napojování klientů na formální organizace poskytující sociální služby, kde mohou získat pomoc při řešení svých problémů. Tato schopnost je jedna ze základních kompetencí, kterou vyžaduje práce se sociálně vyloučenými klienty, jejichž problémy vyžadují řešení na mnoha úrovních a spolupráci více organizací. Síť rozumíme formální či neformální spojení lidí a organizací, které umožňuje jejich vzájemnou komunikaci a spolupráci. Subjekty v síti mohou vzájemně sdílet zdroje, dovednosti, kontakty a znalosti, usilují o dosažení stejných či podobných cílů.

Koncept sociálních sítí se začal v sociologii v sociologii a sociální antropologii objevovat v šedesátých letech dvacátého století a sloužil především k podchycení komunitních vztahů,, které přesahovaly hranice skupin, dále byl používán při výzkumu rodiny a její podpůrné sociální sítě. Postupně začal být používán i v dalších oborech. Vedle sítí sociálních, jako zdroji pomoci a podpory, se začalo uvažovat o sítích problémových či tématických jako důležitých činitelů inovace (Velký sociologický slovník, 2007).

Profesionální napojování neznamená pouze doporučení, kde má klient pomoc vyhledat. Obzvláště klienti sociálně vyloučení potřebují podporu, vyjednání služby či doprovodu. K tomu je nutné, aby měl sociální pracovník o dostupných službách a zdrojích pomoci přesné a aktuální informace a v tom nejlepším případě i dobré vztahy s jejich poskytovateli, které je nezbytné udržovat a rozvíjet. Síťování je doporučováno jako metoda práce s klienty, kteří čelí mnohačetným a provázaným problémům. Při síťování je nezbytné pohlížet na člověka jako součást jeho přirozeného prostředí, se kterým je v neustálé interakci. Výhodou síťování je také větší možnost omezení závislosti klienta na poskytování sociální pomoci, nebo na jednom poskytovateli.

c) Case management

Case management bychom mohli volně z angličtiny přeložit jako případové řízení, u nás je ale spíše vžitý pojem koordinovaná péče. Matoušek (2008) tvrdí, že na case management lze pohlížet jako na způsob, jak věnovat soustředěnou pozornost člověku, jenž sociální službu potřebuje. Case management bychom mohli charakterizovat jako koordinaci odborných pracovníků angažovaných v péči o klienta. Zejména u klientů s postižením je třeba péči koordinovat a vedle péče zdravotní či léčebné zajistit také péči sociální a rehabilitační. Úlohu koordinátora by měl v ideálním případě zastávat sociální pracovník, jelikož pro tuto pozici je zapotřebí orientovat se v široké škále nabízených služeb, ať už sociálních, zdravotních či jiných, orientovat se v zákonech a navíc mít přehled o práci ostatních profesí, které se dostávají s klientem do kontaktu. Aby byl sociální pracovníkem dobrým koordinátorem, je potřeba, aby uměl zacházet s úkoly a problémy (mít tzv. IQ – inteligenci kvocient), uměl jednat a zacházet s lidmi a se sebou samým (mít tzv. EQ – emoční kvocient) a uměl získávat širokou podporu při realizaci různých činností (mít tzv. PQ – politický kvocient)

Hlavním cílem case managementu je vybudování účinného vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem, potažmo týmem, tedy vtažení klienta do kontaktu a následné prohloubení a udržení tohoto kontaktu. V návaznosti na vybudovaný vztah jde o to zajistit pro klienta péči, která v sobě bude spojovat léčebné i sociální prostředky.

Můžeme říci, že Case management zahrnuje tři základní úkoly. Prvním úkolem je posouzení stavu klienta a podmínek, v nichž se klient pohybuje. V praxi to znamená, že case manager by měl mít přehled nejen o klientových potřebách a schopnostech, ale také možnostech dalších osob, kteří o klienta pečují. Druhým úkolem case managementu je “spárování” nabízených služeb s identifikovanými potřebami klienta a vydefinování cílového stavu, který by měl nastat po saturování klientových potřeb. Toto bývá obsahem tzv. individuálního plánu péče, na jehož tvorbě se vedle klíčového pracovníka podílí sám klient a další pracovníci zaangażovaní v péči o daného klienta. Posledním úkolem je realizovat tento individuální plán za pomoci klienta, zaznamenávat uskutečněné kroky a jejich dopad. Sledování realizovaných kroků i jejich dopadu slouží nejen k hodnocení, ale i k případnému přehodnocení individuálního plánu ve spolupráci s ostatními členy týmu a klientem v případě, že se individuální plán jeví jako

neúčinný.

Pro úspěšný průběh case managementu je stěžejní vztah mezi klíčovým pracovníkem a klientem. Jedná se o vztah, který není vyvážený, neboť pracovník v něm má silnější roli. I tak je ale třeba usilovat o co „nejpartnerštější“ spolupráci, protože jen v takovém případě budou intervence pracovníka odpovídat potřebám klienta (Adiktologie, 3.7.2010).

5. Středisko DAR

Na závěr této práce bych rád představil zařízení, které se pomocí výše zmíněných principů a činností zabývá problematikou dětí se zdravotním postižením, mimo jiné i dětí s dětskou mozkovou obrnou. Toto zařízení je denní stacionář sídlící v Praze 6, jmenuje se Středisko DAR.

Denní stacionář je moderním typem rezidenčního zařízení, tedy zařízení pro denní pobyt lidí s postižením. Podle § 46 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách se v denních stacionářích poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Stacionáře u nás nemají dlouhou tradici. První stacionáře začaly vznikat počátkem devadesátých let minulého století, což bylo umožněno společenskými proměnami společnosti po listopadu 1989. Do té doby byli lidé s postižením umístováni do tehdejších “ústavů sociální péče” (v současné době nazývaných “domovy pro osoby se zdravotním postižením”), které pracovaly v konceptu segregativního modelu, jež postižené jedince a dokonce i děti vyčleňoval z přirozeného a pro vývoj nezbytného prostředí rodiny a občanské komunity.

Denní stacionář má za cíl zachovat, nebo zlepšit kvalitu života uživatelů a poskytnout úlevu pečujícím rodinám či osobám blízkým. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří pro svůj věk, nebo zdravotní postižení nemohou žít zcela samostatně, bez pomoci druhých, ale rodina či osoba blízká je sto se o ně po část dne postarat v jejich přirozeném prostředí, tedy doma. Služby stacionáře se skládají zejména z těchto prvků: pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv; oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V denních stacionářích se věnují menším skupinám klientů, takže jejich počet na jednoho pracovníka (pedagoga, terapeuta, pracovníka sociální péče) dosahuje téměř ideálního poměru 5:1 až 2:1. Program činnosti denních stacionářů zahrnuje péči výchovnou i léčebně-nápravnou (fyzioterapie, ergoterapie, psychoterapie, logopedie apod.) a aktivizační. Tyto subjekty zřizují obce (např. DC Paprsek v Praze) a stále častěji také nestátní neziskové organizace (např. DC Arpida v Českých Budějovicích). Novosad (2009) tvrdí, že stacionáře jsou v podstatě nejvhodnější formou institucionální péče s funkčním a spolupracujícím rodinným zázemím. Například rodiče mohou chodit do zaměstnání, tedy ekonomicky zabezpečovat rodinu, a zároveň se mohou přiměřeně věnovat svému dítěti s postižením.

Středisko DAR je sociálně zdravotním zařízením pro děti především předškolního věku se speciálními potřebami, tedy s postižením kombinovaným, mentálním, tělesným, smyslovým, děti s autismem, dokonce včetně dětí s břišní sondou, kyslíkovou bombou aj., zpravidla od 3 let věku dítěte. Posláním střediska je umožnit rodinám s dětmi s postižením život co možná nejvíce podobný každé jiné rodině s malými dětmi. Z hlediska lidských a občanských práv se snaží umožnit dětem začlenění do společnosti a do obce, ve které se narodily a ve které žijí. Hlavním cílem je poskytnout včasnou podporu a odbornou pomoc rodinám s dětmi s postižením, eliminovat, nebo alespoň zmírnit důsledky postižení a napomáhat tomu, aby dítě mohlo vyrůstat ve vlastní rodině.

Středisko DAR založila v roce 1998 PhDr. Monika Janíková jako nevládní organizaci a téhož roku začal denní stacionář poskytovat své služby. Od roku 2004 je Středisko DAR součástí Dětského centra Paprsek hlavního města Prahy. V denním stacionáři je poskytována komplexní multidisciplinární péče pro děti se speciálními potřebami a jejich rodiny. Součástí interního týmu je psychologka, která je zároveň vedoucí celého střediska, garantka zdravotní péče, která je zároveň zástupkyní vedoucí střediska, dále pak sociální pracovník, který slouží jako koordinátor týmu, 2 fyzioterapeutky, 2 speciální pedagožky, 6 zdravotních sester, které jsou zároveň i klíčovými pracovníci, 4 pracovnice a pracovníci v sociálních službách a 2 kuchařky. Pokud mluvíme i o týmu externím, budeme brát v potaz jen ty, kteří jsou s dětmi v kontaktu alespoň jednou v týdnu. Jeho členy tedy jsou: hipoterapeut, canisterapeut, bezbariérový dopravce a asistenti jednotlivých klientů.

Provoz denního stacionáře je zajištěn od pondělí do pátku od 6.30 do 16.30 na dvou odděleních. Délka pobytu dítěte je individuálně určena potřebou rehabilitace dítěte a potřebou rodiny, neměla by však přesáhnout 8 hodin denně. Stanovená kapacita je 24 dětí, na každém oddělení je tedy po 12 dětech. Každé dítě má na oddělení svou "klíčovou sestru", která během pobytu dítěte v zařízení poskytuje odbornou péči zdravotní a výchovnou. V týmu se sociálním pracovníkem, fyzioterapeutkou, speciální pedagožkou a psychologkou spolupracuje na individuálním plánu podpory dítěte, který je společně s rodiči a dítětem formulován v Dohodě o individuálním plánu poskytovaných služeb. Tento plán v sobě zahrnuje vytyčené cíle a prostředky, pomocí kterých by mělo dítě stanovených cílů dosáhnout. Každá klíčová sestra má skupinu 4 dětí, kterým se v průběhu dne věnuje.

Během pobytu v denním stacionáři má dítě bohatý rehabilitační program - klíčová sestra s ním pracuje denně individuálně na stimulaci psychomotorického vývoje pomocí Portage programu, strukturované práce pro děti s autismem, podpory komunikace, bazální stimulace (Středisko DAR je akreditovaným pracovištěm konceptu bazální stimulace), polohování aj. Děti s tělesným a kombinovaným postižením mají individuální cvičení s fyzioterapeutkou, nejčastěji reflexní lokomoční terapii dle Vojty, cvičení dle konceptu spirální dynamiky, cvičení na míčích, polohování, vodoléčbu apod. Dvakrát v týdnu rehabilitují děti ve vodě, jedenkrát v týdnu absolvují hipoterapii a canisterapii. Dle potřeby se dětem věnuje speciální pedagožka, která se podílí na rozvoji komunikace dítěte. Děti s autismem a děti s obtížemi v komunikaci mají

vypracovaný strukturovaný program s vizuální podporou, nejprve předmětovou, poté pomocí fotografie, obrázků a nakonec až piktogramů. Speciální pedagožky vytvářejí pro děti individuálně komunikační tabulky, které rozvíjejí alternativní formy komunikace. Děti školního věku se vzdělávají podle individuálního výchovně vzdělávacího plánu v rámci rehabilitačního programu Základní školy speciální Rooseveltova.

6. Závěr

Cílem této práce bylo shrnout a popsat obecné poznatky z oblasti ucelené rehabilitace dětí s dětskou mozkovou obrnou, při které hrají důležitou roli multidisciplinární týmy a nemalý vliv má i sociální práce. Je to právě sociální práce, která se stále častěji dostává do pozice koordinátora celého procesu rehabilitace a dává tomuto pojmu nový a lidštější rozměr.

Ucelený systém rehabilitace dětí s tělesným postižením, zejména pak dětí s dětskou mozkovou obrnou, představuje zcela konkrétní soubor aktivit, které mají za úkol vytvořit pokud možno co nejoptimálnější podmínky pro jejich přirozené přijetí do společnosti. Postižení, ať už je jakékoli, nemalým způsobem ovlivňuje kvalitu života. Jak píše Jankovský (2007b), kvalita života není jen stav, ale proces, který je závislý na mnoha proměnných, zejména pak na úrovni rozvoje osobnosti každého člověka. Utváření vlastní osobnosti je vždy dlouhou a nesnadnou cestou, pro člověka se zdravotním postižením to ovšem platí dvojnásob.

Mluvíme-li o dítěti s postižením, významnou úlohu v procesu utváření jeho osobnosti hraje rodina, která vytváří potřebný prostor pro formování autonomní integrované osobnosti tohoto dítěte. Rodina, do které se takové dítě narodí, by však neměla zůstat v této nelehké situaci sama. Místo soucitu je jí třeba nabídnout účinnou pomoc. Jedním z mnoha zařízení, které dokážou těmto rodinám pomoci, je i Středisko DAR. Toto odborné zařízení nabízí komplexní péči dětem se speciálními potřebami a účelně propojuje všechny aktivity v oblasti sociální, zdravotní a výchovně vzdělávací. Mezioborový přístup umožnil vytvořit funkční systém ucelené rehabilitace, který se opírá o odpovědnou týmovou spolupráci, na níž se významně podílejí i rodiče dětí s postižením.

Multidisciplinarita je u nás ve svých počátcích. Nejvíce se uplatňuje v hospicové péči, ale její náznaky můžeme pozorovat i v jiných oblastech, jako je péče o osoby se zdravotním postižením. Některé multidisciplinární týmy fungují lépe, jiné naopak hůře. Důležité však je, že fungují a dávají tak základ pro vytvoření dobře fungujících týmů, které budou zajišťovat v budoucnu kvalitnější život mnoha lidem.

Literatura:

CHRENKOVÁ, M., SOBKOVÁ, H., VAJĎÁKOVÁ, Z., Metody sociální práce a sociální služby, standardy kvality v sociálních službách, in: Janoušková, K. (ed) Metodická a koordinační dovednosti v sociálních službách, Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě 2007, ISBN 978-8-7368-229-3

CHVÁTALOVÁ, H. Jak se žije dětem s postižením: Portál 2005, ISBN 80-7367-013-5

HARTL, P. Poradenství, In: Matoušek, O. a kol. Metody a řízení sociální práce, Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-502-8

FRANKL, V., E. Lékařská péče o duši, Brno: Cesta 2006, ISBN 80-7295-085-1

HAVRDOVÁ, Z. Kompetence v praxi sociální práce, Praha: Osmium 1999, ISBN 80-902081-8-5

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, Praha: Triton 2007 b, ISBN 80-7254-730-5

JANKOVSKÝ, J. Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu, Sociální práce, 1/2007 a

JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTROVÁ, L. Ergoterapie, Praha, Portál 2009, ISBN 978-80-7367-583-7

JESENSKÝ, J. Kontrapunktů integrace zdravotně postižených, Praha: Karolinum 1995 ISBN 80-7184-030-0

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. Základy muzikoterapie, Praha: Grada 2009, ISBN 978-80-247-2846-9

KODYMOVÁ, P. Sociální práce do druhé světové války. In: Matoušek, O. a kol. Základy sociální práce, Praha: Portál 2001, ISBN 80-7178-473-7

KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, K. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými, In: Matoušek, O., Koláčková, J., Kodymová, P. Sociální práce v praxi, Praha: Portál 2005 ISBN 80-7367-003-X

KOLÁŘ, P. a kol. Rehabilitace v klinické praxi, Praha: Galén 2009, ISBN 978-80-7262-657-1

ORTH, H. Dítě ve Vojtově terapii - příručka pro praxi, České Budějovice: KOPP 2009, ISBN 978-80-7232-378-4

MATOUŠEK, O. a kol. Metody a řízení sociální práce, Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-502-8

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce, Praha: Portál 2003, ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, O., ŠUSTOVÁ, J. Vývoj sociální práce jako oboru v západní Evropě, In: Matoušek, O. a kol. Základy sociální práce, Praha: Portál 2001, ISBN 80-7178-473-7

NEČASOVÁ, M., Profesní etika, In: Matoušek, O. a kol. Metody a řízení sociální práce, Praha: Portál 2008, ISBN 978-80-7367-502-8

NOVOSAD, L. Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením, Praha: Portál 2009, ISBN 978-80-7367-509-7

PFEIFFER, J., Neurologie v praxi, Praha: Grada 2007, ISBN 978-80-247-1135-5

PFEIFFER, J. in sborník Dítě se zdravotním postižením, MŠMT, 1999

SLOWÍK, J. Speciální pedagogika, Praha: Grada 2007, ISBN 80-247-1733-6

ŠIKLOVÁ, J. Sociální práce v našem státě od druhé světové války až do současnosti, In: Matoušek, O. a kol. Základy sociální práce, Praha: Portál 2001, ISBN 80-7178-473-7

VELKÝ SOCIOLOGICKÝ SLOVNÍK, Praha, Karolinum, 1996

Internetové zdroje:

Adiktologie [online]. 2009 [cit. 3.7.2010]. Case management v kontextu nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/635/Case-management-v-kontextu-nizkoprahovych-sluzeb-pro-uzivatele-drog.html?acc=enb>>

Arteterapie [online]. 2005 [cit. 10.7.2010]. Definice oboru. Dostupné z WWW: <<http://www.arteterapie.cz/>>

ČSÚ [online]. 2007 [cit. 10.7.2010]. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007 - příprava výběrového šetření osob se zdravotním postižením. Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/410026828F/\\$File/330908j2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/410026828F/$File/330908j2.pdf)>

IFSW [online]. 2000 [cit. 5.7.2010]. Definition of social work. Dostupné z WWW: <<http://www.ifsw.org/p38000279.html>>

Rehabilitation [online]. 1969, 1981, 1994, 2009. Dostupné z WWW: <<http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>>

Zákony:

Česko. Zákon č. 2006/108 Sb., o sociálních službách. In sbírka zákonů. Česká republika, 2006.

Česko. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. In sbírka zákonů. Česká republika, 2006.

Seznam použitých zkratk:

WHO

IC IDH

IC IDH-2

IC FDH

ČSÚ

DMO

IFSW

MŠMT

ZT

ZTP

ZTP/P

IQ

EQ

PQ

Seznam obrazové přílohy:

Obr. č. 1: Schéma holistického přístupu.....	22
Obr. č. 2: Malý interní multidisciplinární tým.....	37
Obr. č. 3: Velký interní multidisciplinární tým.....	37
Obr. č. 4: Externí multidisciplinární tým.....	38