

Univerzita Karlova  
Pedagogická fakulta  
Katedra speciální pedagogiky

## BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pražské organizace poskytující pomoc lidem s mozkovou obrnou  
Prague organizations providing assistance to people with cerebral palsy

Lenka Hoštičková

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika (B SPPG 2)

Odevzdáním této bakalářské práce na téma Pražské organizace poskytující pomoc lidem s mozkovou obrnou potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Úvaly 6. 7. 2023

## Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat mé vedoucí práce doc. PaedDr. Vandě Hájkové, Ph.D. za užitečné rady, pomoc, podporu i za čas, který mi věnovala.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce pojednává o mozkové obrně, jež patří mezi nejčastější příčiny tělesného postižení. Vymezuje pojem mozková obrna, zabývá se jednotlivými spastickými a nespastickými formami mozkové obrny – diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou, dyskinetickou a hypotonickou, i jejími prenatálními, perinatálními a postnatálními příčinami. V práci jsou uvedeny také nejčastější postižení, která často bývají k mozkové obrně přidružena. Jedná se o epilepsii mentální retardaci, poruchy řeči, smyslová postižení a růstové poruchy. Zabývá se také terapiemi využívanými při léčbě mozkové obrny. Práce se v rámci výzkumu zabývá službami a volnočasovými aktivitami nabízenými organizacemi v Praze, proto teoretická část popisuje druhy a formy sociálních služeb, volnočasové aktivity, pracovní a sociální rehabilitaci. Výzkumná část měla za cíl zjistit, zda jsou v rámci městských částí v Praze zastoupeny rovnoměrně organizace pomáhající lidem s mozkovou obrnou, jaké sociální služby a volnočasové aktivity klientům nabízí. Z výzkumu vyplývá, že kromě jedné městské části je v městských částech vždy alespoň jedna organizace, která nabízí své služby osobám s mozkovou obrnou. Některé městské části mají na svém území čtyři organizace, které se věnují lidem s tělesným a kombinovaným postižením. Rovnoměrně zastoupeny tedy nejsou. V rámci sociálních služeb se nejčastěji jedná denní stacionář a odlehčovací službu. Nejčastěji nabízenou volnočasovou aktivitou jsou výlety. Hlavními metodami bylo dotazníkové šetření a analýza dokumentů.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Mozková obrna, sociální služby, volnočasové aktivity, organizace

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis discusses cerebral palsy, which is one of the most common causes of physical disability. It defines the term cerebral palsy, deals with individual spastic and non-spastic forms of cerebral palsy – diparetic, hemiparetic, quadriparetic, dyskinetic and hypotonic, as well as its prenatal, perinatal and postnatal causes. The work also lists the most common disabilities that are often associated with cerebral palsy. These are epilepsy, mental retardation, speech disorders, sensory disabilities and growth disorders. It also deals with therapies used in the treatment of cerebral palsy. As part of the research, the work deals with services and leisure activities offered by organizations in Prague, therefore the theoretical part describes the types and forms of social services, leisure activities, work and social rehabilitation. The aim of the research part was to find out whether organizations helping people with cerebral palsy are equally represented within the city districts in Prague, and what social services and leisure activities they offer to clients. The research shows that, apart from one city district, there is always at least one organization in the city districts that offers its services to people with cerebral palsy. Some districts have four organizations on their territory dedicated to people with physical and combined disabilities. So they are not evenly represented. As part of social services, the most common are day care centers and respite services. The most frequently offered leisure activity is trips. The main methods were questionnaire survey and document analysis.

## **KEYWORDS**

Cerebral palsy, social services, leisure activities, organizations

## Obsah

1. Úvod.....	7
2. Mozková obrna .....	8
2.1 Vymezení pojmu mozková obrna.....	8
2.2 Klasifikace mozkové obrny.....	8
2.3. Formy mozkové obrny.....	11
2.3.1 Spastické formy.....	11
2.3.2 Nespastické formy .....	17
2.4. Příčiny mozkové obrny.....	19
2.4.1 .....	19
2.4.2.....	20
2.4.3.....	20
2.5. Postižení přidružená k mozkové obrně.....	21
2.5.1 Epilepsie.....	21
2.5.2 Mentální retardace .....	22
2.5.3 Poruchy řeči.....	23
2.5.4 Smyslová postižení .....	24
2.5.5 Růstové poruchy .....	25
2.6. Terapie mozkové obrny .....	25
2.6.1. Vojtova metoda .....	25
2.6.2 Hipoterapie.....	26
2.6.3 Bobath koncept (metoda manželů Bobathových) .....	27
2.6.4. Další terapie .....	28
3 Sociální služby a volnočasové aktivity .....	28
3.1 Sociální služby.....	28

3.1.1 Sociální příspěvek .....	29
3.1.2 Stupeň závislosti.....	29
3.1.3 Sociální služby .....	30
3.1.4. Financování sociálních služeb.....	34
3.2 Volnočasové aktivity .....	34
4 Pracovní a sociální rehabilitace .....	35
4.1 Pracovní rehabilitace .....	35
4.2. Sociální rehabilitace .....	36
5 Pražské organizace poskytující pomoc lidem s mozkovou obrnou .....	37
5.1 Cíl výzkumu, metodologie.....	37
5.2. Výzkumná část.....	38
5.2.1 Dotazníkové šetření .....	38
5.2.2 Analýza dokumentů.....	42
5.2.3 Analýza zastoupení organizací.....	45
6 Závěr.....	46
Seznam použitých informačních zdrojů.....	48
Seznam příloh.....	50

## 1. Úvod

Mozková obrna patří k nejčastějším příčinám tělesného postižení. Podle odhadů žije v České republice asi 20 000 dětských i dospělých jedinců s mozkovou obrnou. Některé zdroje dokonce uvádí, že se s mozkovou obrnou narodí každé druhé až třetí dítě z tisíce narozených dětí a také, že v poslední době případů mozkové obrny přibývá z důvodu vyššího věku rodiček a vyššího počtu předčasně narozených dětí. Přesné statistiky ale nejsou.

Mozková obrna má i svůj světový den, který připadá na 6. října. Světový den vznikl díky australské neziskové organizaci Cerebral Palsy Alliance v roce 2012. Cílem tohoto dne je připomenout si, co onemocnění znamená, jaké mají lidé s mozkovou obrnou potíže a možnosti a co by bylo potřeba zlepšit a poskytnout, aby se jim žilo lépe. A především, aby děti i dospělí s mozkovou obrnou měli stejná práva a příležitosti jako kdokoliv jiný v běžné společnosti.

Teoretická část mojí bakalářské práce se zabývá nejdříve vymezením pojmu mozková obrna – dříve dětská mozková obrna podle období vzniku. Dále se zabývá jednotlivými formami mozkové obrny a jejich charakteristikou i příčinami mozkové obrny. Samostatné kapitoly tvoří postižení, která jsou často k mozkové obrně přidružena a nejčastější terapie, které se u mozkové obrny používají. V péči o zdravotně postižené pomáhají také pracovní rehabilitace zajišťující pomoc při výběru povolání a zaměstnání a sociální rehabilitace pomáhající se začleněním zdravotně znevýhodněného člověka do společnosti.

V praktické části jsem se zaměřila na organizace v hlavním městě, které svou činnost zaměřují na osoby s tělesným postižením. Mým cílem bylo zjistit, zda mají klienty s mozkovou obrnou, jejich počet a jaké služby svým klientům nabízejí. K tomuto cíli mě vedly i osobní důvody, protože máme v rodině osobu, které byla diagnostikovaná dětská mozková obrna (dnes mozková obrna). V budoucnu se budu o rodinného příslušníka starat já a přemýšlela jsem, kam bych se mohla obrátit, pokud bych potřebovala pomoci nebo dopřát něco, co já nebudu schopna zajistit. V současné době totiž žádné podobné služby nevyužíváme.

Ke svému výzkumu jsem zvolila monografickou metodu s využitím analýzy dokumentů a dotazníku.



## **2. Mozková obrna**

### **2.1 Vymezení pojmu mozková obrna**

Mozková obrna se řadí mezi chronická onemocnění s poruchou centrální kontroly hybnosti. Švarcová (2012) uvádí, že patří mezi nejrozšířenější vrozená postižení. Dříve se také nazývala jako Littleova nemoc, podle londýnského lékaře, který ji popsal. Později se užíval pojem dětská mozková obrna (DMO), protože jsou příznaky patrné již v raném věku. Od aktualizace MKN -10 platné k 1. 1. 2010 se užívá termín mozková obrna.

Slowík (2016) uvádí, že ve dvou třetinách případů se u jedinců s dětskou mozkovou obrnou vyskytuje také mentální hendikep a další onemocnění – např. epilepsie, smyslové vady, vývojová dysartrie apod.

Mozkovou obrnu (dříve dětská mozková obrna) je nutné rozlišovat od tzv. dětské obrny. Dětská obrna je na rozdíl od mozkové obrny infekční virové onemocnění, které napadá nervové buňky.

Mozková obrna se u dítěte projeví v průběhu prvního roku života např. opožděným vývojem, sníženým nebo zvýšeným svalovým napětím, poruchou hybnosti apod. Velmi důležitá je včasná diagnostika.

### **2.2 Klasifikace mozkové obrny**

Obrny se týkají centrální nervové soustavy, která zahrnuje mozek a míchu, a periferní nervové soustavy zahrnující obvodové nervstvo. Klasifikace nejsou zcela jednotné.

Podle rozsahu a stupně a stupně závažnosti se člení na parézy, které představují částečné ochrnutí, a na plegie, které znamenají úplné ochrnutí. Poškození mozku je trvalé, ale jeho stupeň se již dále nehorší (Švarcová, 2012).

Základní dělení podle Slowíka (2016):

- 1) Forma spastická (křečovitá)
- 2) Forma nespastická

Forma spastická

Znamená, že se svalstvo křečovitě stahuje a oslabuje.

- a) Diparéza – postižení dolních končetin
- b) Hemiparéza – postižené jsou obě končetiny na levé nebo pravé straně
- c) Kvadruparéza – postiženy jsou všechny čtyři končetiny

Forma nespastická

- a) Forma atetoidní (dyskinetická) – mimovolní pomalé pohyby (zpravidla kroutivé)
- b) Forma ataktická – poruchy rovnováhy a celkově špatná pohybová koordinace

Mohou se vyskytnout i kombinace spastických a nespastických forem.

Klasifikace mozkové obrny podle Švarcové (2012)

- a) Diparetická forma (spastická forma)
- b) Hemiparetická forma (spastická forma)
- c) Kvadruparetická forma (spastická forma)
- d) Dyskinetická (athetonická) forma
- e) Hypotonická forma

Valenta (2014) člení základní formy mozkové obrny na:

- 1) Formy spastické:  
diplegie/diparéza, kvadruplegie/kvadruparéza, hemiplegie/hemiparéza
- 2) Formy dyskinetické:  
atetóza, dystonie, ataxie

### 3) Jiné formy MO

Dále uvádí a blíže popisuje klasifikaci podle amerických autorů:

#### a) Lokalizace mozkové léze (neuroanatomické hledisko)

Jedná se o rozlišení typu pohybového poškození, a to podle oblastí mozku, ve kterých se léze nachází. Může jít o syndromy vznikající mozkové kůry a pyramidových drah nebo syndromy, které vznikají poškozením extrapyramidových drah a syndromy, které vzniknou poškozením mozečku.

#### b) Typ pohybové poruchy (spastická, dyskinetická, ataktická nebo smíšená)

Pokud dojde k postižení mozkové kůry nebo míchy, vznikne spasticita, která je nejčastějším tonusovým projevem. „Výsledkem je svalový tonus (hypertonie) s typickými spastickými příznaky. Podle lokalizace léze se projevuje rozvojem diparetické, hemiparetické nebo kvadraparetické formy MO. V průběhu vývoje způsobuje kontraktury šlach a zkrácení svalů, v důsledku toho vznikají sekundární tělesné deformity.“ (Valenta, 2014)

Hypotonie – jedná se o přechodné období v kojeneckém věku. Mohou se tím projevovat i onemocnění – např. Downův syndrom. „V kontextu MO mluvíme o centrální hypotonii, která, pokud přetrvává i v dětském věku, bývá považována za nejtěžší formu MO a bývá k ní často přidruženo mentální postižení.“ (Valenta, 2014) Pokud jsou postiženy mozkové podkorové struktury, vznikají diskinezy. Ty se vyznačují proměnlivým svalovým tonem, mimovolnými pohyby a narušená je i postura. Bývá přidružena i epilepsie, mentální retardace nebo menší vzrůst.

#### c) Lokalizace postižení na končetinách (topografické hledisko)

Může se jednat o postižení převážně dolních končetin – diparézu, laterální postižení poloviny těla – hemiparézu nebo postižení končetin, které zasahuje celé tělo i posturální aktivitu – kvadraparézu.

#### d) Stupeň závažnosti (hledisko funkčních schopností)

Mozková obrna se může dělit na mírnou, střední, těžkou nebo hlubokou. Jiné dělení je například podle celkové úrovně funkčních schopností nebo podle úrovně funkcí hrubé motoriky.

Kraus (2020) představuje dělení podle:

- a) povahy motorického poškození na základě vyšetření neurologem (paréza, abnormality motorického tónu – hypertonie, hypotonie, dystonie, dyskineze a ataxie)
- b) oblasti předpokládané mozkové dysfunkce (pyramidová, extrapyramidová nebo cerebrální)
- c) podle části postiženého těla (diparéza, hemiparéza, kvadruparéza)
- d) úrovně závažnosti (mírná – bez omezení, střední – potřeba pomůcek, závažná – je nutný invalidní vozík a asistence)

V některých zdrojích se uvádí dělení podle počtu postižených končetin. Pokud se jedná o ochrnutí jedné končetiny, mluví se o monoparéze. V případě, kdy jsou postiženy dvě končetiny (nejčastěji dolní), jedná se o diparézu, triparézu je v případě ochrnutí tří končetin a pokud ochrnutí zasáhlo všechny čtyři končetiny, nazývá se toto postižení tetraparézou.

## **2. 3. Formy mozkové obrny**

### **2. 3. 1 Spastické formy**

Spastická forma je charakterizována především svalovou hypertonií (zvýšeným svalovým napětím), poruchou aktivní volní hybnosti a stereotypními pohyby. Ke spastické formě dochází v případě poškození centrálních motorických neuronů.

„Motorická oblast mozkové kůry je složena ze šesti vrstev pyramidových neuronů. Primární motorická kůra (korové motorické centrum) leží před středovou mozkovou rýhou (sulcus centralis) v gyrus praecentralis. Je klíčovou strukturou pro řízení úmyslných pohybů.

Nejvýznamnější neuronální vrstvou primární motorické kůry je pátá vrstva, která je složena z tzv. Becových pyramidových buněk. Becovy neurony jsou seřazeny podle vztahu k jednotlivým svalovým skupinám. Tomuto uspořádání říkáme somatotopická organizace kůry. Skupiny neuronů vytvářejí tzv. jádra, která řídí určité svalové jednotky. Kolem jader jsou další skupiny neuronů, tzv. pole, která zřejmě mají koordinační funkce. Mezi

„dokonalostí“ pohybu, přesností řízení a počtem řídicích neuronů je úzký vztah. Nejpočetnější jsou neurony řídící svaly jazyka, hrtanu a ruky.“ (Fischer a kol., 2014)

Spastické formy mozkové obrny tvoří většinu ze všech vyskytujících se forem mozkové obrny. Různé zdroje uvádí 60 % - 80 % případů.

#### A) Diparetická forma mozkové obrny

Diparetická forma mozkové obrny se mezi mozkovými obrnami vyskytuje nejčastěji. Vzniká výhradně v období dětství, a to před tím, než začne dítě chodit.

Při této formě je mozek poškozen v oblasti temenního laloku. Podle Fischera (2014) je toto poškození časté u předčasných porodů, při nezralosti plodu. Může také vzniknout v případě komplikované porodu, kdy dojde ke krvácení do mozku, nebo v případě, že je přerušeno zásobování mozkové tkáně kyslíkem. Rozsah diparézy závisí na velikosti poškozené oblasti. Větší poškozená oblast znamená i rozsáhlejší diparézu.

Švarcová (2012) zmiňuje, že poškození vzniká poškozením mozku a to v období, kdy již došlo k zásobování nervovými vlákny (inervaci) u horních končetin, ale u dolních končetin ještě k inervaci nedošlo.

Pro diparetickou formu je charakteristické postižení obou dolních končetin, většinou symetrické. Dolní končetiny jsou slabší (především v oblasti bérců) a méně vyvinuté. Dalším znakem je také zasažení svalových skupin dolních končetin spastickou hypertonií.

Vyskytuje se také nápadný nepoměr mezi dolními končetinami a vzrůstem trupu.

Kromě snížené pohyblivosti probíhá zpočátku stejně jako u zdravého dítěte. V průběhu 3. až 4. měsíce se začíná objevovat vzpor na předloktí – „pasení koníčků“, poté i vzpor na rukou.

Podle popisu Fischera (2014) se dítě začíná převalovat zhruba od 6. měsíce. V tomto období se objevují první chybné pohybové vzorce typické pro diparézu. U zdravého dítěte dochází k převalování šroubovitým pohybem, diparetik se ale otáčí po hlavě a ramenou celé tělo najednou „en block“. Důležité ve způsobu převalování je, že zdravé dítě při převalování

pokrčuje jednu nožičku (příprava psychomotorického pohybového vzorce kroku), ale u diparetika pokrčení nožičky chybí.

Další chybný znak vývoje se objevuje v době, kdy dítě začíná lézt.

U zdravého dítěte dochází při lezení k zapojení všech čtyř končetin a ke střídavému způsobu. Ale podle popisu Fischera (2014) diparetické dítě leze pomocí tzv. zaječích přískoků. Zatímco horní končetiny dělají střídavým způsobem „kroky“, dolní končetiny jsou vždy ve skrčené poloze obě současně přitaženy.

Ve vývoji dále nastává období lezení a stoje. I v tomto vývojovém stadiu uvádí Fischer (2014) rozdíl. Diparetik sedí. Sezení diparetiků se zakloněnou hlavou a s ohnutými zády (dorsální kyfózou). I stoj je u diparetiků odlišný. Diparetik je ve špičkovém postavení, protože je zkrácena Achillova šlacha, která táhne patu vzhůru (oproti zdravému dítěti stojícímu na celé ploše nohy), s ohnutím a přitažením (addukcí) v kolenních kloubech a vnitřní rotací dolních končetin. Pro tento způsob se používá výraz tzv. koňské nohy (equinus).

„Pokud je diparetik schopen chůze, jedná se o chůzi digitigrádní (našlapuje pouze na špičky) a nůžkovitou, způsobenou addukcí stehenních svalů. V důsledku snížené rovnováhy při tomto způsobu pohybu dochází k vývinu kolébové chůze, která je většinou možná pouze s oporou. Postižení jedinci s těžší formou diparetické formy DMO se nenaučí chodit vůbec.“ (Fischer a kol., 2014)

Diparetická forma může být zkomplikována tzv. luxací kyčelních kloubů. Jedná se o stav, kdy hlavice kyčelního vypadává z kloubní jamky – buď částečně nebo úplně. Jedinec má pohyb značně ztížený nebo zcela znemožněný a kloub může být i zdeformovaný. Projevuje se to bolestí. Luxace může být vrozená nebo získaná. Dítě tedy může chodit a později může být odkázáno na invalidní vozík. Může pomoci terapie, která se zaměří na pohyblivost kloubů u dolních končetin.

Valenta (2014) zmiňuje, že se spasticita může projevit i na horních končetinách. Oproti projevům na dolních končetinách však není tak nápadná.

## B) Hemiparetická forma mozkové obrny

Hemiparetická forma bývá druhou nejčastěji se vyskytující formou mozkové obrny. U této formy je zasažena pravá nebo levá polovina těla a horní část bývá zasažena více než dolní. Postižené končetiny jsou v porovnání s nezasazenými končetinami slabší a může být až o několik centimetrů kratší. Menší může být na zasažené straně i polovina obličeje

Důvodem vzniku hemiparetické formy je krvácení do mozku, a to v postranních komorách mozkové kůry. Proto se jedná o levostrannou nebo pravostrannou hemiparézu. Protože se nervová vlákna kříží, dochází k postižení vždy na opačné straně – pokud tedy dojde ke krvácení v levé části hemisféry, bude postižena pravá část těla. Krvácení v pravé části hemisféry způsobí postižení levé části těla.

Podle Švarcové (2012) se při hemiparéze pravostranné vyskytují častěji poruchy řeči, ale děti většinou lépe zvládají chůzi.

Mezi charakteristické znaky hemiparézy patří natočení hlavy a pohled na zdravou stranu, horní končetina je v lokti ohnutá a ruka má zařatou pěst. Charakteristické je napnutí dolní končetiny a došlapování na špičku při chůzi. Páteř bývá vybočena do písmene C – směrem ke zdravé straně.

Jiný vývoj dítěte s hemiparetickou formou mozkové obrny se začíná projevovat již během prvních třech měsíců života, a to u horní končetiny, u níž je patrná omezená motorika.

Fischer (2014) popisuje, že od 5. měsíce je při otáčení dítěte pohyb veden přes postiženou stranu. Horní končetina, která je zasažena, zůstává ve flexi pod bříškem a do pohybu se nezapojuje. Když se dítě otáčí, nedochází ke vzpřímení na předloktích. Rovněž při lezení jsou vývojové rozdíly. Je asymetrické a postižená ruka je ohnutá a tažena pod trupem, postižená dolní končetina je natažená.

Motorický vývoj dítěte probíhá nesouměrně, protože dítě dává přednost zdravé straně. Valenta (2014) uvádí, že postižená strana je vytěšňována mimo vědomí. Pokud se chce dítě posadit, také se opře o zdravou ruku a chce-li se v sedu pohybovat, dělá to smýkavým pohybem.

V období zhruba od 12. do 18. měsíce se dítě pokouší o vzpřímení. Aby „stálo“ na všech čtyřech končetinách, to většinou nedokáže. Při stožení zatíží více nepostiženou stranu – projeví

se kyfóza. Je vhodné, aby dítě podstoupilo terapii před obdobím vzpřimování a podpořil se tak správný způsob vzpřimování.

Fischer (2014) také vysvětluje, že ke zvýšení svalového napětí dochází při každém vzrušení – pozitivním i negativním. Tím jsou znesnadněné či zcela nemožné rychlé pohyby a narušena je i jemná motorika. I ve škole je třeba dbát na to, aby dítě nebylo ve stresu. Navíc může dojít k postižení dominantní ruky. Proto bude dítě upřednostňovat ruku, která je pro něj funkčnější. Jedná se o tzv. vynucené leváctví nebo vynucené praváctví.

Mezi komplikace, které se nejčastěji vyskytují u hemiparetické formy mozkové obrny je epilepsie, jež může způsobovat větší potíže než pohybové omezení a snížený intelekt. Ten se více vyskytuje v případě, kdy se jedná o pravostranné postižení.

Hemiparetická forma mozkové obrny může být vrozená nebo získaná. Získaná forma může být např. po úrazu hlavy, zánětu, nádoru nebo po cévní mozkové příhodě.

Někdy se může vyskytnout i velmi těžká forma mozkové obrny – oboustranná hemiparetická forma. Ta je způsobena tím, že krvácení do mozku zasáhne levou i pravou hemisféru. Pak dojde k postižení všech čtyř končetin. Jejich postižení ale není rovnoměrné. Tito jedinci jsou zcela nehybní a mívají časté epileptické záchvaty. Také se u nich vyskytuje těžké mentální postižení. V důsledku postižení bývají po celý život odkázáni na pomoc druhých.

### C) Kvadruparetická forma mozkové obrny

Kvadruparetická forma mozkové obrny vzniká tím, že jsou poškozeny rozsáhlé části v oblasti senzomotorického kortexu. Mícha je poškozena v oblasti, kde krční část přechází do hrudní části.

Jedná se o nejtěžší formu mozkové obrny, protože je zasaženo celé tělo – všechny čtyři končetiny, trup a hlava.

Postižení dolních končetin je nápadné a podobá se postižení jako u diparetické formy. Horní končetiny bývají postiženy symetricky. Fischer (2014) popisuje, že hlava má kvadruparetik v tzv. opistotonním postavení. Opistotonus je poloha těla, u níž dochází k prohnutí dozadu, do „mostu“ v důsledku křečí zádového svalstva. Dále Fischer (2014) uvádí, že paže jsou



převážně ohnuté v pronačním postavení (z latinského pronus – dopředu napřažený), tedy předloktí je v rotaci, hřbet ruky je otočený dopředu, dlaň dozadu a palec směřuje směrem k tělu. Celkově nemá ruka sílu a úchop s pomocí ruky není možný. Kvadruparetik může zpravidla provést jen pinzetový úchop, kterého se neúčastní celá ruka. Také nohy a kyčle mívají chybné postavení – jsou natažené, s vnitřní rotací.

Už v novorozeneckém věku jsou patrné těžké formy kvadruparetické mozkové obrny. Je narušen sací a polykací reflex a také polykání. Je nutné krmení pomocí sondy. Jsou patrné i charakteristické jevy u končetin – horní končetiny jsou ohnuté a u dolních končetin je vidět jejich natažení. Hlava je natočená a má opistotonní postavení (prohnutí těla dozadu, do oblouku). Jak Fischer (2014) zmiňuje, opistotonus (z řeckého opisthen – vzadu a tonos – napětí) spolu s napjatými svaly v obličeji, komplikuje mimiku. Ústa bývají otevřená, a protože je postiženo i polykání, dochází k vytékání slin. Velmi ztížené je i přijímání potravy. Chybí pohyb dolní čelisti z jedné strany na druhou, a proto není možné žvýkání potravy. Rovněž není ani postranní pohyb jazyka.

Po třetím měsíci je vidět odlišný vývoj oproti zdravému jedinci, kdy chybí zvedání hlavičky, dítě „nepase koníčky“. Později se správně nevyvíjí lezení – dítě se spíše plazí.

Často až do dospělosti se vyskytuje tzv. Moroův reflex, který u zdravého jedince zmizí po čtvrtém měsíci. Jedná se reakci na vnější podněty – jedinec lekne, trhne sebou a rozhodí ruce a nohy.

V důsledku toho, že jsou postižena řídicí korová centra, dochází k narušenému vývoji řeči. Často se tak vyskytuje chybná artikulace (dysartrie), někdy jedinec není schopen vůbec artikulovat a dochází tedy k anartrii.

Kromě poruch řeči se u kvadruparetické formy mozkové obrny vyskytují i další postižení jako jsou poruchy zraku, poruchy sluchu, mentální postižení a vnímání vlastního těla – jedinec většinou vnímá oblast rukou a hlavy. Velmi často se vyskytuje epilepsie a Westův syndrom. Fischer uvádí, že typické pro tento syndrom jsou infantilní spasmy, tzv. bleskové křeče – dochází k rozhození paží a k tonické flexi horních končetin. Zároveň se vyskytuje hysarytmie (původ z řečtiny – hyspi znamená vysoko, arytmie značí poruchy srdečního

rytmu). Dítěti se záchvaty se objevují, když je unavené, nebo když se před chvílí probudilo. Jak dále Fischer uvádí po výskytu těchto záchvatů se psychomotorický vývoj dítěte zastaví, může dojít i k regresi (slovo latinského původu – regredi – vracet se zpět).

Kvadruparetická forma mozkové obrny může nastat i po úrazu – např. autonehoda, kdy dojde k poškození míchy.

Lidé se při kvadruparetické formě pohybují na vozíku – spíše na elektrickém. (Švarcová 2012)

### **2. 3. 2 Nespastické formy**

Pro formy nespastického charakteru je typické snížení svalového tonusu. Tato postižení nejsou v pyramidové dráze. Jedná se o tzv. extrapyramidovou dráhu, jež obsahuje všechna korová a podkorová jádra. Díky ní se udržuje svalové napětí a koordinuje se pohyb. Hlavními částmi extrapyramidové dráhy jsou bazální ganglia, kmenová jádra a retikulární formace)

#### **A) Dyskinetická forma mozkové obrny**

Dyskinéza (z řeckého dys – porucha, kinesis – pohyb) značí poruchu motoriky, pohybu a pohybů, které zajišťuje hladké svalstvo (motilita). Pro dyskinetickou formu se dříve používal také pojem atetoidní. Atetoidní pohyby souvisí s atetózou (z řeckého athetos – volný, nepevný), která se vyznačuje mimovolnými krouživými pohyby. Tyto pohyby se mohou objevit nejen na končetinách, ale i v obličeji.

Dyskinetická forma mozkové obrny je zapříčiněna tím, že jsou poškozena bazální ganglia, která jsou odpovědná za plynule vedený pohyb. Kromě mimovolných krouživých pohybů končetin, může být zasaženo také svalstvo jazyka nebo tváře to vede, jak uvádí Fischer (2014) k projevům např. mlaskání nebo k různým grimasám. To vede i k poruchám řeči, protože jedinec není schopen správně artikulovat. Pohybové projevy se zklidní během spánku (většinou se nevyskytují). Stresové nebo emoční vypětí tyto pohyby zhoršuje.

Švarcová (2012) také uvádí jako hlavní znak mimovolní kroutivé pohyby (athetóza), jež se mohou objevit nejen na končetinách, ale i na šíji a v obličeji. V důsledku toho dochází k narušení plynulosti řeči.

Některé zdroje ještě dělí dyskinetickou formu na hyperkinetickou, jež značí nadměrně zvýšený výskyt mimovolných pohybů (z řeckého hyper- příliš a kinésis – pohyb), a dystonickou, která znamená poruchu svalového napětí, přičemž se může jednat o snížené nebo zvýšené napětí – např. křeče (z řeckého dys- porucha a tonos – napětí).

Vývoj jedince s dyskinetickou formou mozkové obrny probíhá zpočátku nenápadně. Nejprve se projevuje hypotonií, až později dojde ke zvýšení svalového napětí, většinou v období kolem 5. a 6. měsíce. Fischer (2014) popisuje, že prvními symptomy jsou hodně otevřená ústa a také to, že dítě nevydrží v jedné poloze. Mimovolní pohyby se objevují mezi prvním až třetím rokem života. Může se jednat menší záškuby i velké pohyby, které zasáhnou i polovinu těla.

U této formy se nijak výrazně nevyskytují epileptické záchvaty. Z důvodu, že není zasažena mozková kůra, nevyskytuje se mentální retardace. V případě výskytu mentálního postižení se jedná spíše o lehčí formu. Problém ale nastává se zapojením jedinců do společnosti, protože jejich abnormální pohybová aktivita je velmi nápadná.

## B) Hypotonická forma mozkové obrny

Tato forma mozkové obrny se vyskytuje vzácně. Hypotonie znamená snížené napětí svalových vláken (z řeckého hypo – pod a tonus – napětí). Můžeme se setkat i s pojmem ataktická. Pohyby ataktické znamenají, že nejsou přesně koordinované a cílené (z řeckého ataktos – neuspořádaný). Jiným pojmem se někdy vyjadřuje jako cereberální – mozečková (z latinského cerebellum – mozeček). Je to z toho důvodu, že u této formy dochází k poškození mozečku, který zajišťuje koordinaci pohybů a udržování rovnováhy.

Jak vysvětluje Fischer (2014) tito jedinci mají problémy s chůzí – je nestabilní, připomínající opileckou chůzi (potácivá), chodidla jsou při chůzi daleko od sebe, aby lépe udrželi rovnováhu. Celkově je pohybová aktivita velmi nízká. Dítě bývá

v novorozeneckém věku často krmeno sondou, protože nejsou vyvinuty všechny reflexy, které jsou potřebné pro normální příjem potravy. Jak Fischer (2014) dále uvádí, chybí rovněž cílená oční aktivita. Naopak jsou časté i mimovolní pohyby očí (horizontální nystagmus). Dítě většinou jen leží nebo sedí. Často se také projevuje zvýšená pohyblivost v kloubech a tzv. intenční tremor, který vzniká právě při poškození mozečku. Jedná se třes objevující se při pohybu – např. když se jedinec snaží uchopit nějaký předmět. Jeho ruka se začne třást a tento třes zesiluje při přiblížení k požadovanému předmětu. Chůze se u těchto dětí vyvíjí až mezi třetím a sedmým rokem. Většinou je pomalá a trhavá. Celkově je jejich psychomotorický vývoj opožděný. U jedinců s hypotonickou formou se velmi často vyskytuje mentální postižení a poruchy řeči, které jsou způsobeny špatnou koordinací i oslabením hybnosti jazyka. Může se projevit i ztížené polykání a kousání.

## **2.4. Příčiny mozkové obrny**

Přesná příčina mozkové obrny je často neznámá. Obecně lze příčiny rozdělit podle doby vzniku na prenatalní (doba mezi početím a porodem), perinatální (období porodu a krátce po něm) a postnatální (období po porodu).

### **2.4.1 Prenatální příčiny mozkové obrny**

Mezi nejčastější prenatální příčiny se řadí:

- a) infekce matky v průběhu těhotenství – např. zarděnky (dnes je díky očkování tato příčina výjimečná), toxoplazmóza (parazitární nemoc, která se přenáší na člověka ze zvířat – např. z koček; vztahuje se na všechna období, ne pouze perinatální), infekce způsobené herpesviry, HIV
- b) intoxikace plodu – např. pokud matka užívá drogy, alkohol, kouří
- c) vysoký krevní tlak u matky (hypertenze)

d) hypoxie – nedostatek kyslíku pro plod – vzniká poškození mozku

#### **2.4.2 Perinatální příčiny mozkové obrny**

K perinatálním příčinám vyskytujícím se nejčastěji patří:

- a) předčasný porod
- b) dlouhotrvající a překotný porod
- c) hypoxie plodu
- d) krvácení do mozku (může k němu dojít při dlouhém porodu nebo když dojde k velkému stlačení hlavičky)
- e) zánět plodových obalů (na konci těhotenství)

Vznik mozkové obrny ovlivňují i rizikové faktory. Mezi rizikové faktory patří např. nízká porodní hmotnost, porucha štítné žlázy u matky (hyperterýóza – zvýšená činnost štítné žlázy), poloha pánevním koncem, malformace (vrozený abnormální tvar – např. mikrocefalus – malá hlava), epilepsie nebo těžší forma mentálního postižení u matky.

#### **2.4.3 Postnatální příčiny mozkové obrny**

Postnatální příčiny nejsou oproti prenatálním nebo perinatálním příčinám tak časté. V případě postnatální příčiny se jedná o mozkovou obrnu získanou. K té může dojít např.:

- a) z důvodu infekce, která postihne CNS – meningitida (zánět mozkových blan), encefalitida (zánět mozku)
- b) poranění mozku
- c) časně střevní nebo plicní infekce
- d) intoxikace (otrava toxickou látkou)
- e) cévní mozkové příhody – ucpání tepny a krvácení do mozku

## 2.5. Postižení přidružená k mozkové obrně

U mozkové obrny se můžeme setkat s řadou přidružených onemocnění, která stav jedince ještě více zhoršují a komplikují. V tom případě se jedná o kombinované postižení. Nejčastěji se u mozkové obrny vyskytují zejména:

- a) epilepsie
- b) mentální postižení
- c) poruchy řeči
- d) smyslová postižení – zraková, sluchová
- e) poruchy růstové

### 2.5.1 Epilepsie

Podle Krška (2020) je epilepsie jednou z nejčastějších neurologických nemocí, které se u mozkové obrny objevují a mohou někdy způsobit daleko větší potíže než samotná mozková obrna.

Epilepsie (z řeckého epilépsia – napadení, záchvat) je chronické onemocnění s nervovými záchvaty (u nás se dříve používal termín padoucnice). Tyto záchvaty jsou vyvolané nerovnováhou mezi stimulujícími a tlumícími mozkovými systémy. Dojde k poruše činnosti v elektrické části mozku v nějaké části nervových buněk, a to vyvolá záchvat. Může k němu dojít kdykoliv – během dne i v noci.

Záchvaty se mohou projevit poruchou vnímání, křečemi, záškuby v určitých svalových skupinách, výpadky paměti, „zahledění – zasnění se“ a může dojít i k pomočení. Jedinec s epileptickým záchvatem může cítit např. nevolnost, sucho v ústech, bušení srdce.

Epileptické záchvaty se dají rozdělit na různé kategorie. Například je můžeme dělit na částečné a generalizované. Částečný epileptický záchvat postihuje jen určitou oblast mozku. Oproti tomu generalizovaný záchvat zasáhne celou mozkovou kůru obou polokoulí. Při tomto záchvatu dojde ke ztrátě vědomí.

Jiným dělení může být dělení na záchvaty grand mal (velké) – s např. bezvědomím, křečemi, pomočením, petit mal (malé) – projevující se spíše mráкотami, záškuby a bez ztráty vědomí či záchvaty Jacksonské, kdy se záchvaty postupně šíří po těle.

Pokud se setkáme s někým, u koho nastane epileptický záchvat, je nutné poskytnout první pomoc. Hlavními zásadami při první pomoci u epileptického záchvatu je odstranění nebezpečných předmětů z okolí člověka, nebránit v pohybech při křečích a nic nevkládat do úst (ani je neotevírat), uvolnit příliš těsný oděv (hlavně u krku). Záchvat zpravidla odezní do 5 minut. Po odeznění záchvatu položíme na bok do zotavovací polohy (stabilizované). V případě, že je postižený stále v bezvědomí nebo má dýchací potíže apod., voláme záchrannou službu.

### 2.5.2 Mentální retardace

Termín mentální retardace (z latinského mens = mysl a retardare = zaostávat, opožďovat) označuje pomalejší (opožďené) a nerovnoměrné vyvíjející jedince v rámci rozumového vývoje. Snížení rozumových schopností vzniklo poškozením mozku a tento stav je trvalý. Kromě rozumových schopností se mentální retardace projevuje také v oblasti řečové, motorické, kognitivní a sociální (obtížnější adaptace na prostředí).

Podle MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize) se mentální retardace dělí na šest základních kategorií:

	Název	IQ	Mentální věk v dospělosti
F 70	Lehká mentální retardace	50–69	9–12
F 71	Střední mentální retardace	35–49	6–9
F 72	Těžká mentální retardace	20–34	3–6
F 73	Hluboká mentální retardace	Max 20	Pod 3 roky
F 74	Jiná mentální retardace		
F 75	Neurčená mentální retardace		

Podle mezinárodní klasifikace, kterou tvoří v USA Americká psychiatrická asociace DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se jedná o poruchu intelektu (např. řešení problémů, uvažování, plánování, vzdělávání a učení se zkušenostmi) a poruchu v oblasti adaptace (např. samostatnost v běžném každodenním životě, komunikace, začlenění do společnosti).

DSM – 5 dělí poruchu intelektu podle stupně závažnosti na poruchu mírnou, středně těžkou, těžkou a hlubokou.

Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize (MKN 11) již neuvádí pojem mentální retardace, ale vývojová porucha intelektu, jež je charakterizována sníženými intelektovými a adaptivními schopnostmi. Vývojová porucha intelektu patří do nové skupiny Duševních, behaviorálních a neurovývojových poruch (Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders).

Zařazení podle ICD 11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health:

- 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
  - Neurodevelopmental disorders
    - 6A00 Disorders of intellectual development

### **2.5.3 Poruchy řeči**

Poruchy řeči, které se u mozkové obrny nejvíce vyskytují, se odvíjí od formy mozkové obrny, protože záleží, která oblast je postižením nejvíce zasažena a čím je postižení způsobeno. V raném období se potíže projeví již při sání, polykání a koordinaci pohybů rtů a jazyka.



Nejčastěji se uvádí tyto poruchy řeči:

dysartrie – vznikne poškozením centrální nervové soustavy a jedná se poruchu řeči motorickou – poruchu artikulace (vyslovování)

anartrie – u jedinců s touto poruchou zcela chybí schopnost vyslovovat hlásky v důsledku narušení nervosvalové aktivity

dyslalie – dyslalii se také říká patlavost; při dyslalii se špatně tvoří hlásky (jedna hláska i více hlásek)

koktavost – patří k velmi nápadným poruchám řeči, kdy je narušena plynulost řeči

palatolalie – jedná se o poruchu řeči, která se vyskytuje při rozštěpu patra a projevuje se výrazně ve verbální i nonverbální komunikaci

opožděný vývoj řeči nebo omezený vývoj řeči

Může se objevit i huhňavost nebo mutismus (neschopnost verbálně komunikovat).

#### **2.5.4 Smyslová postižení**

Jedinci s mozkovou obrnou se velmi často potýkají se strabismem (šilháním), kdy je porušeno binokulární vidění, při němž je narušena koordinace a spolupráce obou očí. Může se vyskytnout také tupozrakost (amblyopie) a to zejména v dětském věku nebo hemianopie, při níž dochází k oboustrannému výpadku poloviny zorného pole v důsledku poruchy zrakové dráhy. Hemianopie se vyskytuje především u dětí s hemiparézou a výpadek zorného pole je na stejné straně jako porucha hybnosti.

Kraus (2005) uvádí, že se vyskytují také katarakta (šedý zákal), chorioretinitis (zánět sítnice a žilnatky současně) a retinopatie (patologické změny sítnice).

Kromě zrakových obtíží se u mozkové obrny vyskytují i poruchy sluchu. Některé zdroje uvádí, že se u jedinců s mozkovou obrnou poruchy sluchu vyskytují častěji než u ostatní populace.

Přidružená smyslová postižení se obvykle s rostoucím věkem zhoršují.

### **2.5.5 Růstové poruchy**

Poruchy růstu ovlivňuje míra poškození centrální nervové soustavy a forma mozkové obrny. Již v kojeneckém období se problémy mohou projevovat nižšími hmotnostními přírůstky, později nižším vzrůstem v porovnání s vrstevníky. V období dospívání dochází k opožděnému vývoji sekundárních pohlavních znaků – např. ochlupení nebo růst prsů.

V závislosti na formě mozkové obrny jsou celkově oslabené končetiny, které jsou mozkovou obrnou zasaženy.

Švarcová (2012) uvádí také komplikace z ortopedického hlediska v souvislosti např. se zkrácením Achillových šlach, kolenních šlach nebo deformací kyčelního kloubu.

Kromě výše uvedených přidružených onemocnění se vyskytuje rozštěp rtu a patra, mikrocefalie (zmenšená hlava), makrocefalie (zvětšená hlava) nebo hydrocefalus (hromadění mozkomíšního moku v mozkových komorách způsobí abnormální velikost hlavy).

## **2.6. Terapie mozkové obrny**

Mozkovou obrnu nelze vyléčit. Správnou terapií a podporou se mohou zlepšit podmínky... Je nutné, aby se do péče o jedince s mozkovou obrnou zapojili všichni specialisté, kteří pomohou. Kromě pediatra je většinou nutná péče např. neurologa, ortopeda/fyzioterapeuta, neurochirurga, logopeda...

V rámci rehabilitační péče se nejčastěji využívá: Vojtova metoda, hipoterapie, metoda manželů Bobathových.

### **2.6.1. Vojtova metoda**

Vojtovu metodu objevil český dětský neurolog prof. MUDr. Václav Vojta v 50. letech 20. století. Jedná se o terapii založenou na reflexní lokomoci. Cílem je vyvolat reflexní

pohybové vzorce (motorickou reakci), které má každý člověk vrozené. Děje se tak stlačením na konkrétní „body“ - tzv. spouštěcí zóny v přesně dané výchozí poloze – poloha vleže na břiše, vleže na zádech a poloha vkleče.

Vojtova metoda má dva hlavní modely:

1. model reflexního plazení
2. model reflexního otáčení

Model reflexního plazení je aktivován z polohy na břiše, model reflexního otáčení je aktivován z polohy na zádech.

Některé zdroje uvádí tři hlavní modely: model reflexního plazení, reflexního otáčení a tzv. model první pozice (proces vzpřimování).

Vojtova metoda je vhodná již pro děti kojeneckého věku, protože není vyžadována aktivní vědomá spolupráce dítěte. Aby se dosáhlo co nejlepších výsledků, je nutné cvičení provádět 4x – 5x denně. Proto je proškolen rodič (nejčastěji matka), který s dítětem několikrát denně doma cvičí a k terapeutovi dochází na pravidelné kontroly. Někdy bývá pro rodiče překážkou to, že dítě u cvičení pláče – pozice jsou pro něj nepohodlné a nepříjemné.

Přínosem Vojtovy metody – reflexní lokomoce je celkové zlepšení stability, rovnováhy a držení těla. Má příznivý vliv na celkovou koordinaci pohyb a orientaci v prostoru. Vojtova metoda se využívá u všech věkových kategorií – v novorozeneckém věku i dospělých.

### **2.6.2 Hipoterapie**

Hipoterapie patří fyzioterapii, která využívá k terapii koně. Chůze koně má pozitivní vliv, protože v chůzi využívá podobný pohybový vzor jako člověk. Jedná se o tzv. zkříženou lokomoci – zkřížená souhra předních a zadních končetin u koně, u člověka pak pohyb dolních a horních končetin při chůzi. Zároveň „pohupování“ koňského hřbetu se přenáší na pánev a trup u člověka a působí jako pohybový vzor stejně jako je tomu při chůzi člověka.

Je tedy velmi důležité, aby byl kůň v dobré kondici – např. aby nekulhal – v případě kulhání by pohybový vzor nebyl správný.

Hipoterapie pomáhá při nácviku chůze, udržení rovnováhy a vzpřímeného sedu a má také pozitivní vliv na psychiku člověka.

Hipoterapie se dá při mozkové obrně využívat u všech forem, ale záleží, v jakém stavu jsou kyčle nebo spasmy, které by mohly bránit v posazení na koně.

### **2.6.3 Bobath koncept (metoda manželů Bobathových)**

Metoda manželů Bobathových (Berta Bobathová a Karel Bobath) patří mezi neurovývojové terapie, která se používá při poruchách centrální nervové soustavy. Nejčastěji je využívána při léčbě osob s mozkovou obrnou, ale i u osob po mozkové příhodě. Může být aplikována u dětí kojeneckého věku i u dospělých.

Bobath koncept nahlíží na klienta jako na celek a terapie je tedy velmi individuální. Terapii předchází důkladné vyšetření, které se zaměřuje například na pohybové vzorce, plynulost pohybů, fyzickou zdatnost, kognitivní funkce, schopnost koncentrace, přidružené problémy (smyslové poruchy apod.) a také na porozumění úkolům.

Terapie má za cíl udržení rovnováhy před pohybem, v průběhu pohybu i po dokončení pohybu. Je cílena na pohyb, který se v životě běžně vyskytuje. Mezi terapeutické techniky patří techniky inhibiční, facilitační a stimulační. Při terapii se využívá tzv. metoda handlingu – manipulace s jedincem, která následně navodí automatické pohyby (např. vzpřimování, rovnovážné) a terapeut postupně oddaluje své ruce a tím je jedinci umožněno, aby mohl samostatně kontrolovat pohyb bez pomoci (v závislosti na svých schopnostech). Tuto techniku pak využívají rodiče při každodenních činnostech s dítětem (nošení, krmení, oblékání, hraní apod.) Během dne by se handling měl využívat co nejvíce.

Cílem terapie manželů Bobathových je, aby u klienta došlo ke snížení nebo odstranění spasticity, potlačení mimovolných pohybů a celkově se podpořil správný motorický vývoj.

#### 2.6.4. Další terapie

Terapií, které se dají využít v případě mozkové obrny je více. Záleží na konkrétní formě mozkové obrny. Zdroje ještě často uvádí tyto terapie:

**Canisterapie** – při této terapii se využívá pes; hlazení a krmení pomáhá při rozvoji jemné motoriky a pozitivně působí na psychiku

**Kabatova metoda** – tato metoda využívá pohyb, který je veden v úhlopříčném směru a současně s rotací; při tomto pohybu dochází k protažení svalů, kladení odporu a tlaku na sval, celkově jsou zapojeny všechny svaly, je vyžadována spolupráce klienta

**Petöho terapie** – terapie se zaměřuje na podpoření pohybu, zejména v každodenním životě; je vhodná pro děti s mentálním a pohybovým hendikepem a využívají se při ní např. rýmy, různé pomůcky a speciální dřevěný nábytek

**Ergoterapie** – terapie je důležitá pro rozvoj a nácvik soběstačnosti a samostatnosti; podle různých druhů činností může rozvíjet např. jemnou a hrubou motoriku, úchop, paměť, pozornost, orientaci nebo sebeovládání

### 3 Sociální služby a volnočasové aktivity

#### 3.1 Sociální služby

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje sociální službu jako “ činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení”.

Podle Slowíka (2016) nabízejí sociální služby pomoc v různých oblastech života člověka s handikepem, sociální podpora je pak poskytována formou finančních příspěvků a dávek, kterými lze hradit i potřebnou sociální službu.

### **3.1.1 Sociální příspěvek**

Výše sociálního příspěvku se určuje podle stupně závislosti a v současné době je jeho výše:

3 300 Kč (1. stupeň – lehká závislost),

6 600 Kč (2. stupeň – středně těžká závislost),

13 900 Kč (3. stupeň – těžká závislost) a

19 200 Kč (4. stupeň – úplná závislost) za kalendářní měsíc pro osoby mladší 18 let.

Pro osoby starší 18 let se výše příspěvku za kalendářní měsíc pohybuje:

880 Kč (1. stupeň – lehká závislost),

4 400 Kč (2. stupeň – středně těžká závislost),

12 800 Kč (3. stupeň – těžká závislost) a

19 200 Kč (4. stupeň – úplná závislost).

### **3.1.2 Stupeň závislosti**

Stupeň závislosti se hodnotí podle schopnosti zvládat: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity a péči o domácnost.

U osob mladších 18 let je stupeň 1 (lehká závislost) za předpokladu, kdy osoba není schopna zvládat tři životní potřeby, stupeň 2 (středně těžká závislost) - neschopnost zvládat čtyři nebo pět životních potřeb, stupeň 3 (těžká závislost) - neschopnost zvládat šest nebo sedm životních potřeb a stupeň 4 (úplná závislost) - neschopnost zvládat osm nebo devět životních potřeb.

(Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

U osob starších 18 let je stupeň 1 (lehká závislost) za předpokladu, kdy osoba není schopna zvládat tři nebo čtyři životní potřeby, stupeň 2 (středně těžká závislost) - neschopnost zvládat pět nebo šest životních potřeb, stupeň 3 (těžká závislost) - neschopnost zvládat sedm nebo osm životních potřeb a stupeň 4 (úplná závislost) - neschopnost zvládat devět nebo deset životních potřeb.

(Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

### **3.1.3 Sociální služby**

Sociální služby zahrnují pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu (např. soběstačnost) při osobní hygieně či pomáhají zajistit chod domácnosti. Důležitou činností sociálních služeb je také pomoc při uplatňování práv a začlenění do společnosti - např. formou vytváření pracovních návyků.

Mezi sociální služby patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby mohou být poskytovány formou ambulantní (klient za službou dochází), terénní (služba je poskytována v přirozeném prostředí klienta - např. domov, zaměstnání) nebo pobytovou (tato služba poskytuje klientovi i ubytování).

#### **a) Sociální poradenství**

Do sociálního poradenství patří např. poradenství o možnostech řešení v případě nepříznivé životní situace (základní sociální poradenství) nebo poradenství pro sociální skupiny lidí (např. pro osoby se zdravotním postižením), činnosti sociálně terapeutické nebo pomoc při uplatňování práv apod. V tom případě se jedná o sociální poradenství odborné.

#### **b) Služby sociální péče**

Úkolem služeb sociální péče je především pomáhat, aby byli lidé soběstační, zapojení v běžné životě do společnosti a mohli být ve svém prostředí.

Mezi služby sociální péče podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách patří:

- 1) **Pečovatelská služba** – je poskytována lidem se zdravotním postižením, chronickým onemocněním, osobám staršího věku nebo potřebným rodinám s dětmi formou ambulantní nebo terénní služby
- 2) **Osobní asistence** – je určena osobám, které potřebují pomoci z důvodu zdravotního postižení či omezení (např. nemoc) s osobními potřebami běžného života jakými jsou hygiena, péče o domácnost, kontakt a zapojení do společnosti apod. a to terénní formou
- 3) **Podpora samostatného bydlení** – jedná se o terénní službu, která je určena lidem se zdravotním postižením, onemocněním (chronické a duševní) a potřebují pomoc další osoby
- 4) **Centrum denních služeb** – centrum denních služeb rovněž poskytuje pomoc osobám, které potřebují pomoc z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění a věku formou ambulantní služby a to např. poskytnutí stravy, sociálně terapeutické činnosti nebo výchovné a vzdělávací činnosti
- 5) **Odlehčovací služby** – jsou určeny osobám, které pečují o někoho se zdravotním postižením, chronickým onemocněním nebo mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, a je jim tímto poskytnuta možnost k odpočinku a regeneraci formou ambulantní, terénní nebo pobytovou
- 6) **Denní stacionář** – tato služba je poskytována ambulantně lidem se zdravotním postižením, chronickým onemocněním nebo z důvodu věku – mají sníženou soběstačnost a nemohou zůstat sami (např. po dobu, kdy je pečující osoba v zaměstnání)
- 7) **Týdenní stacionář** – poskytují pomoc stejně jako denní stacionář, ale jsou poskytovány pobytovou formou v průběhu pracovního týdne (během víkendů a svátků bývá klient s pečující osobou)
- 8) **Domovy pro osoby se zdravotním postižením** – jsou určeny lidem se zdravotním postižením, bývají zaměřené na určitou skupinu osob (např. s mentálním postižením, s Alzheimerovou chorobou apod.) a jedná se o dlouhodobou pobytovou službu
- 9) **Domovy pro seniory** – tato pobytová služba je poskytována především lidem staršího věku a potřebují pomoc jiné osoby z důvodu snížené soběstačnosti



- 10) **Domovy se zvláštním režimem** – jejich pobytová služba je určena osobám majícím sníženou soběstačnost, a to z důvodu závislosti na návykových látkách, duševního onemocnění nebo demence (např. stařecká, Alzheimerova choroba aj.) a podle jejich potřeb je služba přizpůsobena
- 11) **Chráněné bydlení** – je pobytová služba (individuální nebo skupinová) pro lidi se zdravotním postižením nebo onemocněním (chronickým i duševním)
- 12) **Zdravotnická zařízení lůžkové péče** – jedná se o pobytovou službu ve zdravotnickém zařízení pro osoby, které nemohou být z důvodu svého zdravotního stavu bez jiné osoby, která jim poskytne potřebnou pomoc a nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení
- 13) **Průvodcovské a předčitatelské služby** – tyto služby jsou určeny lidem, kteří mají z důvodu duševního nebo zdravotního stavu sníženou schopnost komunikace nebo orientace, jsou poskytovány ambulantně nebo terénní formou
- 14) **Tísňová péče** – klient je ve svém prostředí a má u sebe neustále distanční hlasovou a elektronickou komunikaci, kterou může v případě zhoršení svého zdravotního stavu využít tím, že stiskne tlačítko, jedná se o terénní službu

### c) Služby sociální prevence

Služby sociální prevence mají za cíl předcházet sociálnímu vyloučení osob ze společnosti (např. žijí v sociálně vyloučené lokalitě), pomáhat překonat nepříznivou sociální situaci a zároveň chránit před nežádoucími společenskými jevy.

Službami sociální prevence jsou:

- 1) Raná péče
- 2) Telefonická krizová pomoc
- 3) Tlumočnické služby
- 4) Azylové domy
- 5) Domy na půl cesty
- 6) Kontaktní centra

- 7) Krizová pomoc
- 8) Intervenční centra
- 9) Nízkoprahová denní centra
- 10) Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- 11) Noclehárny
- 12) Služby následné péče
- 13) Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- 14) Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- 15) Sociálně terapeutické dílny
- 16) Terapeutické komunity
- 17) Terénní programy
- 18) Sociální rehabilitace
- 19) Centrum duševního zdraví

(Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Lidé se zdravotním postižením využívají především tyto služby sociální prevence:

**Raná péče** – tato služba je určena pro zdravotně postižené děti do 7 let věku a je zaměřená na podporu nejen vývoje dítěte, ale i na podporu rodiny; služba je poskytována formou terénní (může být doplněna i ambulantní formou)

**Tlumočnické služby** – jsou poskytovány lidem, kteří mají nějaké smyslové postižení a běžná komunikace s okolím je pro ně problematická; tlumočnické služby jsou v terénní nebo ambulantní formě

**Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** – tato služba je pro lidi se zdravotním postižením nebo pro seniory a je provozována ambulantně

**Sociálně terapeutické dílny** – ambulantní formou pomáhají s pracovními návyky a dovednostmi lidem, kteří jsou mimo běžný pracovní trh (včetně chráněného trhu práce) z důvodu zdravotního postižení

### **3.1.4. Financování sociálních služeb**

Sociální služby jsou poskytovány zdarma, za částečné finanční podílení nebo za úplné financování uživatele služeb.

Pokud se klient sociálních služeb na úhradě služeb podílí nebo je zcela financuje, musí být mezi ním a poskytovatelem sociálních služeb sepsána smlouva. Maximální výše úhrady je stanovena Vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

a) Sociální služby, které jsou poskytovány zdarma:

Sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová péče, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby s zdravotním postižením, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby, které jsou poskytovány kontaktními centry nebo nízkoprahovými zařízeními pro děti a mládež, služby sociálně terapeutických dílen, sociální služby intervenčních center a center duševního zdraví.

b) Sociální služby, které jsou provozovány za částečnou nebo plnou úhradu:

Jedná se o pobytové služby v týdenních stacionářích, domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem a ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče.

## **3.2 Volnočasové aktivity**

Volnočasové aktivity mohou podpořit duševní i fyzické zdraví člověka. Mohou sloužit k relaxaci a mohou i vzdělávat nebo mohou pomoci zlepšit fyzickou kondici. Volnočasové aktivity jsou vhodné nejen pro osoby bez obtíží, ale i pro lidi, kteří mají nějaké zdravotní postižení. Pokud se přizpůsobí individuálním možnostem (např. využití speciálních pomůcek nebo upravené sánky), mají i osoby se zdravotním postižením možnost rozvíjet se v dalších oblastech a dává jim to příležitost být v kontaktu se společností, seznámit se a

vyzkoušet si nové činnosti a najít třeba přátele. Volnočasové aktivity jim mohou poskytnout pocit radosti i pocit, že něco dokázali.

Nejčastěji se jedná o aktivity:

Sportovní – např. pohybové cvičení, plavání, lyžování, kolektivní sporty (fotbal, míčové hry apod.), jóga, tanec

Kulturní – např. divadlo, kino, výstava, koncert

Vzdělávací – např. cizí jazyk, práce na PC, semináře

Tvořivé – např. výtvarné, keramické

Praktické – např. vaření

Pobytové – např. tábor, zájezd

Oblíbenými aktivitami jsou i jednorázové akce (někdy se každoročně opakují) – výlet, mikulášská besídka, vánoční besídka, oslavy jara – Velikonoce, maškarní (karneval).

## **4 Pracovní a sociální rehabilitace**

Rehabilitace (z lat. *rehabilis*, *re* – znovu (od základu), *habilis* – schopný) patří mezi metody speciální pedagogiky. V kontextu se zdravotním postižením se jedná o reedukaci, obnovení a zlepšení schopností jedince, ale také o uplatnění jedince ve společnosti a na trhu práce.

Je to tedy komplexní soubor činností, metod a postupů v oblasti speciální pedagogiky.

### **4.1 Pracovní rehabilitace**

Podle Švarcové (2012) se pracovní rehabilitace soustředí na to, aby měl jedinec se zdravotním postižením možnost uplatnit se na trhu práce nebo v chráněném pracovišti a mohl k tomu získat potřebné vzdělání, aby byl pro danou činnost kvalifikován.

Valenta (2014) popisuje pracovní rehabilitaci jako souvislou činnost, která je zaměřená na získání zaměstnání pro osobu se zdravotním postižením a na podporu, aby si jedinec zaměstnání udržel.

Osoba, která má na pracovní rehabilitaci nárok musí o ni zažádat příslušný Úřad práce České republiky. Žádost musí být doložena posudkem (potvrzením) orgánu správy sociálního zabezpečení.

Pracovní rehabilitace zahrnuje především:

- 1) poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání a zaměstnání (popř. jiná činnost spojená s výdělkem)
- 2) teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání či jiné výdělečné činnosti (např. rekvalifikační kurzy)
- 3) zaměření na zprostředkování a udržení zaměstnání
- 4) pomáhá při změně povolání a zaměstnání
- 5) pomáhá vytvářet podmínky, které jsou vhodné pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Služba pracovní rehabilitace je poskytována bezplatně (náklady hradí Úřad práce).

## **4.2. Sociální rehabilitace**

Sociální rehabilitace je podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezená jako soubor činností, které směřují k samostatnosti jedince, jeho nezávislosti a soběstačnosti s rozvojem jeho specifických schopností a dovedností. Je důležité posilovat také jeho návyky a nacvičovat činnosti, které jsou běžné v každodenním životě.

Sociální rehabilitace je poskytována formou ambulantní, terénní nebo pobytovou v centrech rehabilitačních sociálních služeb.

Mezi základní činnosti, které sociální rehabilitace poskytuje, patří:

- 1) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování (např. péče o domácnost, péče o děti, obsluha spotřebičů, orientace v prostoru venku i uvnitř)
- 2) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (např. využití dopravních prostředků, chování ve společenských situacích)
- 3) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a upevňování již získaných dovedností a schopností
- 4) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Pokud se jedná o pobytovou službu v centrech rehabilitačních sociálních služeb zahrnuje služba i ubytování, stravu a pomoc při osobní hygieně.

## **5 Pražské organizace poskytující pomoc lidem s mozkovou obrnou**

### **5.1 Cíl výzkumu, metodologie**

Za cíl své bakalářské práce jsem si zvolila výzkum organizací v Praze, které pomáhají lidem s mozkovou obrnou. Má zjistit, jaké služby a volnočasové aktivity tyto organizace nabízejí a pro jakou věkovou kategorii klientů jsou jejich služby dostupné a za jakých podmínek (např. finančních) mohou klienti služby organizace využít. Ve své práci budu chtít zjistit, zda jsou služby v hlavním městě rovnoměrně zastoupeny ve všech městských částech a zda klienty s mozkovou obrnou mají.

Výzkum je proveden monografickou metodou s využitím analýzy dokumentů a dotazníku.

## 5.2. Výzkumná část

### 5.2.1 Dotazníkové šetření

Pro své dotazníkové šetření jsem si vybrala organizace v Praze, které se věnují osobám s tělesným a kombinovaným postižením. Celkem jsem vybrala dvacet šest organizací, kterým jsem dotazník emailem zaslala. Dotazník obsahoval uzavřené i otevřené otázky. V dotazníku (viz Příloha jedna) mě zajímalo jaké sociální služby a volnočasové aktivity organizace klientům nabízejí. Ptala jsem se i jaká je věková skupina klientů, z jakého kraje jsou jejich klienti, kolik mají klientů a kolik klientů z celkového počtu má mozkovou obrnou. Dále jsem se zajímala o to, které sociální služby a volnočasové aktivity klienti s mozkovou obrnou nejvíce využívají a za jakých finančních podmínek.

Na dotazník mi odpovědělo celkem devět organizací, přičemž šest organizací vyplnilo dotazník a tři organizace mi odpověděly emailem, že klienty s mozkovou obrnou nemají a dotazník nevyplnily.

Ve své bakalářské práci se budu dále zabývat výsledky dotazníkového šetření na základě informací od organizací, které mi dotazník vyplnily.

#### A) Sociální služby, které organizace nabízejí

Dotazník nabízel jako odpověď možnosti raná péče, denní/týdenní stacionář, osobní asistentství, pečovatelskou službu, odlehčovací službu, podporu samostatného bydlení, chráněné bydlení a pracovní příležitost. Bylo možné vybrat více odpovědí a také napsat službu, která nebyla v nabídce uvedena.

V dotazníku uvedly organizace nabídku těchto sociálních služeb (viz také Příloha 2 – graf Sociální služby):

Organizace 1 – denní/týdenní stacionář, odlehčovací služba

Organizace 2 – sociálně terapeutická dílna

Organizace 3 – odlehčovací služba

Organizace 4 – denní/týdenní stacionář

Organizace 5 - denní/týdenní stacionář

Organizace 6 – fyzioterapie

B) Volnočasové aktivity, které organizace nabízejí

Otázka v dotazníku nabízela možnost vybrat kulturní akce (např. kino, divadlo, výstava), tábor, cizí jazyk, sportovní aktivity (např. plavání, jóga, tanec, míčové hry), výlety. Také u této otázky bylo možné vybrat více odpovědí nebo dopsat volnočasovou aktivitu, která nebyla v nabídce uvedena.

V dotazníku byly organizacemi uvedeny tyto volnočasové aktivity (viz Příloha – graf Volnočasové aktivity):

Organizace 1 – výlety

Organizace 2 – ne

Organizace 3 – výlety

Organizace 4 – výlety (v rámci služby)

Organizace 5 – kulturní akce, tábor, výlety

Organizace 6 – Již ne, bohužel.

C) Věková kategorie klientů.

V rámci svého dotazníkové šetření jsem chtěla zjistit, zda jsou organizace zaměřené na nějakou věkovou skupinou. Organizace mohly vybírat z věkových kategorií 0 – 6, 6 – 10, 10 – 18, 18 – 60 nebo více jak 60 let. Mohly vybrat více odpovědí.

V dotazníku uvedly organizace tyto věkové kategorie svých klientů (Příloha 2 – Graf Věková kategorie klientů):

Organizace 1 – věk 0 – 6, 6 – 10, 10 – 18, 18 - 60



Organizace 2 – věk 18 - 60

Organizace 3 – věk 0 – 6, 6 – 10, 10 - 18

Organizace 4 – věk 0 – 6, 6 – 10, 10 – 18, 18 - 60

Organizace 5 – věk 18 - 60

Organizace 6 – věk 0 – 6, 6 – 10, 10 – 18, 18 – 60, 60+

#### D) Klienti a klienti s mozkovou obrnou

Od organizací jsem zjišťovala současný počet jejich klientů a kolik mají klientů s diagnostikovanou mozkovou obrnou. V těchto otázkách organizace uváděly počet a neměly na výběr z možností.

Počet klientů celkem / z toho počet klientů s mozkovou obrnou (viz Příloha 2 – Grafy – Počet klientů a klienti s mozkovou obrnou)

Organizace 1 –33/12

Organizace 2 –23/12

Organizace 3 –50/30

Organizace 4 –15/2

Organizace 5 –17/2

Organizace 6 – 40/40

#### E) Kraje, odkud klienti pocházejí

Služby hlavního města často využívají lidi i z jiných krajů České republiky. Proto mě zajímalo, zda se to týká i organizací, které jsem v rámci svého výzkumu kontaktovala. Organizace mohly vybrat, zda mají klienty z Prahy nebo ze střeďočeského kraje nebo jiného kraje v České republice. (viz Příloha 2 – Grafy – Klienti – kraje ČR)

Organizace 1 – Hlavní město Praha, Středočeský kraj

Organizace 2 – Hlavní město Praha

Organizace 3 – Hlavní město Praha

Organizace 4 – Hlavní město Praha, Středočeský kraj

Organizace 5 – Hlavní město Praha, Středočeský kraj

Organizace 6 – Hlavní město Praha, Středočeský kraj

#### F) Sociální služby a volnočasové aktivity

Od kontaktovaných organizací jsem chtěla vědět, které sociální služby a volnočasové aktivity jejich klienti s mozkovou obrnou nejvíce využívají.

Sociální služby/volnočasové aktivity, které klienti podle odpovědí organizací využívají

Organizace 1 – denní stacionář/výlety

Organizace 2 – pracovní a umělecká terapie/žádné

Organizace 3 – odlehčovací služby/všední denní aktivity, zapojení do domácnosti, procházky po okolí, dílenské činnosti

Organizace 4 - Činnosti a úkony vymezené § 46 zákona č. 108/2006 Sb. a § 12 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Organizace 5 – denní pobytové aktivity a fyzioterapie

Organizace 6 – fyzioterapii/organizace nenabízí

#### G) Finanční náročnost

Součástí mého dotazníkové šetření bylo také zjistit, jak jsou sociální služby volnočasové aktivity, které klienti s mozkovou obrnou v organizaci využívají, finančně náročné.

Finanční náročnost sociálních služeb/volnočasových aktivit podle odpovědí organizací

Organizace 1 – cca 10 tisíc Kč měsíčně/ 0 Kč

Organizace 2 – 0 Kč/ 0 Kč

Organizace 3 - 60 Kč na hodinu/70 Kč na hodinu

Organizace 4 – 0 Kč/ 0Kč

Organizace 5 – velká /velká

Organizace 6 – 0 Kč/neposkytuje

### **5.2.2 Analýza dokumentů**

V rámci svého výzkumu jsem u organizací provedla i analýzu dokumentů. Jednalo se především o výroční zprávy a vnitřní předpisy.

#### a) Organizace 1 – městská část Praha 4

Tato organizace nabízí denní stacionář, týdenní stacionář a odlehčovací služby. V rámci svých služeb, které pro klienty poskytuje od pondělí do pátku od 7. 00 hodin do 17. 00 hodin, nabízí zejména poskytnutí stravy, pomoc a podporu při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, dále nabízí výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. V rámci týdenního stacionáře a odlehčovací služby se jedná i o služby pobytové. Kromě výše uvedených služeb mohou klienti využít například fyzioterapii, balneoterapii, dopravní služby nebo bazén či jízdu na koni.

Kapacita denního stacionáře je 88 klientů, týdenního stacionáře 27 klientů a odlehčovacích služeb 10 klientů (při využití pobytové služby).

b) Organizace 2 – městská část Praha 6

Organizace nabízí v rámci sociálně terapeutické dílny výrobu keramických předmětů, předmětů ze dřeva a také vyrábí z včelího vosku svíčky. Kromě této činnosti poskytuje svým klientům pomoc při sebeobsluze, hygieně nebo při stravování. Klienti si pomohou také nacvičovat vykonávání domácích prací, mohou se účastnit kulturních akcí, výletů nebo se svými výrobky z dílny prodávat na trzích.

Organizace své služby poskytuje v pracovní dny od 9 hodin do 14 hodin v pondělí, středu a pátek, v úterý a ve čtvrtek do 16 hodin. Kapacita dílny během jednoho dne osm klientů ve věku od 18 let.

c) Organizace 3 – městská část Praha 2

Sociální službou této organizace je odlehčovací služba pro osoby, které pečují o děti ve věku od tří do osmnácti let s mentálním a kombinovaným postižením. V rámci odlehčovací služby poskytuje základní činnosti podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách – např. pomoc při péči o vlastní osobu, při hygieně, zprostředkování společenského kontaktu nebo výchovné, vzdělávací a aktivizační služby.

Odlehčovací služba je určena výhradně klientům s trvalým bydlištěm v Praze. Denní kapacita jsou 4 klienti (ambulantní i pobytová forma).

d) Organizace 4 – městská část Praha 3

Organizace poskytuje sociální službu formou denního stacionáře, který je určen dětem a dospělým s mentálním, tělesným, kombinovaným a smyslovým postižením a klientům s poruchou autistického spektra.

Kromě základních činností a aktivit (např. snaha o co nejvyšší míru samostatnosti, sebeobsluhu, poskytnutí stravy a zprostředkování společenského kontaktu), které stacionář nabízí, mohou klienti využít i relaxační programy (masáže hlavy, relaxační hudba apod.), canisterapii, ergoterapii, zahradní terapii (např. pěstování bylinek, přesazování květin), pohybové aktivity nebo práci na počítači a další aktivity.

Denní stacionář poskytuje své služby v pracovní dny v době od 8. hodin do 18. hodin. Maximálně může služby denního stacionáře využít 15 klientů a mohou do stacionáře docházet pouze v určité dny.

e) Organizace 5 – městská část Praha 2

Tato organizace nabízí svým klientům denní stacionář. Je určen pro osoby od 6 do 45 let s kombinovaným nebo mentálním postižením. Stacionář svým klientům poskytuje služby od pondělí do pátku od 7 hodin do 17 hodin v kolektivu o maximálním počtu patnáct klientů. Aktivity mohou být individuální formě (např. masáž, poslouchání hudby, kreslení) nebo ve formě skupinové (např. výlety nebo pohybové aktivity).

Klient může služby stacionáře využít každý všední den nebo si může vybrat dny, ve kterých bude stacionář navštěvovat.

f) Organizace 6 – městská část Praha 1

Tato organizace nabízí klientům všech věkových kategorií služby ve formě fyzioterapie a poradenství. Zaměřuje se na klienty s mozkovou obrnou. Organizuje veřejné sbírky na podporu financování potřebné rehabilitační péče.

g) Organizace, které se neúčastnily dotazníkového šetření

Podle analýzy příslušných dokumentů nabízejí organizace, které se neúčastnily dotazníkového šetření, nejčastěji tyto sociální služby: denní stacionář, odlehčovací služby, osobní asistenci, chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením a sociálně terapeutické dílny.

Mezi volnočasové nabízené aktivity patří především výlety, tábory a kulturní a vzdělávací aktivity.

Některé organizace mají ve své nabídce i podporované zaměstnání.

Služby jsou nejčastěji nabízeny v pracovní dny a nejčastěji jsou určeny klientům široké věkové kategorie.

### **5.2.3 Analýza zastoupení organizací**

V rámci mého výzkumného šetření jsem chtěla vědět, zda jsou organizace pomáhající lidem s mozkovou obrnou v jednotlivých městských částech zastoupeny rovnoměrně.

Organizace, které jsem ke svému výzkumu oslovila se nacházejí v městských částech v tomto zastoupení: Praha 1 – jedna organizace, Praha 2 – čtyři organizace, Praha 3 – tři organizace, Praha 4 – čtyři organizace, Praha 5 – dvě organizace, Praha 6 – čtyři organizace, Praha 7 – bez zastoupení, Praha 8 – čtyři organizace, Praha 9 – dvě organizace a Praha 10 – dvě organizace. (viz Příloha 2 – Graf Počet organizací v městských částech Prahy)

Z toho vyplývá, že největší zastoupení těchto organizací mají městské části Prahy 2, 4, 6 a 8.

Organizace, které se zúčastnily mého šetření, mají zastoupení v městských částech: jedna organizace na Praze 1, dvě organizace na Praze 2, jedna organizace v městských částech Praha 3, 4 a 6.

## 6 Závěr

Moje bakalářská práce popisuje základní informace o mozkové obrně. Zabývá se vymezením pojmu mozkové obrny a obsahuje popis jednotlivých forem mozkové obrny. U spastických forem se jedná o mozkovou obrnu diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou. V případě nespastických forem mozkové obrny diskinetickou a hypotonickou formu.

Práce se také zmiňuje o prenatálních, perinatálních a postnatálních příčinách mozkové obrny a uvádí nejčastější postižení přidružená k mozkové obrně, jakými jsou epilepsie, mentální postižení, poruchy řeči, smyslová postižení (zraková a sluchová) a poruchy růstu.

Mozkovou obrnu nelze vyléčit, ale je možné využít terapie, které mohou pomoci zlepšit podmínky pro co nejlepší možnou kvalitu života. Důležitá je co nejranější diagnostika a péče. Mezi nejčastěji využívané terapie patří Vojtova metoda (reflexní lokomoce), hipoterapie a neurovývojová metoda manželů Bobathových. Dalšími hojně využívanými terapiemi a metodami uvedenými v bakalářské práci jsou canisterapie, Kabatova metoda, Petöho terapie a ergoterapie.

Samostatnou kapitolu tvoří sociální služby a volnočasové aktivity. Mezi sociální služby patří sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Součástí je i sociální příspěvek a stupeň závislosti, podle něž se sociální příspěvek přiznává. Pro duševní a fyzické zdraví člověka je také důležité, jak tráví svůj volný čas. Může se jednat např. o volnočasové aktivity zaměřené na pohyb (plavání, míčové hry apod.), kulturu (divadlo, výstavy) nebo mohou něco nového naučit (semináře, práce na počítači).

Důležitou součástí kvality života každého člověka je zařazení do společnosti a také umístění na pracovním trhu. Pokud má člověk nějaké zdravotní postižení nebo omezení, může mu s tímto pomoci pracovní a sociální rehabilitace. Pracovní rehabilitace pomůže s výběrem povolání, kvalifikací na danou pracovní pozici a s hledáním pracovního místa a zajištění vhodných podmínek. Aby mohl člověk se zdravotním znevýhodněním fungovat v běžném i společenském životě, k tomu mu může pomoci sociální rehabilitace.

Výzkumná část méj bakalářské práce se zabývala organizacemi v Praze, které pomáhají lidem s mozkovou obrnou. Mým cílem bylo zjistit, zda jsou lidé s mozkovou obrnou jejich

klienty, jaké služby a volnočasové aktivity jim nabízejí a zda jsou tyto organizace v hlavním městě zastoupeny rovnoměrně v jednotlivých městských částech.

V širším pojetí jsem zjistila, že kromě městské části Praha 7, mají ostatní městské části na svém území alespoň jednu organizaci, která se věnuje lidem s tělesným nebo kombinovaným postižením. Městské části Praha 2, Praha 4, Praha 6 a Praha 8 mají na svém území tyto organizace čtyři. Zastoupení organizací tedy není ve všech městských částech rovnoměrné. Vybrané organizace jsem požádala o účast v dotazníkovém šetření. Bohužel se z dvaceti šesti dotázaných zúčastnilo mého výzkumu jen šest organizací a všechny mají klienty s mozkovou obrnou. Většinou se jedná o klienty od dětského věku po dospělé klienty. Zjistila jsem, že čtyři ze šesti organizací mají klienty z Prahy a ze středočeského kraje, dvě organizace mají klienty pouze z Prahy. Cílem mého dotazníkového šetření bylo také zmapovat, jaké sociální služby a volnočasové aktivity organizace nabízejí. Mezi nejčastější sociální služby patří denní stacionář a odlehčovací služba. Mezi nejčastěji nabízené volnočasové aktivity patří výlety.

Některé organizace se věnují také podpoře v hledání zaměstnání nebo přímo nabízí chráněné dílny či sociálně terapeutické dílny. Tato podpora je osoby se zdravotním postižením velmi důležitá.

Přestože se mého dotazníkového šetření zúčastnil malý počet oslovených organizací, myslím si, že můj cíl práce byl naplněn. Hlavním cílem bylo zjistit, zda organizace pomáhající lidem s mozkovou obrnou v městských částech jsou. Zúčastněné organizace potvrdily, že i lidé s mozkovou obrnou jsou jejich klienty a pomáhají jim svými službami a volnočasovými aktivitami.



## Seznam použitých informačních zdrojů

- 1) KRŠEK, P., LEBL, J., ČERNÝ, P. Dětská mozková obrna: mezioborový přístup: motolské pediatrické semináře 7. Praha: Galén, [2020]. ISBN 978-80-7492-476-7
- 2) MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S. Dětská mozková obrna: možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-703-5
- 3) KRAUS, J. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8
- 4) VALENTA, M. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6
- 5) FISCHER, S. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7
- 6) KROUPOVÁ, K. Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8
- 7) ŠVARCOVÁ, I. Základy speciální pedagogiky. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-176-0
- 8) Defektologický slovník. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5
- 9) MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7
- 10) SLOWÍK, J. Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8
- 11) PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6
- 12) KVĚTOŇOVÁ, L. a ŠUMNÍKOVÁ, P. Speciální pedagogika znevýhodněného člověka se zrakovým postižením. [Praha]: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2022. ISBN 978-80-7603-337-5
- 13) BENEŠ, P. Zraková postižení: behaviorální přístupy při edukaci s pomůckami. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-2110-6

- 14) KLENKOVÁ, J. Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2
- 15) ZIKL, P. Motorika dětí s lehkým mentálním postižením. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-5015-9
- 16) VALENTA, M., MICHALÍK, J. a LEČBYCH, M. Mentální postižení. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2
- 17) MAŇÁK, J., ŠVEC, V. Cesty pedagogického výzkumu. Pedagogický výzkum v teorii a praxi. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-078-6
- 18) Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách - znění od 1. 2. 2023. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010–2023 [cit. 6. 7. 2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#f3009617>

## **Seznam příloh**

Příloha 1 – Dotazník

Příloha 2 – Grafy

## **Příloha 1 – Dotazník**

- 1) Které sociální služby vaše organizace klientům nabízí? (možnost více odpovědí)**
  - Raná péče
  - Denní/týdenní stacionář
  - Osobní asistentství
  - Pečovatelská služba
  - Odlehčovací služba
  - Podpora samostatného bydlení
  - Chráněné bydlení
  - Pracovní příležitost
  - Jiné – uveďte
  
- 2) Nabízí vaše organizace klientům nějaké volnočasové aktivity? (možnost více odpovědí)**
  - Kulturní akce (např. kino, divadlo, výstava...)
  - Tábor
  - Cizí jazyk
  - Sportovní aktivity (např. plavání, jóga, tanec, míčové hry...)
  - Výlety
  - Jiné – uveďte
  
- 3) Jaká je věková kategorie vašich klientů? (zaměření na určitý věk) (možnost více odpovědí)**
  - 0 – 6
  - 6 – 10
  - 10 – 18
  - 18 – 60
  - 60+
  
- 4) Uveďte současný počet klientů, kteří využívají služby nebo volnočasové aktivity ve vaší organizaci.**
  - uveďte

**5) Máte ve své organizaci klienty s mozkovou obrnou?**

- Ano
- Ne

**6) Kolik klientů s mozkovou obrnou máte?**

- Uved'te počet

**7) Vaši klienti jsou jen z Prahy nebo i z jiných krajů ČR? (možnost více odpovědí)**

- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Jiný – uveďte

**8) Které služby klienti s mozkovou obrnou nejvíce využívají?**

- Uveďte

**9) Které volnočasové aktivity klienti s mozkovou obrnou nejvíce využívají?**

- Uveďte

**10) Jaká je finanční náročnost sociálních služeb, kterou klienti s mozkovou obrnou využívají? (uveďte rozmezí nejnižší částka – nejvyšší částka)**

- uveďte

**11) Jaká je finanční náročnost volnočasových aktivit, kterou klienti s mozkovou obrnou využívají? (uveďte rozmezí nejnižší částka – nejvyšší částka)**

- uveďte

## Příloha 2 - Grafy





