

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA



**MODELOVÉ BYDLENÍ JAKO SOUČÁST UCELENÉ REHABILITACE
DĚTÍ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jméno autora:
Bc. Aneta Schönerová

Jméno vedoucího práce:
Mgr. Dana Kopecká

28.5.2007

ABSTRACT

Model housing like a part of self-contained rehabilitation of children with combined handicap

In my thesis I deal with the following subject: **Model housing like a part of self-contained rehabilitation of children with combined handicap.**

The model housing is totally new project which Children's Centre ARPIDA in České Budějovice (hereinafter „ DC ARPIDA “) took up as part of its services. The project has been running for two years and its implementation is realized in the second grade of vocational training school of DC ARPIDA in the building of The model protected housing.

The aim of the project is to teach children with physical and combined handicap predefined activities. These predefined model activities should enlarge their independence from other persons and increase the extent of their self-sufficiency in common and extended daily activities connected with housing.

The model protected housing is designed for children who attend the two-year vocational training school in DC ARPIDA where they go through three month's course of the model protected housing. At the beginning of the course the children go through ergo-therapeutical examination to determine the rate of their independence and self-sufficiency. After finishing the course they are reviewed to find out whether they have improved their results and how they have profited from passing through the course.

The main goal of my thesis is to investigate whether **The model protected housing** contributes to the increasing of the client's level of self-sufficiency and why it has a great importance in the system of education and physiotherapy. Another goal which should be followed is to show how the children's parents see the project as a whole, whether they want their children to take part in this project, if they support the idea of a separate living and how they want their children to live in the future. I used the questionnaire method and the secondary data analysis to verify the given hypotheses.

The interviewed group was made up of the parents of children clients of DC ARPIDA. My main aim was to investigate how much they are informed about the possibilities of integration of their children to the society, in what ways the parents are able to support them, their willingness to assist in this process and what is their idea of their children's future life. The process of integration is not only the result of school classes or experts' and school staff's effort but first of all it is the parents who are supposed to be

the most important link in the process of integration . Their position in the process of successful integration is irreplaceable.

The input and output physiotherapy results were used for the secondary analysis. On the basis of data obtained from this analysis it is possible to claim that the model activities which the children performed in the model protected housing help to increase the rate of independence from an other person and of everyday self-sufficiency.

With respect to explicit results of the research it is possible to draw the conclusion that in all cases the course of model protected housing increases the function rate of self-sufficiency and independence from the others in the model activities. Thereby the basis hypothesis has been clearly confirmed.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Modelové bydlení jako součást ucelené rehabilitace dětí s kombinovaným postižením vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v zkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 28.5.2007

Bc. Aneta Schönerová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali při psaní mé diplomové práce. Můj největší dík patří především paní Mgr. Daně Kopecké, která mi poskytovala cenné rady a informace a byla mi oporou při zpracování. Dále můj dík patří řediteli Dětského centra ARPIDA v Českých Budějovicích, doc. PhDr. Jiřímu Janovskému, Ph.D., který mi umožnil realizovat výzkum a pohybovat se mezi klienty Dětského centra ARPIDA. Závěrem děkuji své rodině a partnerovi za velkou trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali nejen při psaní mé diplomové práce, ale i po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD	8
1. SOUČASNÝ STAV	10
1.1 Úvod do problematiky	10
1.2 Zdravotní postižení	11
1.2.1 Dětská mozková obrna (DMO)	12
1.2.2 Nejčastější onemocnění a jiná zdravotní postižení, přidružená k DMO	13
1.2.3 Formy DMO	14
1.2.4 Léčba	16
1.3 Bezbariérové prostředí	19
1.4 Bezbariérové bydlení	20
1.4.1 Právní úprava bezbariérového bydlení	20
1.4.2 Bezbariérovost interiérů	21
1.5 Kompenzační pomůcky	25
1.5.1 Přehled základních kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené	25
1.5.2 Financování kompenzačních pomůcek	27
1.6 Chráněné bydlení	29
1.6.1 Legislativní úprava chráněného bydlení a souvisejících služeb	30
1.6.2 Druhy chráněného bydlení	32
1.6.3 Chráněné bydlení v Českých Budějovicích a okolí	33
1.7 Modelové chráněné bydlení – pojem v obecné rovině	37
1.8 Dětské centrum ARPIDA v Českých Budějovicích	37
1.8.1 Ucelený systém rehabilitace	38
1.8.2 Ucelený systém rehabilitace v Dětském Centru ARPIDA v Českých Budějovicích	38
1.9 Modelové chráněné bydlení v DC ARPIDA	41
1.9.1 Charakteristika objektu Modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA	42
1.9.2 Klienti modelového chráněného bydlení	47
1.9.3 Průběh modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA	47
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	50
2.1 Cíle práce	50
2.2 Hypotézy a metody jejich ověřování	50
2.2.1 Východisková hypotéza	50
2.2.2 Použité metody ověřování	50
2.2.3 Pracovní hypotéza	50
2.2.4 Použité metody ověřování	50
3. METODIKA	51
3.1 Použité metody	51
3.1.1 Pojmy v teoretické rovině	51
3.2 Výzkumný soubor	53
3.2.1 Plán výběru a popis výzkumného souboru	53
4. VÝSLEDKY	56
4.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření	56
4.2 Analýza dokumentů, sekundární analýza dat	79
5. DISKUZE	86
5.1 Diskuze k výsledkům ze sekundární analýzy dat	86
5.2 Diskuze k dotazníkovému šetření	88

6. ZÁVĚR.....	94
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZROJŮ	98
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	104
9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	105
10. PŘÍLOHY	106

ÚVOD

Pro svou Diplomovou práci jsem zvolila téma Modelové bydlení, jako součást ucelené rehabilitace dětí s kombinovaným postižením, a to hlavně z toho důvodu, že již několik let pracuji jako dobrovolný pracovník se zdravotně postiženými lidmi, kteří mají tu možnost se účastnit projektu Chráněného bydlení. Tuto sociální službu provozuje společnost pro péči o zdravotně postižené klienty, společnost Arkádie v Teplicích.

Klienti společnosti Arkádie v Teplicích, resp. klienti projektu Chráněného bydlení, jsou již dospělí lidé, kteří v rámci svých možností, které jsou limitované jejich zdravotním postižením, jsou zaměstnáni na částečný pracovní úvazek v Chráněných dílnách společnosti Arkádie. Zbytek svého volného času věnují nácviku činností, které jsou spojené se zvládnutím samostatného bydlení, jež je základním cílem a myšlenkou tohoto projektu.

Během svého studia na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem měla možnost seznámit se s činností Dětského centra ARPIDA, které mimo jiné vytváří a rozvíjí projekt Modelového chráněného bydlení pro děti s tělesným a kombinovaným postižením. Klienti Dětského centra ARPIDA (dále jen DC ARPIDA), resp. klienti, kteří jsou zařazení do projektu Modelového chráněného bydlení, jsou děti s ukončenou základní školní docházkou v Základní škole pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Zde se základním prvkům sebeobsluhy spojenými s bydlením věnují již značně dříve než klienti společnosti Arkádie.

Tento projekt mne velice zaujal z mnoha důvodů. Jednak proto, že je mu věnováno ve společnosti stále málo pozornosti, ačkoliv je to prvek, který má rozhodující a významný vliv na míru integrace jedince se zdravotním postižením do společnosti, a také z důvodu, že v současné době u nás neexistuje žádný další projekt, který by se zabýval trénováním a učením činností, které jsou důležité pro zvládnutí samostatného bydlení.

Ve své diplomové práci se zabývám Modelovým chráněným bydlením, které je součástí ucelené rehabilitace a s tím úzce související integrací zdravotně postižených dětí do společnosti. Modelové bydlení chápu jako jakýsi předstupeň chráněného nebo podporovaného bydlení pro lidi se zdravotním postižením. Jde o jednu z možností, jak těmto lidem umožnit žít běžným způsobem života, jímž žijí jejich zdraví vrstevníci.

Pro zdravé lidi je bydlení pojmem, s nímž se nemusejí seznamovat, vyrovnávat, nemusejí se mu učit a nemusejí se na něj soustavně připravovat. Pro zdravotně postiženého člověka je tomu naopak.

Doufám, že má práce přispěje k dalšímu zavádění Modelového chráněného bydlení i v dalších organizacích, které se zabývají péčí o zdravotně postižené lidi, aby jim byla věnována pozornost při nácviu bydlení. Jedná se především o děti, které dokončily nebo právě dokončují základní školní docházku a tak by jim bylo umožněno pokusit se v budoucnu o alespoň z části samostatný a plnohodnotný život.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Úvod do problematiky

Problematika, kterou jsem se ve své diplomové práci rozhodla zabývat – tedy Modelovým chráněným bydlením pro děti s tělesným a kombinovaným postižením, není zcela jednoduchá. Jde o problematiku, která má úzký vztah s mnoha ostatními problematikami, o kterých se ve své práci budu často zmiňovat.

Modelové chráněné bydlení tedy musíme uvádět také v kontextu s chráněným bydlením, zdravotními postiženími a dalšími chorobami, které provázejí jeho klienty, léčbou, kterou klienti absolvují. Vše je doplněno samozřejmě aspektem psychosociálním a etickým, bez kterého by jen stěží mohla jakákoliv sociální služba dobře fungovat a přinášet prospěch.

Vzhledem k tomu, že Modelové chráněné bydlení nemá, oproti samotnému chráněnému bydlení, místo v nově vzniklém Zákoně o sociálních službách, může být obtížné ho zařadit do jednotlivých typů sociálních služeb. Je tudíž na každé organizaci – pokud tuto službu provozuje nebo se jí rozhodne provozovat, jakým způsobem k ní přistoupí. Jediná organizace v České republice, která toto modelové chráněné bydlení realizuje, je DC ARPIDA. Ta ji po vstoupení v platnost nového Zákona o sociálních službách zařadila mezi služby sociální rehabilitace, jako přípravný stupeň pro chráněné bydlení.

Celá práce by měla poukazovat na modelové chráněné bydlení jako na jeden z hlavních prostředků integrace a vedení nezávislého způsobu života zdravotně postižených jedinců. Nestačí pouze školní výuka, kde děti absolvují povinnou školní docházku, osvojí si znalosti a vědomosti dle vlastních limitů, ale stále postrádáme možnost osvojit si základní dovednosti pro zvládnutí prvků sebeobsluhy a zvýšení soběstačnosti, pro možnost, že budeme usilovat, aby dítě mělo možnost žít samostatným a nezávislým životem. Položme si na úvod dvě základní otázky, které s problematikou integrace zdravotně postižených souvisí:

Jaká je filosofie nezávislého způsobu života?

Každý jedinec je jiný a zcela jedinečný (je individuem)¹. Lidé se zdravotním postižením jsou, pokud se týká jejich vlastních potřeb a problémů, nejpoučenějšími odborníky. Programy vytvářené pro zdravotně postižené by měly být navrhované tak,

¹ **Individuace** – Čtvrtý stupeň procesu kongruence (utváření osobnosti)

aby sloužily všem skupinám zdravotně postižených. Člověk bez zdravotního postižení nemůže vědět, porozumět nebo se vcítit do toho, co to znamená mít handicap². Je mnohem pravděpodobnější, že tyto schopnosti bude mít osoba se zdravotním postižením. Základním cílem je možnost se plně zapojit do kulturních, sociálních, ekonomických a politických aktivit společnosti.

Co je vlastně nezávislý způsob života?

Aby byl člověk nezávislý, musí převzít kontrolu nad svým životem. Ve společnosti zdravých lidí to obvykle znamená, že se lidé starají o své každodenní povinnosti, jimiž mohou být například zaměstnávání, péče o své zdraví, hygienu, bydlení a péče o potomky.

Nikdo z nás však není skutečně bez kontroly nad svým životem. Všichni si musíme vybírat z určitých možností, které poté máme možnost využívat. Jde tedy o to aby výběr možností k využití byl dostatečně pestrý a rozmanitý i pro zdravotně postižené.

Nezávislost znamená pro zdravotně postiženého člověka, že bude mít individuální zdroje a sociální služby umožňující přístup ke stejným sociálním, politickým, ekonomickým a kulturním příležitostem. Nezávislost pro zdravého člověka znamená **přesně to samé**. (Brown, 1994)

1.2 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení představuje významnou sociální událost, která je bez dalšího jen obtížně srovnatelná se situacemi závislými či odvozenými od lidského konání. Občané a obyvatelé České republiky se zdravotním postižením musí překonávat řadu překážek a omezení, které částečně vyplývají z existence daného postižení, částečně jsou dány handicapy - omezeními, které jim v průběhu svého vývoje postavila do cesty organizace lidské společnosti.

Tělesné postižení – rozdělení:

- **Vadné držení těla** - Příčiny vzniku onemocnění pohybového aparátu je třeba hledat již v dětství, kdy se vlivem nesprávného zatížení pohybového aparátu rozvíjí svalová nerovnováha, která vede k vadnému držení těla (funkční poruchu

² Dle WHO z r.2001 je nyní slovo „Handicap“ používané neadekvátně a má být nahrazováno slovním spojením – „**Restringovaná participace**“ (pozn.:I přesto bude slovo handicap uváděno dále v textu)

pohybového systému projevující se změnami ve tvaru reliéfu těla, které lze, na rozdíl od skutečných deformit či ortopedických vad, volným úsilím vyrovnat).

- **Amelie** - úplný vrozený defekt jedné nebo několika končetin, vzácně se vyskytující. Vždy jsou zachovány alespoň rudimenty kostí chybějící končetiny.
- **Dysmelie** - porucha zárodečného vývoje končetin (chybění části končetin při narození)
- **Vrozené rozštěpy páteře** - Spina bifida (rozštěp páteře) je jednou z nejrozšířenějších vrozených vad. Vzniká v prvních 25 dnech těhotenství. Je to vada páteře, při které se jeden nebo více obratlů neuzavřou normálně a vznikne v nich mezera. V důsledku toho je dítě do jisté míry ochrnuté a mnoho dětí i dospělých má problémy s inkontinencí.
- **Degenerativní onemocnění svalstva - neboli svalová dystrofie** - široký termín pro označení genetických onemocnění, které zasahují svalstvo. Svalová dystrofie zahrnuje více než 20 specifických genetických vad. U většiny dochází ke stejným příznakům (ochabování svalstva), ale průběh bývá různorodý.
- **Dětská mozková obrna (dále jen DMO)** - je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné držení trupu a končetin je u DMO porucha vývoje nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku.

Kombinované postižení

Jak už z názvu vyplývá, jedná se o kombinaci tělesného handicapu (s mobilitou či imobilitou) s dalším handicapem (poruchy smyslové, mentální, psychiatrické, autismus aj.)

1.2.1 Dětská mozková obrna (DMO)

DMO je zastřešující pojem pro označení skupiny chronických onemocnění charakterizovaných poruchou centrální kontroly hybnosti, která se objevuje v několika prvních letech života a která se zpravidla v dalším průběhu nezhoršuje.

- Pojem **dětská** vyjadřuje období, kdy nemoc vzniká
- Pojem **mozková** vyjadřuje skutečnost, že příčina poruchy je v mozku
- Pojem **obrna** vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla.

Pod pojem DMO nepatří poruchy hybnosti způsobené onemocněním svalů ani periferních nervů. Příčinou špatné kontroly hybnosti a vadné postury (držení) trupu a končetin je u DMO **porucha vývoje nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku.**

Příznaky DMO zahrnují široké spektrum tíže postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo stříhání nůžkami, může mít obtíže s udržením rovnováhy a s chůzí, může strádat mimovolnými pohyby, jako jsou například **krouživé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst**. Příznaky se liší jedinec od jedince a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit.

Někteří lidé s DMO jsou navíc postiženi dalšími zdravotními problémy včetně epileptických záchvatů a poruch mentálních funkcí. Přes všeobecně vžitě přesvědčení nemusí znamenat diagnóza DMO vždy automaticky těžký handicap. Zatímco dítě s těžkou formou DMO je mnohdy zcela neschopné chůze a potřebuje velmi náročnou, komplexní a celoživotní péči, dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a obejde se bez speciální pomoci.

DMO není nakažlivá (narozdíl od **poliomyelitidy**, známé též jako **dětská obrna**) **ani dědičná**. Přes veškerý dosavadní výzkum není toto onemocnění vyléčitelné, ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí nemocným s DMO pomoc alespoň částečným mírněním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života.

1.2.2 Nejčastější onemocnění a jiná zdravotní postižení, přidružená k DMO

Mentální postižení. Přibližně třetina dětí s DMO má jen lehký intelektuální deficit, jedna třetina je středně až těžce mentálně postižená, zatímco zbývající třetina dětí je intelektuálně zcela normální. Mentální postižení je nejčastější mezi dětmi se spastickou kvadruparézou / kvadruplegií / tetraparézou (míra hybné poruchy je zde nejtěžší, což koreluje s těžkým poškozením i jiných částí mozku).

Epilepsie. Bezmála polovina všech dětí s DMO má epileptické záchvaty. Při záchvatu je normální mozková aktivita přerušena nekontrolovanými výboji abnormální synchronizované aktivity mozkových nervových buněk (neuronů). Pokud se záchvaty opakují bez zjevné vyvolávající příčiny (jakou může být třeba horečka), hovoříme o epilepsii.

Mezi další přidružené choroby, které se vyskytují ovšem jen sporadicky, řadíme dále: **Hydrocefalus, růstové problémy, poruchy zraku, hemianopie, poruchy sluchu, abnormální pocity a poruchy citlivosti.**

1.2.3 Formy DMO

a) Spastické formy dětské mozkové obrny

Při těchto formách se jedná o poruchu aktivní volní hybnosti, je zde přítomno svalové napětí (spasticita) a stereotypní pohyby. Je narušena vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé a existuje zvýšená reflexní pohotovost. Mezi znaky patří:

- Omezená motorická schopnost pohybu
- Stereotypní pohybové vzory
- Strnulé držení těla
- Narušená rovnováha
- Obtíže v jemné motorice
- Ortopedické vady v pozdějším věku

Vítková (2000) rozlišuje v těchto formách mezi dětmi ohnutými a napnutými (dětí s otevřenými ústy, sliní, mají problémy s jídlem a řečí, krátký dech a nápadná mimika). Psychické ladění těchto dětí bývá charakterizováno úzkostí, nejistotou, nedostatkem sebedůvěry.³ Spastická forma tvoří asi 60% všech DMO (Komárek, Zumrová, 2000).

Dělení spastické formy (dle lokace):

Spastická diparéza

Jedná se o poškození dolní poloviny těla. Charakteristické je zvýšené napětí (spasticita) svalů dolních končetin. U klasické diparetické formy jsou staženy lýtkové svaly, ohýbače kolena a kyčlí a svaly, které přitahují k sobě stehna. Nemožnost natažení

³ Úkolem rodičů těchto dětí je dle mého pracovat na tom, aby se jejich děti necítily mezi ostatními méněcenné.

bérců v kolenou vede k chůzi s ohnutými koleny. Nohy jsou většinou slabší, chůze je možná převážně s oporou, u těžších forem se dítě nenaučí chodit vůbec

Dolní končetiny bývají také méně vyvinuty, takže je nápadný nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin – k normální velikosti jsou dolní končetiny krátké (Kraus, Šandera, 1975). Prsty u rukou bývají neobratné, ale hrubá motorika bývá dobrá.

Vzhledem k tomu, že diparetická forma DMO vzniká **poškozením mozku především v oblasti jeho kmene a mozková kůra tedy zpravidla není zasažena, inteligence dětí postižena nebývá a při vytvoření podmínek mohou zvládnout jak základní, tak vyšší vzdělání** (Kraus, Šandera, 1975).

Spastická hemiparéza

U tohoto typu postihne svalové napětí jednu polovinu těla – pravou nebo levou a často výrazněji na dolní končetině. Na dolní končetině je stažen lýtkový sval, horní je ohnuta v loketním kloubu stahem jeho ohýbačů, otočena hřbetem předloktí a ruky vzhůru. Ruka s prsty je někdy ohnuta dolů, palec bývá přitažen k dlani.

Kraus a Šandera (1975) uvádějí, že postižené končetiny jsou slabší a zpravidla kratší. Zkrácení může být nepatrné, ale také může dosáhnout až několika centimetrů. Také příslušná polovina obličeje bývá menší. Při chůzi dítě napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku, horní končetinu přitom drží strnule bez souhybu. Tato forma vzniká poškozením jedné mozkové polokoule. Až u 40 % případů bývá snížena inteligence, zde je však rozhodující rozsah postižení, jeho lateralizace⁴ a případné doprovodné potíže. Až u 30 % těchto dětí je zvýšené riziko epilepsie (Komárek, Zumrová, 2000).

Spastická hemiparéza oboustranná

Příčinou je rozsáhlé poškození mozku v obou polokoulích. Postiženy jsou všechny končetiny, a proto patří tato forma mezi nejtěžší. Většinou však bývá jedna polokoule více postiženější než druhá, takže i postižení končetin jedné strany je horší. Hybnost končetin je výrazně omezena a tudíž postižený bývá převážně odkázán na pomoc druhých, má sníženou inteligenci a zvýšené riziko výskytu epilepsie (Kraus, Šandera, 1975).

⁴ **Lateralizace** – přesun, přemístění ke straně

Spastická kvadruparéza

U této formy postihuje spastické napětí všechny končetiny. Může být dvojího typu. V prvním případě může jít o diparetickou formu s rozšířením spasticity a paréz i na horní končetiny, v druhém případě jde o oboustranné postižení, přičemž horní končetiny jsou těžce postižené a dolní končetiny trochu méně výrazně. U tohoto typu DMO bývá prognóza nejméně příznivá.

b) nespastické formy dětské mozkové obrny

Dyskineticko – dystonická forma

Tato forma postihuje asi 20 % dětí s dětskou mozkovou obrnou. Je způsobena poškozením podkorových center. Projevuje se špatně ovládanou hybností, jedná se vlastně o sérii nepotlačitelných mimovolných pohybů, které postihují končetiny, trup, hlavu i mluvidla (Komárek, Zumrová, 2000). Tyto pohyby se objevují spontánně, v klidu nebo se dají provokovat různými podněty, např. náhlým zvukem, bolestivým podnětem nebo polekáním (Kraus, Šandera 1975).

Hypotonická forma

Tato forma je vázána na raný věk dítěte, a to do tří až čtyř let. Později přechází do jiných forem, například do spastické DMO (Novotná, Kremličková, 1997). Hypotonická forma se projevuje snížením svalového napětí. V důsledku toho mají postižené děti větší rozsah pohybů v kloubech. Dítě můžeme snadno svinout do klubíčka, nebo mu horní končetiny ovinout kolem krku. Pokud dítě chodí, chůze je nejistá, vrávoravá, kroky jsou nestejně s úchytkami do stran (Kraus, Šandera, 1975). Objevuje se zde často značná porucha v duševním vývoji a v důsledku toho není prognóza příliš dobrá. Tito lidé bývají zřídka schopni žít samostatně (Novotná, Kremličková, 1997).

1.2.4 Léčba

a) Vojtova metoda reflexní lokomoce

Tato metoda využívá fakt, že v centrální nervové soustavě (CNS) člověka jsou geneticky zakódované motorické vzory. Terapie je cílená a schopna zasáhnout postiženou motoriku na úrovni řízení v CNS. Léčení Vojtovou metodou znamená obnovování funkčně blokových neuronálních spojení, eventuálně hledání nových

spojení k nepoškozeným strukturám, které přebírají řídicí funkce, aniž by ztrácely své původní.

Terapie tedy využívá automatické vzory pohybu vpřed, které jsou uloženy v CNS a jsou výbavné jen z určité polohy těla a pod danou stimulací (spoušťové body). Tyto vzory obsahují takové svalové souhry, které se objevují v motorické ontogenezi u zdravého dítěte, kde se aktivuje veškeré příčně pruhované svalstvo. Za patologických okolností jsou pohybové složky (např. vzpřímení trupu, přenášení těžiště ad.) porušeny nebo dokonce nepřítomny. Terapií a nápravným cvičením je reflexní plazení a reflexní otáčení.

b) Metoda manželů Bobathových

Základním principem je zaujímání antispastických vzorců a poloh. Je to technika držení a zacházení s dítětem – reflexní manévry k uvolnění spasticity. Působíme na tzv. klíčové body – hlava, krk, klouby, trup, ramenní a pánevní pletence, které ovlivňují vlastní hybnost končetin. Důležitou roli hraje sestavení tzv. vývojové řady, což znamená, že cvičení respektuje ontogenetický vývoj, polohy a pohyby jsou sestaveny od nejjednodušších vleže až do vzpřímeného stoje.

Dítě by mělo postupně zvládat jednu posturální⁵ situaci za druhou a současně se naučit překonávat patologický svalový tonus a nežádoucí svalové kontrakce. Zde více než u Vojtovy metody je zapotřebí spolupráce dítěte.

c) Selektivní dorzální rizotomie

SDR je způsob chirurgické (neurochirurgické) léčby – operace, kterou lze u některých nemocných s převážně spastickou nebo smíšenou formou dětské mozkové obrny výrazně a trvale zmírnit jejich spasticitu, případně i nehybnost. Samotná neurochirurgická operace spočívá v částečném, velmi uvážlivém přerušení části (30-50%) nervových vláken tzv. zadních míšních kořenů předem pečlivě vybraných segmentů míchy určených pro dolní část trupu (zejména pro dolní končetiny), a/nebo pro horní část trupu (zvláště pro horní končetiny).

⁵ **Posturální** – týkající se napětí svalstva při chůzi stání, sedu

d) Aplikace botulotoxinu (BTX)

Je to doplňková léčba, která svým účinkem usnadňuje rehabilitaci. BTX je specifický enzym, který působí snížení svalové síly. Podává se ve velmi malém množství injekčně přímo do postižených svalů, kde má zmírnit nadměrné napětí a nepotlačitelné stahy. Injekce usnadňují dítěti vykonávat pohyby postiženými svaly, např. postavit se na paty.

BTX je s úspěchem používán u nemocných dětí se spastickými formami DMO. Lék je možné aplikovat opakovaně; intervaly mezi jednotlivými aplikacemi se pohybují mezi 3 měsíci a 2 roky.

e) Fyzikální terapie a hydroterapie

Fyzikální terapie se u dětí postižených DMO používá především k ovlivnění spasticity, kontraktur, jizev a kloubních deformit. Procedury se provádějí většinou těsně před cvičením, usnadňují pohybovou léčbu.

Teploléčebné procedury mají hlavně relaxační účinek. Cvičení v bazénu ovlivňuje činnost dýchacího a kardiovaskulárního systému, zvyšuje rozsah kloubní pohyblivosti.

f) Hipoterapie

Léčba jízdou na koni má jako málokterá terapie kromě pozitivního vlivu na motoriku také obrovský a nenahraditelný vliv na psychiku a emoce dítěte. Je důležité, aby se dítě s koněm, na kterém má jezdit, dokonale seznámilo a přestalo se ho bát. Pokud mezi nimi vznikne přátelský vztah, dojde k psychickému uvolnění dítěte a jeho pozitivnímu naladění.

Při jízdě na koni se aktivují všechny svaly a správné pohybové vzorce. Podráždění jednoho svalu vede k zapojení okolních svalů a svalových skupin v pohybovém řetězci. Vnímání koňského tepla a hebkosti srsti vede ke stimulaci senzomotoriky. Teplo koňského těla umožní snížení spasticity, které je patrné jak na dolních, tak na horních končetinách. Např. při sedu obkročmo dochází k postupnému uvolňování spastických adduktorů⁶ a když dítě na koni leží, dojde k uvolnění celého pletence ramenního a rozevření dlaně.

⁶ **Adduktor.** Sval provádějící funkci přitahování k tělu. Tuto činnost mohou například vykonávat svaly vnitřní části stehna.

1.3 Bezbariérové prostředí

V moderní společnosti je nemožné dosáhnout plného začlenění bez možnosti svobody pohybu. Nedostatečná mobilita představuje faktor omezující práva občanů se zdravotním postižením účastnit se veřejného života, což je ke škodě všem. Problémy přístupnosti jsou ovlivnitelné řadou politik, jako např. průmyslu, informační společnosti a regionálního vývoje, ale i oblasti životního prostředí, dopravy, sociální politiky, bezpečnosti a ochrany zdraví. Dosud se nepodařilo řešit přístupnost komplexně a koordinovaně.

V České republice byla v průběhu posledních deseti let přijata za aktivní součinnosti organizací občanů se zdravotním postižením řada nových normativně právních aktů, díky kterým je současná česká legislativa v oblasti bezbariérové výstavby zcela srovnatelná se standardem EU. Novostavby a změny staveb již musí být bezbariérové dle platných předpisů. (Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009).

Bezbariérovým prostředím tedy můžeme označit, takové prostředí, které je z hlediska možnosti dobrého pohybu a orientace vstřícné pro každého bez rozdílu a mělo by být v každé kulturní a vyspělé společnosti samozřejmostí. (Filipiová, 2002)

Bariéry

Cizí slovo bariéra, označuje nám dobře známé slovo překážka nebo zábrana. V první řadě si je třeba uvědomit, že ve společnosti existují bariéry dvojího druhu.

Jsou to **bariéry fyzické** – ty, které vytvořil člověk (projektant) a **bariéry psychické**, které vznikají v nás samotných z nevědomosti nebo ignorování problémů lidí, kteří jsou na první pohled jiní, než jsme my a než je tzv. zdravá část populace. Psychické bariéry vznikají z xenofobních pocitů, z pocitu nedůvěry v neznámé a nepoznané.

Dokud budou mezi námi bariéry psychické, dokud společnost nepochopí, že handicapovaní lidé jsou její přirozenou a nedílnou součástí, bude velice těžké a složité odstraňování bariér a vytváření bezbariérového prostředí.

Fyzická nebo smyslová restringovaná participace

Od r. 2001 je dle WHO slovo handicap užíváno neadekvátně, jelikož nevystihuje správně jeho význam. Měli bychom u zdravotně postižených lidí hledat, to co mohou

dělat a to co mohou zvládnout, nikoli to co dělat nemohou a to co nezvládnou. Z tohoto důvodu byl pojem „handicap“ nahrazen slovem „**restringovaná participace**“.

V první řadě je třeba si uvědomit, že ke zdravotně postiženému (handicapovanému) člověku bychom neměli přistupovat jako k nemocnému. Lidé žijící se zdravotním postižením mají pouze ztíženou možnost pohybu nebo orientace v daném prostředí.

1.4 Bezbariérové bydlení

S bariérami se ve svém životě potýká každý, pro vozičkáře však mohou být téměř neřešitelnou překážkou. Přitom současná technika je na úrovni, kdy přístupnost může být uspokojivě vyřešena možná u 99% objektů.

Bezbariérové bydlení je pro všechny tělesně, pohybově, sluchově nebo zrakově postižené mezi námi, životní nutností. V našem prostředí ale zůstává bezbariérové bydlení stále poněkud problematickou otázkou. Při projektování obytných a rodinných domů se často vychází pouze ze situace většinové společnosti a na budoucnost se příliš nepomýšlí.

Významným faktorem projektování stavby je skutečnost, že každý z nás, i když nejsme postižení, se může stát např. obětí dopravní nehody, může onemocnět anebo se k nám v budoucnu může přistěhovat další člen rodiny, který je pohybově handicapován.

Problematické jsou nejen obytné stavby, ale i stavby veřejné, jako jsou veřejná prostranství s četnými schodišti a eskalátory. Příkladů, na nichž by bylo možné demonstrovat špatnou situaci v oblasti přístupnosti a bezbariérovosti je celá řada, ale v rámci své diplomové práce se budu věnovat pouze obytným prostorům.

1.4.1 Právní úprava bezbariérového bydlení

Pro bezbariérovou tvorbu, pro tvorbu s ohledem na osoby s handicapem existuje zákonné prostředí, které stanoví, jakým způsobem postupovat v jednotlivých fázích plánovací a projektové dokumentace. Základními dokumenty, které výše uvedené upravují, jsou:

- **Zákon č. 183/2006 Sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon)**, účinný od 1. 1. 2007
- **Vyhláška č. 369/2001 Sb., Ministerstva pro místní rozvoj ze dne 10. října 2001 o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb**

osobami s omezenou schopností pohybu a orientace. Jedná se o základní předpis pro bezbariérové řešení staveb, dále označovaný jako bezbariérová vyhláška dříve č. 174/94 Sb. nyní nahrazená č. 369/01 Sb.

V úvodu této části je nutné vysvětlit základní pojem **bezbariérová přístupnost a užívání stavby**. Tento pojem představuje souhrn technických, případně technicko – administrativních opatření, zajišťujících samostatný pohyb a užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace, tzn. bez pomoci druhé osoby. Limitujícími kritérii technického řešení jsou podmínky osoby používající vozík pro tělesně postižené nebo vysoké podpurné hole (berle), případně podmínky osoby s těžkým smyslovým postižením (nevidomé, neslyšící).

Důležitý je i pojem **Osoba s omezenou schopností pohybu a orientace**, který je v §2 vyhlášky definován takto: *Osoby postižené pohybově, zejména osoby na vozíku pro invalidy (dále jen „vozík“), zrakově, sluchově, osoby pokročilého věku, těhotné ženy a osoby doprovázející dítě v kočárku, dítě do tří let, popřípadě osobu s mentálním postižením.*

Dosavadní praxe prokazuje, že doposud vydané předpisy v této oblasti se dostávají do podvědomí projektantů, investorů a pracovníků státní správy velmi obtížně, což je zčásti důsledkem skutečnosti, že problematika není předmětem učebních osnov středních odborných a vysokých škol a není ustaven dotčený orgán státní správy, přestože řešení problematiky vyžaduje řadu specifických znalostí.

1.4.2 Bezbariérovost interiérů

Pro chráněné bydlení je velice důležitá otázka bezbariérovosti v řešení interiérů. Za velice složitý považuji fakt, že mnohá chráněná bydlení nejsou řešena v souladu s požadavky na bezbariérovost. Ubírají tím šanci zúčastňovat se chráněného bydlení osobám s tělesným nebo kombinovaným postižením, které by se ho jinak zúčastnit mohly.

Všechny nově projektované stavby, ať už sloužící k účelu chráněného bydlení, či nikoliv, by měly vyhovovat požadavkům bezbariérového bytu.

Vstupy do budov

Nástupní plocha

Nástupní plocha musí být zpevněná s neskluznou úpravou⁷.

Vstupní dveře

Všechny vstupní dveře musí mít šířku křídla 900mm. Pokud nejsou vstupní dveře automaticky otevíratelné nebo posuvné, musí být opatřeny vodorovným madlem ve výšce 800mm – 900mm nad podlahou přes celou šířku dveří a to na straně jejich otevírání. Zámek a klika dveří musí být umístěny v dosahové vzdálenosti nad podlahou, zámek požaduje vyhláška nejvýše 1000mm nad podlahou a kliku v maximální výšce 1100mm.

Vstupní dveře, které jsou mechanicky otevíratelné, bývají navrhovány buď jako jednoduché, nebo zdvojené se zádveřím. Velikost zádveří musí umožňovat postupné otevření a zavření obou dveří. Minimální hloubka zádveří musí být 1500mm.

Dveře musí být do výšky 400mm chráněny proti poškození – tento požadavek odpadá u automaticky otevíratelných dveří. Pro slabozraké musí být skleněná výplň dveří mechanicky otevíratelných opatřena ve výšce 1100mm až 1600mm pruhem značek 50mm x 50mm (ve vzdálenosti maximálně 150mm od sebe) nebo páskou šířky 50mm, jasně viditelnou proti pozadí.

Aby osoba na invalidním vozíku mohla snadno dveře otevřít a zavřít, musí mít dostatečně velkou manipulační vodorovnou plochu přede dveřmi a za dveřmi. Ve směru, kam se dveře otevírají, musí být hloubka této plochy 2000mm, na druhé straně 1500mm.

Rohožka na čištění bot nesmí mít větší otvory než 15mm x 15mm, aby zde nepropadaly berle nebo hole. Kartáčové rohožky nesmí mít dlouhý vlas, který znesnadňuje pojezd a ovládání vozíku.

Zvonkové tablo musí být umístěno v dosahu invalidního vozíku, tj. do výšky 1200mm.

Umělé osvětlení ve vstupu nesmí tvořit kontrast mezi interiérem a exteriérem. Pokud jsou mechanicky otevíratelné dveře opatřeny samozavíračem Brano, musí být tento seřízen tak, aby bylo možno dveře snadno otevřít.

⁷ Neskluzná úprava musí být o koeficientu smykového tření v suchém stavu 0,6.

Ojediněle se můžeme setkat i s tzv. „otevírači dveří“. Jedná se o zařízení, po jehož stisknutí se dveře samočinně otevrou. Tento systém je často používán ve Skandinávii.

Chodby

Šířka chodby je závislá na provozu v budově. Jako minimální se uvádí šířka 1500mm, která umožňuje průjezd na invalidním vozíku současně s průchodem chodce. Tam, kde se předpokládá potkávání osob na invalidním vozíku, by měla být šířka chodby 1800mm. Pokud má chodba sloužit i jako úniková cesta, měla by být její šířka minimálně 2000mm.

Podlahy na chodbách musí být provedeny v protiskluzové úpravě⁸. Spádování podlahy na chodbě v případě větších výškových rozdílů než 20mm nesmí překročit 8,33%.

Schodiště

Šířka schodiště závisí na provozních podmínkách budovy a je dána příslušnými normami. Výšky jednotlivých schodů nesmí být větší než 160mm, sklon schodišťového ramene nesmí být větší než 28°. Přednostně je třeba řešit schodiště jako rovnoramenné. Pro slabozraké je třeba označit kontrastně – nejlépe žlutou barvou – stupnici prvního a posledního schodu každého schodišťového ramene. Označení má být provedeno přes celou šířku schodu v šířce 100mm ve vzdálenosti 50mm od hrany schodu.

Zábradlí schodiště musí být oboustranné a musí přesahovat první a poslední schod o 150mm. U pohyblivých schodů musí být pro slabozraké barevně označen hřeben vstupu a výstupu schodiště. Pro nevidomé musí být před pohyblivými schody zajištěna akustická signalizace a varovný pás ve výšce 400mm z obou stran schodiště.

Záchody

Záchody v bezbariérové úpravě musí být provedeny všude tam, kde jsou záchody určeny pro veřejnost: Dále musí být bezbariérové záchody provedeny ve stavbách, které užívají, nebo kde jsou zaměstnány osoby s omezenou schopností pohybu a orientace.

⁸ Koeficient smykového tření v suchém stavu by měl mít hodnotu 0,6

Podle místních podmínek, které jsou specifikovány u jednotlivých druhů staveb, jsou tyto bezbariérové záchody prováděny buď jako společné pro muže a ženy, nebo jako oddělené a v některých případech může být kabina bezbariérového záchodu zřízena i na záchodech, určených pro ženy. Záleží přitom na celkové kapacitě stavby. Vzhledem k tomu, že bezbariérové záchody mohou používat i osoby, které nejsou zdravotně postižené, mohou v některých případech plně nahrazovat i běžné záchody.

Půdorysné rozměry bezbariérového záchodu musí být, podle vyhlášky, minimálně 1600mm x 1800mm. Ve zcela výjimečných případech, především u rekonstrukcí, kdy nelze z prostorových důvodů splnit tento požadavek, mohou být rozměry sníženy mimořádně až na 1400mm x 1400mm. Tato možnost se ale často zneužívá, i když záchod těchto rozměrů velmi znesnadňuje jejich požívání osobami na invalidním vozíku. Do kabiny se musí zajíždět couváním a pohyb po kabině je pro vozíčkáře velmi obtížný.

Poměrně častou chybou v řešení bezbariérových záchodů je nedostatek místa před záchodovou mísou, což neumožňuje nástup na mísu pro uživatele berlí, ale i ostatním lidem, kteří nejsou zdravotně postižení. Proto před záchodovou mísou musí být volný prostor do vzdálenosti nejméně 500mm.

Zásobník na toaletní papír musí být umístěn v dosahu osoby sedící na záchodové míse.

Dveře kabiny musí být otevíratelné ven, z vnitřní strany musí být opatřeny vodorovným madlem o výšce umístění 900mm přes celou šířku dveří. Zámek dveří musí být odjistitelný zvenku, s tím, že klika a zámek musí být ve výšce maximálně 1200mm.

Po obou stranách mísy je nutno upevnit **sklopná madla** 500mm ve vzdálenosti 600mm, ve výšce 780mm nad podlahou a o délce 900mm. Na dětských záchodech je nutné výšku usazení madel snížit o 50mm. Vedle záchodové mísy musí být volný prostor v šířce 800mm pro zacouvání invalidním vozíkem. Ovládání **splachovacího zařízení** musí být umístěno bočně ve výšce maximálně 1200mm.

V domovech pro sociální péči a ve zdravotnických zařízeních je třeba zřídit alespoň jeden bezbariérový záchod s možností poskytnutí pomoci ošetřovatelem, což vyžaduje větší rozměry pro oboustranný volný přístup k záchodové míse.

1.5 Kompenzační pomůcky

V této kapitole se budu krátce věnovat pomůckám, bez kterých se zdravotně postižení jen těžkou obejdou. Jedná se o pomůcky kompenzační, které jim značně zjednodušují pohyb, sebeobsluhu, provádění hygienických úkonů, bydlení, komunikaci, apod.

Firem, které se zabývají prodejem a zapůjčováním je celá řada. Výčet hlavních firem, které působí v České republice uvádím v příloze č. 8.

1.5.1 Přehled základních kompenzačních pomůcek pro tělesně postižené

Invalidní vozíky

Vozíky lze rozdělit do dvou skupin - mechanické a elektrické. Na elektrický vozík má zpravidla nárok člověk, který má výrazně omezenou hybnost horních končetin. Při vyřizování formalit k jeho získání je třeba podstoupit řadu testů.

Po vybrání vozíku jej předepíše na tzv. Poukaz odborný lékař - rehabilitační lékař, neurolog nebo ortoped. Na jeden vozík může být vypsáno i několik poukazů na jednotlivé části vozíku. Nárok na vozík od pojišťovny je jednou za 5 let. I proto je důležitý zmiňovaný pečlivý výběr, protože pokud si zvolíte vozík, který po čase přestane vyhovovat, další zdravotní pojišťovna uhradí až po pěti letech. Pouze v závažných případech, kdy lékař potvrdí, že došlo ke změně zdravotního stavu a současná pomůcka poškozuje zdraví, může pojišťovna přistoupit na výměnu pomůcky.

Správná volba invalidního vozíku je důležitá především proto, že pokud by vozík nevyhovoval, může to hodně znepříjemnit klientův každodenní život a také negativně ovlivnit jeho zdravotní stav. Prodejem pomůcek se zabývá řada firem. Vždy je dobré nechat si předložit nabídku více firem, nespěchat a hlavně si vozíky vyzkoušet. A to nejen v místnosti, ale také v terénu, kde jsou překážky.

Plošiny, schodolezy, výtahy

Tyto pomůcky jsou poměrně finančně náročné a nehradí je zdravotní pojišťovna. O příspěvek na některou z těchto pomůcek lze žádat na sociálním odboru obce s rozšířenou působností.

Podle přílohy č. 4, vyhlášky č. 182/1991 Sb. Může sociální odbor přispět až 100% ceny na šikmou schodišťovou plošinu, místo ní lze přispět na výtah či schodolez. V případě, že nelze nainstalovat plošinu a klient zvolí výtah, může mu sociální odbor

příspěv až 100.000,- Kč na stavební práce spojené s instalací výtahu v rámci příspěvku na úpravu bytu, podle vyhlášky č. 182/1991 SB., §34.

Antidekubitní pomůcky

Předcházení dekubitům je velmi důležité, jejich léčení trvá velmi dlouho. Výrobci dnes nabízejí podložky s různou náplní, můžete zvolit i antidekubitní matraci.

Zvedáky

Zvedáky jsou pomůcky, které usnadní péči lidem, kteří pomáhají tělesně postiženým klientům a usnadní jim tak jejich přesun, např. do vany, po bytě apod.

Sanitární program

Sanitární program v sobě zahrnuje vhodné vybavení koupelen a WC, tak aby klienti byli co nejvíce soběstační. Jedná se např. o:

- umyvadla pro tělesně postižené
- madla
- závěsné klozety s prodlouženou délkou
- sedací vany s dveřmi
- ploché smaltované či keramické vaničky
- sedátka do sprchového koutu
- sedátka do vany
- výklopná zrcadla
- bezbariérové zástěny

Inkontinentní program

I tento problém je dnes možné eliminovat vhodnými a kvalitními pomůckami. Jedná se např. o: inkontinentní kalhotky, inkontinentní podložky, močové systémy a sáčky.

Elektrické tříkolky a skútry

Tato vozítka umožní klientům poměrně rychlý a samostatný přesun.

Pomůcky pro komunikaci

Komunikace se zdravotně postiženým člověkem může být někdy ztížená jako následek postižení. Dnešní technika tento problém může pomoci překonat, např. ovládáním počítače ústy a nejnověji i očima.

MOTOMed

Jedná se o pohybový léčebný přístroj. Nehradí ho zdravotní pojišťovna a sociální úřad vám může poskytnout příspěvek až do výše 50% ceny přístroje. Tento příspěvek se poskytuje na základě vyhlášky 182/92 Sb., § 33, přílohy č. 4. MOTOMed je brán jako srovnatelná pomůcka.

Pomůcky pro děti

Používání kvalitních pomůcek je samozřejmě velmi důležité i u dětí, u nichž to může pozitivně ovlivnit další vývoj.

Ostatní pomůcky

Jedná se o nejrůznější drobné pomůcky a doplňky pomůcek, které vám mohou usnadnit život, např. pogumované obruče, rukavice pro vozíčkáře, polohovací lůžka, apod.

1.5.2 Financování kompenzačních pomůcek

Zdravotní pojišťovny

Každá zdravotní pojišťovna má svůj číselník, ve kterém jsou vyjmenovány pod jednotlivými kódy pomůcky, které pojišťovna hradí plně nebo zčásti. Pokud potřebujete kompenzační pomůcku, navštivte svého lékaře a ten vám pomůcku předepíše na tzv. poukaz, který je pak schvalován na zdravotní pojišťovně. Ohledně úhrady je to různé, některé pomůcky hradí pojišťovna v plné výši, některé jen částečně. Doporučovala bych vám ještě před návštěvou lékaře zajít do prodejny zdravotnických potřeb, tam se podívat na typy pomůcek, které jsou v nabídce a zjistit, které jsou zcela hrazeny, a které vám budou nejlépe vyhovovat. Dostanete zde i kód vybrané pomůcky, s tím zajdete k lékaři a i pro něj to bude jednodušší, když přijdete s konkrétním kódem. Některé typy pomůcek může předepsat pouze odborný lékař - neurolog, ortoped či rehabilitační pracovník.

Příspěvek od sociálního odboru

Pomůcky by měly pomáhat odstraňovat, zmírňovat nebo překonávat následky postižení. Tělesně postiženým občanům mohou obce s rozšířenou působností poskytnout příspěvek na pomůcku, která jim umožní sebeobsluhu, samostatný pohyb, popř. na pomůcku nutnou k přípravě a realizaci pracovního uplatnění. Podmínkou přiznání příspěvku je, že pomůcku plně nehradí ani nezapůjčuje příslušná zdravotní

pojišťovna. Výčet pomůcek, na něž se příspěvek poskytuje, a jeho maximální výši (příspěvek může být i nižší), tvoří **přílohu č. 4 vyhlášky č. 182/1991 Sb.**

Jedná se o tyto pomůcky:

a) 100% z ceny

- polohovací zařízení do postele
- přenosné WC
- přenosná rampa (pro vozíčkáře)
- zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu
- zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu
- individuální úpravy automobilu (vše, co nesouvisí s řízením)
- šikmá schodišťová plošina
- nájezdové ližiny pro vozíčkáře

b) 80% z ceny

- signalizační pomůcka Sym-Blick, umožňující v krizové situaci přivolání pomoci.

c) 50% z ceny

- obracecí postel
- vodní zvedák do vany
- psací stroj se speciální klávesnicí
- motorový vozík pro invalidy
- židle na elektrický pohon
- dvoukolo
- koupací lůžko

Důležitý je výběr pomůcky. Je třeba mít vždy na paměti, že sociální odbor nemůže vybrat firmu, která vám pomůcku dodá. To je právo samotného klienta. Je dobré oslovit minimálně dvě firmy, které pomůcky dodávají, nechat si udělat nabídku a zvolit tu, která mu bude více vyhovovat. Dalším důležitým faktorem je platba firmě. Nedoporučuje se odeslání peněz na účet firmy před dodáním a vyzkoušením pomůcky! Z praxe jsou známé případy, kdy firma dostala zaplacenou předem a pomůcku nedodala či dodala nevyhovující zařízení. Potom se může klient dostat do neřešitelné situace, kdy je bez pomůcky, sociální odbor po něm chce zpět příspěvek, ale klient ho nemůže vymoci zpět od firmy. A nový příspěvek může dostat až po vrácení toho původního.

Nadace

V případě, že i po využití možností příspěvků od státu a od zdravotní pojišťovny stále chybí klientovi peníze na pomůcku, může se obrátit se žádostí na některou z nadací. Žádost by měla obsahovat základní údaje, stručný popis životní situace, zdravotního stavu, na co příspěvek žádá a co případný příspěvek od nadace pomůže v životě klienta vyřešit či zlepšit. Je dobré přiložit fotokopii průkazky mimořádných výhod.

Sponzoři

Pokud klient najde sponzora, může si sponzor hodnotu darů odečíst od základu daně. V případě, že obdarovaným je člověk, který pobírá invalidní důchod, jak říká zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, § 20, odst. 8, stačí uzavřít smlouvu mezi dárce a obdarovaným jako fyzickou osobou. Musí být uzavřená darovací smlouva a k ní je dobré přiložit kopii rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu.

1.6 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je moderní obdobou ústavní péče. Spočívá v tom, že několik klientů se zdravotním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku, přičemž by mělo mít povahu společné domácnosti, kde dospělým klientům pomáhají asistenti s běžnými činnostmi: s úklidem, s vařením, se sebeobsluhou a se vším, co klienti sami nemohou zvládat. Asistent nezastává funkci rodiče ani vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta. (Švarcová, 2006)

Chráněné bydlení má velký význam zejména pro dospělé lidi s mentálním nebo jiným zdravotním či kombinovaným postižením, kteří jsou zaměstnáni v chráněných pracovištích a navštěvují různá centra a instituce pro zaměstnávání a volný čas. Pokud klienti tráví většinu svého života v chráněném bydlení a prakticky z něho nevycházejí, ztrácí toto bydlení svoji integrační funkci. Klienti totiž trpí nedostatkem kontaktů s ostatními lidmi. (Švarcová, 2006)

Chráněné bydlení by mělo být pro své klienty trvalým domovem, nemělo by mít povahu např. týdenního zařízení. Kontakt klientů s jejich rodinami a přáteli je velice žádoucí a realizuje se vzájemnými návštěvami. (Švarcová, 2006)

1.6.1 Legislativní úprava chráněného bydlení a souvisejících služeb

Dle Zákona č. 108/2006 Sb. je chráněné bydlení služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

Služba dle prvního odstavce obsahuje tyto základní činnosti:

- a) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- b) Poskytnutí ubytování
- c) Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- d) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- e) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- f) Sociálně – terapeutické činnosti
- g) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Chráněné bydlení je tedy podle Zákona o Sociálních službách službou sociální péče. Existence služby chráněného bydlení vyžaduje také existenci dalších služeb, bez kterých by samo o sobě existovat nemohlo. Zákon o sociálních službách definuje také další služby sociální péče, které považují za nutné zařadit do této problematiky. Jedná se o tyto služby sociální péče:

- **Osobní asistence:** je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba obsahuje zejména tyto činnosti:
 - a) pomoc při zvládnutí těžkých úkonů péče o vlastní osobu
 - b) pomoc při osobní zvládnutí hygieny
 - c) pomoc při zajištění stravy
 - d) pomoc při zajištění chodu domácnosti
 - e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- **Podpora samostatného bydlení:** je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje zejména tyto činnosti:
 - a) pomoc při zajištění chodu domácnosti
 - b) výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti
 - c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - d) sociálně terapeutické činnosti
 - e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

 - **Centra denních služeb:** V denních centrech služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje zejména tyto činnosti:
 - a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
 - b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
 - c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - d) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - e) sociálně terapeutické činnosti
 - f) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.¹

 - **Sociálně aktivizační služby:** jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.
 - **Sociální rehabilitace:** je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti osob, a to s rozvojem jejich

specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností, alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb, poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Služba poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- b) zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím
- c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností, obsažených v případě terénních nebo ambulantních služeb, tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování
- b) poskytnutí stravy
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

1.6.2 Druhy chráněného bydlení

Každá organizace nebo společnost, realizující chráněné bydlení může provozovat různé formy chráněného bydlení, které je vždy přizpůsobeno potřebám jejích klientů nebo v podstatě je vytvořeno pro určitou skupinu klientů dané organizace nebo společnosti. Výjimkou není provozování více typů chráněného bydlení v jedné organizaci. Rozlišujeme tři základní formy Chráněného bydlení:

Skupinové bydlení – forma chráněného bydlení, kdy klienti bydlí v malých skupinkách buď v bytech nebo rodinných domcích, pokud možno nedaleko od svého původního bydliště. Byty a domky by neměli být vyčleněny z běžné zástavby. Asistence a pomoc je poskytována dle individuální potřeby a je poskytována v případě potřeby nepřetržitě, asistent má v tomto případě svůj „asistenční byt“ v místě chráněného bydlení.

Individuální bydlení – tato forma se od první – výše uvedené, liší pouze v tom, že klienti nesdílí svůj byt s žádným spolubydlícím nebo spolubydlícími.

Podporované bydlení – tato forma chráněného bydlení je určena spíše pro klienty s lehčí formou handicapu, kde není nutná stálá přítomnost asistenta a klient běžnou jednodušší každodenní péči o sebe zvládá z velké části sám.

Tato služba je zatím spíše ojedinělá, poskytuje ji zatím velmi málo organizací. Klient bydlí sám, může bydlet s kamarádem nebo s partnerem. Klient většinou potřebuje mnohem více radu, dohled, pomoci zařídit složitější věci, než přímou fyzickou pomoc.

1.6.3 Chráněné bydlení v Českých Budějovicích a okolí

- Domov Sv. Anežky, o.p.s.

Občanské sdružení Pomoc Týn nad Vltavou bylo založeno v roce 1996 a od té doby je hlavním hybatelem, iniciátorem a realizátorem obnovy a rozvoje lokality Čihovice. Sdružení financovalo s využitím sponzorských firemních darů i darů jednotlivců a díky investiční dotaci z rozpočtu Ministerstva Zemědělství ČR rekonstrukci **Domova sv. Anežky**, podílelo se na vybavení a obnově čihovické návsi, provozuje kulturní, vzdělávací a společenské centrum Špejchar klub, pomáhá při provozu hipoterapie. Sdružení se snaží prosazovat vhodné sociální služby pro seniory a lidi se zdravotním postižením i v rámci města Týn nad Vltavou a celého mikroregionu Vltavotýnsko.

Zde je provozována **služba Podpory samostatného bydlení**, poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby (ZoSS⁹ 108/2006 Sb.). Služba je poskytována v rámci činnosti Chráněného bydlení U svaté Kateřiny.

Služba je poskytována ve středisku **U svaté Kateřiny, ulice Ke hradu 109, Týn nad Vltavou, ve 3. nadzemním podlaží dostupném výtahem**. Malometrážní byty jsou stavebně upravitelné, bezbariérově řešené. Objekt je ve vlastnictví Města Týn nad Vltavou. Domov sv. Anežky je smluvně ustaven jako správce chráněného bydlení a poskytovatel sociální služby. Tři chráněné nájemní byty byly vybudovány ve spolupráci s Městem Týn nad Vltavou, součástí je společná prádelna a sušárna.

⁹ ZoSS – Zákon o sociálních službách

Služba je poskytována podle individuálních potřeb uživatelů služby a po předchozí dohodě s nimi v průběhu celého kalendářního roku od pondělí do pátku 7:00 - 8:00 hod. a 15:00 - 18:00 hod. Sobota, neděle, svátek, dovolená dle individuálních potřeb a požadavků.

Služba je poskytována terénně v nájemních bytech uživatelů služby - nájemců bytu. Cílem služby je umožnění samostatného bydlení s důrazem na posilování samostatnosti a soběstačnosti uživatele. Rozsah a forma poskytované služby je sjednávána individuálně podle potřeb a požadavků uživatelů. Dohoda o poskytování služby stanoví však minimální frekvenci návštěv terénního asistenta v rozsahu 1 x za 14 dní. Služba je poskytována s úhradou uživatele služby ve výši 60,-Kč/hod.

- O.s. Proutek – chráněné bydlení a dílny

Uživatelé této sociální služby jsou zásadně podporováni tak, aby výše zmíněné cíle zvládali s minimální asistencí. Služba je poskytována celodenně a celoročně na statku **Plasná č.p 3, který leží 12 km od Jindřichova Hradce**. Kapacita chráněného bydlení je 4 místa. Cena za službu se skládá z ceny za ubytování (70Kč/den) a ceny za jídlo (70 Kč/den).

Služba je poskytována bez ohledu na trvalé bydliště uživatele. Služba je poskytována lidem s mentálním postižením v pásmu lehkého a středně těžkého mentálního postižení. Služba není určena lidem, kteří mají problémy v oblasti agresivního chování, závažnější problémy v oblasti pracovní motivace, nebo tělesné postižení. Není rovněž určena lidem s primární psychiatrickou diagnózou.

Chráněná domácnost je koncipována v rodinném duchu. Uživatelé bydlí v jednolůžkových nebo dvoulůžkových pokojích. Uživatelé se v maximální možné míře podílejí na chodu domácnosti (vaření, úklid, praní prádla, nákup, zajištění dřeva pro topení...).

Každý obyvatel má v rámci domácnosti svou roli – aktivity, na kterých se při správě domácnosti podílí. Kromě toho se pro každého uživatele tvoří osobní plán cílů a aktivit, jehož plnění je pravidelně kontrolováno a který je podle potřeby aktualizován. Na tvorbě i aktualizaci tohoto plánu se uživatel podílí.

V chráněné domácnosti jsou zaměstnání asistenti, kteří pomáhají obyvatelům v situacích, které nejsou schopni sami zvládnout a jsou jim nápomocni v rozšiřování jejich schopností a možností.

Režim dne se přizpůsobuje zaměstnání uživatelů a jejich individuálním potřebám na jedné straně, na druhé straně je kladen důraz na posilování společenství v domě (společná jídla, čas pro společné aktivity,...). Obyvatelé chráněné domácnosti se podle svých možností a přání integrují do širší komunity. Integraci tu chápou jako obousměrný proces. Na jedné straně jsou uživatelé podporováni v tom, aby mohli využívat všech běžně dostupných služeb v komunitě (obchody, lékaři, kultura, ...) a mohli udržovat a rozvíjet vztahy se svými přáteli a rodinou. Na druhé straně je chráněná domácnost místem, kam jsou zváni dobrovolníci na realizaci doplňkových aktivit.

- Jihočeská rozvojová, o.p.s. – STROOM DUB, o.p.s. Prachatice

Centrum STROOM DUB je centrem pracovních rehabilitací a sociálních služeb lidem se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním. Zajišťuje podporu a pomoc osobám v nepříznivé sociální nebo zdravotní situaci a motivuje je a napomáhá jim začlenit se do společnosti a na trh práce.

Cílem činnosti Centra STROOM DUB je pomoci lidem se zdravotním a sociálním znevýhodněním začlenit se v co možná největší míře do běžného života tak, aby byl zajištěn jejich přímý či nepřímý návrat na trh práce, do společnosti, ke vzdělávání a zajištění smysluplného využití jejich volného času.

Zejména pak:

- stabilizace psychického a tělesného zdraví;
- aktivizace, podpora a rozvoj schopností, dovedností a pracovních návyků;
- podpora samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti
- podpora důstojnosti a pocitu užitečnosti a sounáležitosti
- pobyt ve vstřícném a příjemném prostředí.

Centrum poskytuje tyto sociální služby:

- základní sociální poradenství;
- sociální rehabilitaci, která směřuje k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob se zdravotním postižením, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí;

- centrum denních služeb, které poskytuje ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
- **Diakonie ČCE – středisko Rolnička Soběslav**

Rolnička je nestátní nezisková organizace. Je to křesťanské denní centrum v Soběslavi, které přijímá klienty od 2 let věku. Své služby poskytuje jak zdravým klientům, tak klientům s různými specifickými potřebami, typy postižení i jejich kombinacemi, a to v zásadě bez omezení.

Rolnička je součástí Diakonie ČCE. Vede ji jmenovaný ředitel, v zásadních věcech koncepčního a finančního charakteru však nese zodpovědnost také představenstvo střediska, volené staršovstvem místního sboru ČCE a složené ze zástupců sboru, rodičů, zaměstnanců a odborníků. Chráněné bydlení je zde určeno lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, kteří chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Součástí služby je poskytnutí **bydlení v bytě, který pro uživatele představuje domov, je spravován poskytovatelem, je součástí běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu a jeho provozu** (zejména vedení společné domácnosti s možností individuálního hospodaření). Tato služba je časově neomezená.

Kontakt:

Diakonie ČCE - Středisko Rolnička v Soběslavi

adresa: Mrázkova 700/III
392 01 Soběslav

telefon: 381 522 054, 739 570 420

fax: 381 522 879

e-mail: rolnicka@volny.cz

Další organizace věnující se sociálním službám v oblasti podpory samostatného bydlení a sociální rehabilitace:

- Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie
- Domov PETRA a Základní škola speciální Mačkov
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Osek
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Zběšičky

1.7 Modelové chráněné bydlení – pojem v obecné rovině

Modelové chráněné bydlení nemá v současné době v Zákoně o sociálních službách své místo. Jde zatím pouze o projekt, který pomáhá nenásilné integraci osob se zdravotním postižením v jejich přirozeném sociálním prostředí. Využívána je tzv. osobní asistence, díky níž se klienti naučí ve cvičném bezbariérovém bytě samostatnému způsobu života, maximální možné sebeobsluze a soběstačnosti.

Projekt Modelového chráněného bydlení začalo v roce 2005 provozovat Dětské centrum ARPIDA v Českých Budějovicích. V roce 2007 tedy pokračuje ve svém provozu již druhým rokem.

Služby Modelového chráněného bydlení, jež jsou dva cvičné bezbariérové byty s příslušenstvím a se zázemím pro osobní asistenty, jsou účelně propojeny s činností dvouleté praktické školy, jejíž vzdělávací program je určen pro absolventy základní školy praktické, popřípadě základní školy speciální. Je tím dosaženo podmínek, které vedou k vyrovnání příležitostí mladých lidí s tělesným a kombinovaným postižením ve společnosti. Napomáhá to tak jejich žádoucímu začlenění v přirozeném sociálním prostředí.

Chráněné modelové bydlení je realizováno v turnusech. Každého turnusu se zúčastní dva klienti. Délka turnusu a jeho zaměření je stanoveno na základě vstupního ergoterapeutického hodnocení. Modelové bydlení v DC ARPIDA se stalo nedílnou součástí uceleného systému rehabilitace, v jejímž duchu celé DC ARPIDA pracuje.

1.8 Dětské centrum ARPIDA v Českých Budějovicích

Název ARPIDA je odvozen od počátečních písmen následujících slov:

- A: Akce
- R: Rehabilitace
- P: Pomoc
- I: Integrace
- D: Dobrovolnost
- A: Agapé¹⁰

DC ARPIDA je odborným střediskem Arpidy, společnosti pro rehabilitaci dětí a mládeže se zdravotním postižením a vzniklo za účelem poskytování denní odborné péče

¹⁰ **Agapé** - Projev křesťanské lásky vycházející z ochoty nezištně pomoci bližnímu

dětem s tělesným a kombinovaným postižením. Společnost Arpida je občanským sdružením, vzniklým dle zákona č. 83/1990 Sb. o sdružování občanů (Janovský, 2006).

1.8.1 Ucelený systém rehabilitace

Dle WHO¹¹ je rehabilitace obnova optimálního nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka.

Pokud mluvíme o rehabilitaci jako o části celospolečenského systému, mluvíme o uceleném systému rehabilitace. Představuje koordinovanou činnost všech složek společnosti s cílem znovu zařadit člověka postiženého na zdraví následkem nemocí, úrazu nebo vrozené vady, do aktivního života. S tímto systémem jsme konfrontováni na úrovni:

- zdravotnické
- sociální
- kulturní
- pedagogické
- pracovní
- technické
- legislativní
- ekonomické
- organizační
- politické

1.8.2 Ucelený systém rehabilitace v Dětském Centru ARPIDA v Českých Budějovicích

Sociální a pracovní prostředky uceleného systému rehabilitace

Sociální péče v DC ARPIDA zahrnuje:

- kvalitní sociálně právní poradenství včetně možnosti zapůjčení kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
- denní stacionář pro děti s těžkým kombinovaným postižením

¹¹ WHO - World health organization = světová zdravotnická organizace

- chráněná pracovní místa pro mladé lidi se zdravotním postižením (ZTP,ZTP/P)
- čtrnáctidenní rehabilitační pobyty postižených dětí společně s jejich rodiči
- respitní péče¹² a osobní asistence ve speciálních školách
- stravování
- hipoterapie¹³ a canisterapie¹⁴
- v odborném týmu pracují dětský neurolog (vedoucí lékař), rehabilitační lékař, pediatr a ortoped, dále fyzioterapeuti, ergoterapeuti, dětsští psychologové, kliničtí logopedi a dětská sestra.

Pedagogicko-psychologické prostředky uceleného systému rehabilitace

Školy a školská zařízení pro děti a žáky s tělesným a kombinovaným postižením

Většinou od 3 let dochází děti do druhých tříd **mateřské školy** pro děti s tělesným postižením. I když má každá třída svá specifika, děti zde pracují podle programu výchovné práce ve speciální mateřské škole a navíc pravidelně dochází na individuální cvičení, ergoterapii, logopedii¹⁵, do rehabilitačního bazénu a na jiné terapie.

Povinnou školní docházku plní děti ve speciálních školách při DC ARPIDA. Podle svých dispozic navštěvují žáci základní školu speciální nebo základní školu praktickou. Pro děti s těžším kombinovaným postižením je k dispozici přípravný stupeň základní školy speciální a rehabilitační třída, ve které je zajištěno vzdělávání žáků, kteří nejsou aktuálně schopni zvládnout nároky základní školy speciální nebo praktické. Ve třídách speciálních škol je malé množství žáků a je s nimi pracováno v odděleních podle ročníků. I když jsou plně respektovány možnosti a dispozice každého žáka, je nutno splnit příslušné osnovy v každém typu školy, a to proto, že cílem není trvalá docházka

¹² **Respitní péče** je komplex služeb, jehož cílem je poskytnout pečujícímu příp. rodině, která pečuje o svého zdravotně postiženého člena (dítě, dospělého, seniora), čas k odpočinku a dovolené, zástup v době vykonávání jiných činností, než je péče příp. v době vlastní nemoci, hospitalizace apod.

¹³ **Hipoterapie** je rehabilitační metoda, která je doplňkovou terapií v celém procesu rehabilitace. Využívá impulsů, vznikajících při pohybu koně a přenášejících se na člověka, jež vedou k jeho pohybové reedukaci. Tato metoda v sobě zahrnuje nejen prvky fyzické, ale také psychické a sociální terapie.

¹⁴ **Canisterapie** je jednou z mnoha složek zooterapie (terapie za přítomnosti vhodných druhů zvířat), terapie (lčba), která využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka.

¹⁵ **Logopedie** - obor speciální pedagogiky, která se zabývá výchovou a vzděláváním dětí s vadami řeči a sluchu (jako jsou např. poškození sluchu, kochtavost a patlavost atd.).

žáků do těchto škol, ale jejich včasná a úspěšná integrace jako na běžných školách v místě bydliště.

Škola má být hrou, proto jsou interiéry tříd příjemné, aby se v nich žáci cítili dobře a měli zde vše, co pro svou práci potřebují. Ve škole nezvoní, práce má tvůrčí charakter a vždy je dostatek prostoru i pro potřebnou relaxaci.

Po vyučování mohou jít žáci do **školní družiny**, která má celkem 4 oddělení. I ve školní družině je dětem věnována komplexní rehabilitační péče. Vzhledem k tomu, že děti trpící DMO¹⁶ mají velmi často značné problémy se svým řečovým projevem, jsou významnými členy zdravotnického týmu též dva kliničtí logopedové a logopedická asistentka, které úzce spolupracují především s SPC¹⁷ při DC ARPIDA. Jejich úkolem je nejen vyrovnat se nejrůznějšími poruchami výslovnosti u dětí a případnými řečovými bariérami, ale také často děti učí alternativním způsobům komunikace.

Školská zařízení pro DC ARPIDA, o.p.s. sdružují:

Mateřskou školu

Základní školu

- Základní školu praktickou
- Základní školu speciální a rehabilitačně vzdělávací program

Praktickou školu dvouletou

Přípravný stupeň základní školy

Speciálně pedagogické centrum (SPC) pro děti s tělesným postižením

Středisko pro volný čas dětí a mládeže

Školní jídelnu a školní družinu

Léčebné prostředky uceleného systému rehabilitace

V dětském centru působí Nestátní zdravotnické zařízení při DC ARPIDA s týmem odborníků, který tvoří **4 odborní lékaři**:

- dětský neurolog, zároveň vedoucí lékař
- pediatr
- rehabilitační lékaři

Všichni odborní lékaři úzce spolupracují nejenom s ostatními odborníky DC ARPIDA, ale také s rodiči dětí s postižením. Lékaři pracují v DC ARPIDA na zkrácený pracovní úvazek.

¹⁶ **DMO** – dětská mozková obrna

¹⁷ **SPC** – speciálně pedagogické centrum

Dalšími členy zdravotnického týmu jsou:

- vrchní sestra
- fyzioterapeuti
- ergoterapeutky

Fyzioterapeutové často aplikují **Vojtovu metodu reflexní lokomoce**, ale i jiné metodiky. Právě na jejich kvalitní, pravidelné a trpělivé práci závisí úspěšnost celé rehabilitace. Předpokladem je **vzájemná důvěra a velmi úzká spolupráce** s rodinami dětí s postižením. Takto lze dosáhnout podstatného zlepšení jak manipulačních, tak lokomočních¹⁸ možností dítěte.

Vedle **individuálního cvičení** je pravidelně realizováno také **skupinové cvičení**.

Práce **ergoterapeutů** spočívá v tom, aby dítě bylo hravými aktivitami stimulováno k úkonům, které by jinak obtížně vykonalo. Opět lze každodenní trpělivou prací dosáhnout pozoruhodných výsledků, které nejsou samoučelné a jejich smyslem je vést dítě k maximální možné soběstačnosti.

Mezi léčebné prostředky patří:

Fyzioterapie (LTV¹⁹ s důrazem na Vojtovu metodu reflexní lokomoce)

Ergoterapie (propracována je především metodika dětské ergoterapie²⁰.)

Vodoléčba včetně cvičení v rehabilitačním bazénu

Magnetoterapie a elektroléčba

Termoterapie a akupunktura

Hipoterapie a canisterapie

1.9 Modelové chráněné bydlení v DC ARPIDA

Modelové chráněné bydlení je poslední složkou Uceleného systému rehabilitace v DC ARPIDA, které navazuje na ukončenou základní školní docházku, je propojeno s dvouletou praktickou školou a stává se základním stupněm pro chráněné bydlení, které je pro klienty DC ARPIDA stále ještě vzdálené.

Jak jsem již popsala výše, jedná se o dva cvičné bezbariérové byty s příslušenstvím a se zázemím pro osobní asistenty. Usnadňuje klientovu představu o

¹⁸ **Lokomoční** – pohybový

¹⁹ **LTV** – Léčebná tělesná výchova

²⁰ **Ergoterapie** je výcvik soběstačnosti v rámci běžných denních činností. Cílem terapie je zlepšení postižených funkcí a dosažení absolutní samostatnosti. V případě ochrnutí končetin ergoterapie zahrnuje i motorická cvičení.

samostatném bydlení, tak jak to realizují klienti, kteří jsou již dospělí a pracují např. v chráněných pracovištích.

Ukazuje se, že nácvik procesu bydlení, jež je pro klienty s tělesným a kombinovaným postižením věcí složitou, je nedílnou součástí ucelené rehabilitace. Umožňuje nenásilný přechod z rodinného prostředí a školy. Je tím pro klienta přirozenější a umožní mu plynulý přechod bez rizika stresu.

Vzhledem k tomu, že od 1.1.2007 vešel v platnost nový Zákon o sociálních službách, bylo nutné Modelové chráněné bydlení zahrnout do okruhu sociálních služeb, které jsou poskytovány smluvně. Vzor smlouvy o poskytování služby modelového chráněného bydlení uvádím v příloze č.2.

1.9.1 Charakteristika objektu Modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA

Modelové chráněné bydlení je provozováno ve dvou cvičných bezbariérových bytech, které jsou nedílnou součástí prostor dvouleté praktické školy. Budova modelového chráněného bydlení tudíž neslouží pouze svému samotnému účelu, ale dalším aktivitám a programům v DC ARPIDA.

Přístupnost a exteriér

Budova modelového chráněného bydlení se nachází za hlavní budovou DC ARPIDA a má tak svůj vlastní přístup. Naplňuje z tohoto důvodu také svůj smysl ohledně cvičení modelových činností. Klienti nemají pocit, že jdou do školy nebo na rehabilitaci, ale budují si pocit, že docházejí domů.

Vstup do prvního patra je zajištěn bezbariérovým výtahem. Budova má celkem tři vchody, přičemž jeden ze vchodů (uprostřed) je určen pro vstup klientů a pracovníků na vyučování v praktické škole.

Ostatní dva vstupy jsou určeny pro obyvatele modelového chráněného bydlení, kteří se v danou dobu zúčastňují turnusu modelového chráněného bydlení.

Budova Modelového chráněného bydlení splňuje veškeré požadavky a normy, jež jí ukládají příslušné právní předpisy.



Obr. 1 – Budova Modelového chráněného bydlení DC ARPIDA



Obr. 2 – Výtah zabezpečující přístup do 2.patra

Interiér

Interiér modelového chráněného bydlení tvoří přízemní část, ve které se nachází třída dvouleté praktické školy a dva cvičné bezbariérové byty s příslušenstvím. V prvním patře jsou obytné prostory s příslušenstvím, původně určené pro osobního asistenta, ale nyní jsou z organizačních důvodů využívány jako třídy základní školy praktické a speciální.

Interiéry modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA splňují veškeré požadavky na bezbariérovost.

Oba cvičné byty jsou účelově vybaveny a příslušenství pro oba byty je naprosto stejné. K bytům, stejně tak i ke třídě dvouleté praktické školy, náleží bezbariérová kuchyň s příslušenstvím (lednice, mikrovlnná trouba, varná konvice, nádobí a ostatní kuchyňské potřeby, žehlička, apod.). V obou kuchyních, které přísluší ke cvičným bytům, není z bezpečnostních důvodů zabudován klasický sporák, ale pro potřeby výuky modelových činností (vaření, pečení) je v kuchyňské lince zabudován elektrický dvouplotýnkový vařič a přenosná elektrická trouba.



Obr. 3 – Kuchyň v bytě č.1



Obr. 4 - Kuchyň ve třídě praktické školy

Další nedílnou součástí modelového bydlení je sociální zařízení. V prvním modelovém bytě je koupelna se sprchovým koutem a bezbariérovým záchodem a ve druhém bytě je koupelna s bezbariérovou vanou a záchodem. Obě koupelny mají bezbariérová umyvadla s nastavitelným zrcadlem.

Do obou z koupelen je zabezpečen samostatný přístup, stejně jako do samotných cvičných bytů.



Obr.5 – Sprchový kout



Obr.6 – Bezbariérový záchod



Obr.7 – Koupelna s bezbariérovou vanou



Obr. 8 – Umyvadlo s nastavitelným zrcadlem



Obr.9 – Bezbariérové dveře

1.9.2 Klienti modelového chráněného bydlení

Klienty Modelového chráněného bydlení jsou žáci dvouleté praktické školy při DC ARPIDA, tedy děti s tělesným a kombinovaným postižením. Do dvouleté praktické školy nastupují ze stupně Základní školy speciální a praktické.

Ročník dvouleté praktické školy navštěvuje 5 žáků (momentálně 4 dívky a 1 chlapec), přičemž dva žáci, kteří jsou vždy zařazeni do programu modelového chráněného bydlení, se po skončení školní výuky, věnují právě modelovým činnostem v modelovém chráněném bydlení.

1.9.3 Průběh modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA

Pro žáky dvouleté praktické školy, kteří jsou zařazeni do modelového chráněného bydlení začíná celý tříměsíční turnus vstupním ergoterapeutickým hodnocením (pokud již klienti DC ARPIDA nebyli hodnoceni dříve, před vstupem do modelového chráněného bydlení), které provádí ergoterapeut. Toto ergoterapeutické hodnocení v sobě zahrnuje následující dílčí hodnocení:

Test funkční míry nezávislosti (FIM TEST)

Tento test nehodnotí pouze míru soběstačnosti a lokomoce, ale navíc i komunikaci a sociální dovednosti. (Viz příloha č. 3 a č. 4)

Barthelův test běžných denních činností (Barthelův index BADL²¹ a IADL²²)

- a) BADL – jedná se o jednoduché a rychlé hodnocení, hodnotící škála je 0, 5, 10 nebo 15 bodů. (Viz. příloha č.5)
- Provede sám: 10 – 15 bodů
 - Provede s pomocí: 5 bodů
 - Neprovede: 0 bodů
- b) IADL – opět jednoduchý a rychlý test pro rychlé hodnocení rozšířených aktivit všedního dne. Hodnotící škála je stejná jako u předchozího testu BADL.
- (Viz. příloha č.6)

²¹ **BADL** – Basal activity of daily Living = základní aktivity všedního dne

²² **IADL** – Instrumental activity of daily Living = rozšířené aktivity všedního dne

Hodnocení modelových činností

Jedná se o nestandardizované hodnocení (viz. Příloha č.9 – Hodnocení modelových činností v DC ARPIDA). Ergoterapeut si zvolí vybranou modelovou činnost v níž sleduje následující body:

- Postoj k činnosti
- Manuální dovednosti
- Sociální kontakt
- Snášitelnost zátěže
- Zapojení postižených částí těla
- Kvalita práce
- Motivace k práci

V závěru provádí ergoterapeut slovní hodnocení s vlastním doporučením.

Harmonogram turnusu modelového chráněného bydlení

Ještě před uzavřením smlouvy o využívání služby modelového chráněného bydlení, je nutné provést již výše zmíněné ergoterapeutické hodnocení. Pokud byl již klient hodnocen dříve, výsledky tohoto vyšetření jsou brány jako součást vstupního ergoterapeutického hodnocení.

Tříměsíční turnus modelového chráněného bydlení je prvních pět týdnů realizován zhruba 3-4 hodiny denně – do 16:00 hodin po skončení rozvrhu ve dvouleté praktické škole. Následující 3 týdny probíhá nácvik modelových činností do 18:00 hod., další 2 týdny do 20:00 hod. Celý tříměsíční turnus je zakončen víkendovým pobytem s noclehem.

V zájmu pravidelnosti jsou s klienty nacvičovány modelové činnosti, u kterých je striktně dodržována jejich pravidelnost.

Tabulka 1 – Harmonogram modelových činností

Den	Během celého týdne, dle uvážení osobního asistenta, probíhá nácvik rozšířených aktivit všedního dne:	Modelová činnost	Poznámka
Pondělí	- běžný úklid	- nákup potravin na celý týden v supermarketu GLOBUS, z nichž se připravují svačiny a večeře - příprava svačiny - příprava večeře - drobný úklid	Večeři připravují pouze pokud probíhá MB do 18 nebo do 20 hod.
Úterý	- návštěva pošty - návštěva úřadu - návštěva lékaře	- příprava svačiny - příprava večeře - drobný úklid	Večeři připravují pouze pokud probíhá MB do 18 nebo do 20 hod.
Středa	- návštěva holiče - žehlení - péče o zahradu a okolí domu	- příprava svačiny - příprava večeře - drobný úklid	Večeři připravují pouze pokud probíhá MB do 18 nebo do 20 hod.
Čtvrtek	- žehlení - ruční praní	- příprava svačiny - příprava večeře - drobný úklid	Večeři připravují pouze pokud probíhá MB do 18 nebo do 20 hod.
Pátek	- telefonování - vyřizování vzkazů - příprava a plánování jednoduchých pokrmů	- příprava svačiny - příprava večeře - „Velký“ úklid – na závěr týdne (vysávání, utírání prachu, vytírání podlahy, apod.)	Večeři připravují pouze pokud probíhá MB do 18 nebo do 20 hod.
Sobota		- příprava snídaně - příprava svačiny - příprava oběda - příprava večeře	
Neděle		- příprava snídaně - příprava svačiny - příprava oběda - příprava večeře	

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jaký přínos má pro klienty a jejich rodiče, projekt modelového chráněného bydlení v DC Arpida, na kolik jsou klienti po absolvování turnusu schopni zvládat základní prvky sebeobsluhy, tzn. jaká je míra samostatnosti klienta při bydlení a dále zjistit, jak projekt hodnotí rodiče klientů a jak je hodnocena spolupráce s rodiči pracovníky DC Arpida.

2.2 Hypotézy a metody jejich ověřování

2.2.1 *Východisková hypotéza*

Předpokládám, že Modelové chráněné bydlení přispívá k získání klientovy soběstačnosti a získání důležitých prvků sebeobsluhy, přispívá tak k jeho integraci do společnosti a je tudíž nedílnou součástí procesu ucelené rehabilitace.

2.2.2 *Použité metody ověřování*

Pro ověřování východiskové hypotézy jsem zvolila metodu analýzy dokumentů, resp. Metodu sekundární analýzy dat. Pro sekundární analýzu dat byly použity výsledky vstupních a výstupních ergoterapeutických hodnocení klientů, kteří již absolvovali turnus Modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA.

2.2.3 *Pracovní hypotéza*

Předpokládám, že rodiče dětí, které jsou uživateli služeb DC ARPIDA mají zájem na tom, aby se jejich děti zúčastňovaly projektu modelového chráněného bydlení, dále mají zájem na tom, aby se úspěšně integrovaly do společnosti a zvýšila se tak jejich šance na samostatný život.

2.2.4 *Použité metody ověřování*

Pro ověřování pracovní hypotézy jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Cílovou skupinu tvořili rodiče dětí, které jsou uživateli služeb DC ARPIDA.

3. METODIKA

Okruhy metod a technik kvalitativního a kvantitativního výzkumu není možné přesně rozlišit, protože mnohé se, po případné lehké modifikaci, využívají jak v jednom, tak i v druhém typu výzkumu.

3.1 Použité metody

Při výzkumu byly použity tyto metody a techniky: metoda dotazníkového šetření a metoda analýzy dokumentů, resp. Sekundární analýzy dat.

- **Dotazník** rozdaný 70 respondentům (rodičům dětí, kteří jsou uživateli služeb DC ARPIDA)
- **Analýza dokumentů**, resp. sekundární analýza dat, která byla zpracována pro účely modelového bydlení DC ARPIDA. Jedná se o vstupní a výstupní ergodiagnostická hodnocení klientů, kteří se zúčastnili turnusu modelového bydlení DC ARPIDA.

3.1.1 Pojmy v teoretické rovině

Dotazník

Dotazník patří mezi vysoce efektivní metodu, která může postihnout velký počet jedinců při relativně nízkých nákladech. Dále umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců, kdy anonymita je relativně přesvědčivá. Jeho výhoda je, že respondent odpovídá písemně na otázky tištěného formuláře. Dotazník však klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného, je snadné přeskočit otázky či neodpovědět vůbec.

V dotaznících se používá různé systematické třídění otázek. Nejčastěji se používají tato základní hlediska třídění:

- podle toho, zda otázka obsahuje už alternativy odpovědí či nikoli, se otázky člení na uzavřené, otevřené a polootevřené,
- podle toho, zda otázka má zjevný či skrytý význam, se člení na přímé a nepřímé,

- podle funkce otázky v dotazníku se dělí otázky na instrumentální a meritorní²³,
- podle toho, zda se při dotazování používají nějaké pomůcky či nikoli, se rozlišují otázky na ty, které vystačí jen s verbálním dotazem, a na ty, kde se vyžadují různé pomůcky (kartičky, obrázky, videozáznamy apod.). (Strauss, Corbinová, 1999)

Sestavení dobrého dotazníku je náročnou odbornou činností, která vyžaduje velkou představivost a intuici. Podle A. Strausse a J. Corbinové je možné se při sestavení dotazníku vyvarovat chybám dodržением následujících zásad:

- otázky musí být co nejjednodušší, jasné a srozumitelné, bez používání cizích slov a odborných výrazů,
- otázky nesmějí být sugestivní tak, aby už předem navozovaly odpověď,
- otázky musí být jednoznačné,
- pokud se zachycuje hodnocení respondenta na nějaké škále, musí se umožnit hodnocení vždy na plné stupnici, třeba od pozitivního, přes neutrální k negativnímu,
- otázky nesmějí být příliš dlouhé,
- v uzavřených otázkách mají mít varianty odpovědí stejnou úroveň obecnosti a také přibližný rozsah, atd.

Analýza dokumentů, sekundární analýza dat

Jde o klasickou metodu, je to analýza jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem našeho výzkumu. Dokumentem je v sociologii chápán jakýkoliv způsob zachycení informace na hmotném médiu. Podle tohoto média je možné dokumenty dělit na dokumenty tištěné nebo psané na papíře, dokumenty na magnetofonových páscích, na videozáznamech, fotografiích atd. Společenské jevy se zkoumají na základě oficiálních, osobních či jiných dokumentů. Sociologické informace jsou z nich získávány na základě analýzy významu, což je neúčinnější metoda analýzy písemných dokumentů. Obsahová analýza dokumentů je kvantitativní, objektivní analýza sdělení jakéhokoliv druhu. Může se zabývat jak obsahem sdělení, tak jeho formou, autorem i adresátem takového sdělení.

²³ **Meritorní** – věcný, podstatný

Do dokumentů řadíme např.: úřední statistiky, novinové články, osobní deníky, plakáty, letáky, osobní korespondenci atd.

3.2 Výzkumný soubor

3.2.1 Plán výběru a popis výzkumného souboru

Při výzkumu je nutné navrhnout plán výběru, který musí obsahovat tato rozhodnutí:

- populace (základní soubor) - kdo má být pozorován,
- velikost výběrového souboru (vzorku) - kolik lidí by mělo být pozorováno,
- vytváření výběrového souboru (vzorku) - jak by měli být respondenti vybíráni, přičemž výběr může být:
 - a) náhodný (pravděpodobnostní)**, v němž má každá jednotka populace stejnou pravděpodobnost, že bude vybrána. Tento výběr se dělí ještě na náhodný systematický, náhodný vícestupňový a náhodný stratifikovaný (oblastní) výběr,
 - b) kvótní**, který imituje ve struktuře vzorku známé vlastnosti populace (zpravidla určíme 2-3 identifikační znaky, pro něž se v tomto případě užívá označení kvótní znaky),
 - c) účelový (Caravan test)**, vybíráme osoby vyskytující se v nějaké řadě (v kině, v obchodním domě, na ulici), výzkumník musí přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek opravdu reprezentuje,
 - d) snowball sampling (technika „sněhové koule“)**, spočívá v postupném výběru jedinců, při kterém nás nějaký původní informátor vede k jiným členům cílové skupiny (např. výzkum vlivných osob ve vsi, výzkum konkurence atd.).

a) Dotazníkové šetření:

Pro dotazníkové šetření byl použit účelový plán výběru (Caravan test), přičemž jako populace byla vybrána skupina rodičů, jejichž děti navštěvují DC ARPIDA a využívají jeho služeb. Jednalo se o celkem 70 rodičů, přičemž nebylo rozlišováno, jaké konkrétní služby rodiče se svými dětmi v DC ARPIDA využívají a počet rodičů byl limitován počtem dětí, které DC ARPIDA navštěvují. Z výzkumného vzorku byla vyjmuta skupina rodičů, jejichž děti navštěvují mateřskou školu.

Cílem dotazníku bylo:

- a. Zmapovat základní anamnestické údaje respondentů,
- b. zjistit, zda rodiče dětí, navštěvujících DC ARPIDA mají zájem, aby se jejich děti zúčastňovali turnusu modelového chráněného bydlení, zda se individuálně připravují na samostatné bydlení,
- c. zjistit, jakou mají představu o zvládnání samostatného bydlení a trávení volného času jejich dítěte,
- d. zjistit, zda rodiče chtějí, aby se jejich děti zapojovaly do pracovního procesu a jaký je jejich názor na zaměstnávání zdravotně postižených.

Výzkumný vzorek mé práce činilo 70 respondentů. Jednalo se o rodiče dětí, které jsou uživateli služeb Dětského centra ARPIDA v Českých Budějovicích. Z celkového počtu 70 respondentů, dotazník vyplnilo a vrátilo celkem 28 respondentů. Návratnost zpracovaných dotazníků byla 40%.

V dotazníku byly použity následující typy otázek:

Druhy otázek	Absolutní četnost	Relativní četnost	Výčet
Uzavřené	13	59,1%	I/1,I/2,I/3,I/4,I/5,II/1,II/2,II/3,II/6,II/8,III/2,III/5,III/8
Otevřené	2	9,1%	III/3,III/7
Polootevřené	5	22,7%	I/6,II/5,II/7,III/1,III/6
Filtrační	2	9,1%	II/4,III/4
Celkem	22	100,0%	

U některých otázek měli respondenti možnost uvést více než jednu z nabízených možností, tudíž ve výsledném součtu může dojít k převýšení celkového počtu 28 odpovědí.

Tabulka 2 – Výzkumný soubor u dotazníkového šetření

Dotazníkové šetření	
Populace	Rodiče dětí, kteří jsou uživateli služeb DC ARPIDA v Č.Budějovicích
Velikost výběrového souboru	70 rodičů
Vytváření výběrového souboru	Caravan test – účelový plán výběru

b) **Analýza dokumentů, sekundární analýza dat:** Pro sekundární analýzu dat byla použita vstupní a výstupní ergoterapeutická hodnocení, která jsou prováděna během turnusu modelového chráněného bydlení v DC ARPIDA. Jednalo se o Bartelův index IADL a FIM Test. Konkrétně byly použity hodnoty vstupního a výstupního testování klientů. Porovnání výsledků vstupního a výstupního hodnocení nám ukáže, jak klientům turnus modelového chráněného bydlení prospěl, zda se zvýšila jejich soběstačnost v rozšířených aktivitách všedního dne a zda se zvýšila jejich celková míra soběstačnosti.

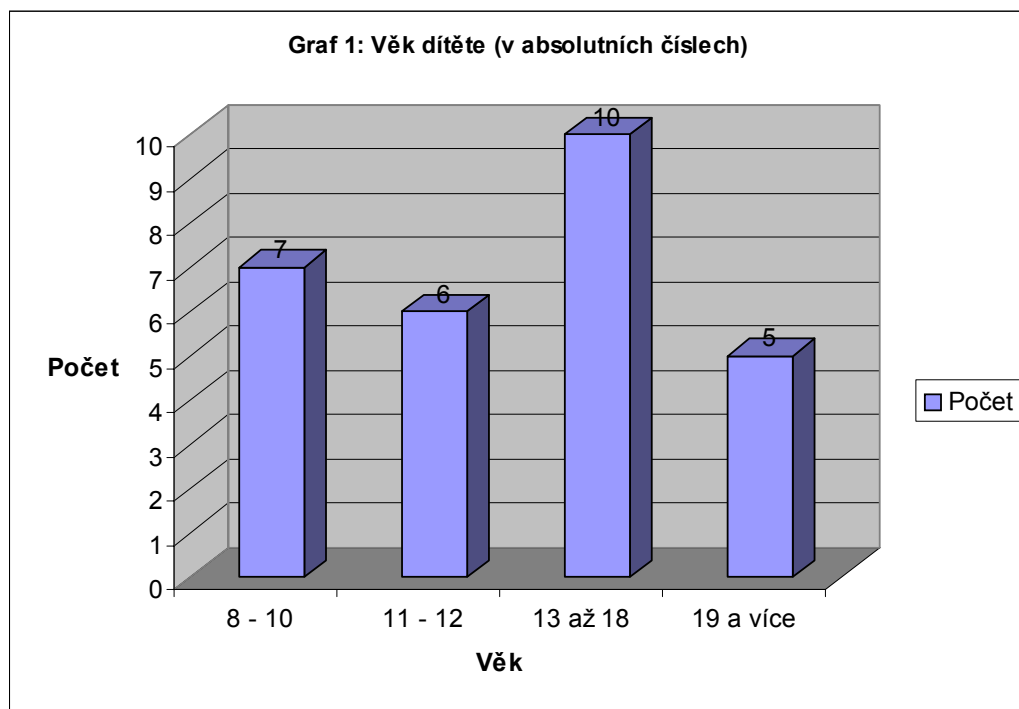
Tabulka 3 – Výzkumný soubor u sekundární analýzy dat

Sekundární analýza dat	
Populace	Klienti, kteří již absolvovali turnus Modelového chráněného bydlení a byli v jeho rámci testováni ergoterapeutem
Velikost výběrového souboru	5 klientů
Vytváření výběrového souboru	Caravan test (účelový plán výběru)

4. VÝSLEDKY

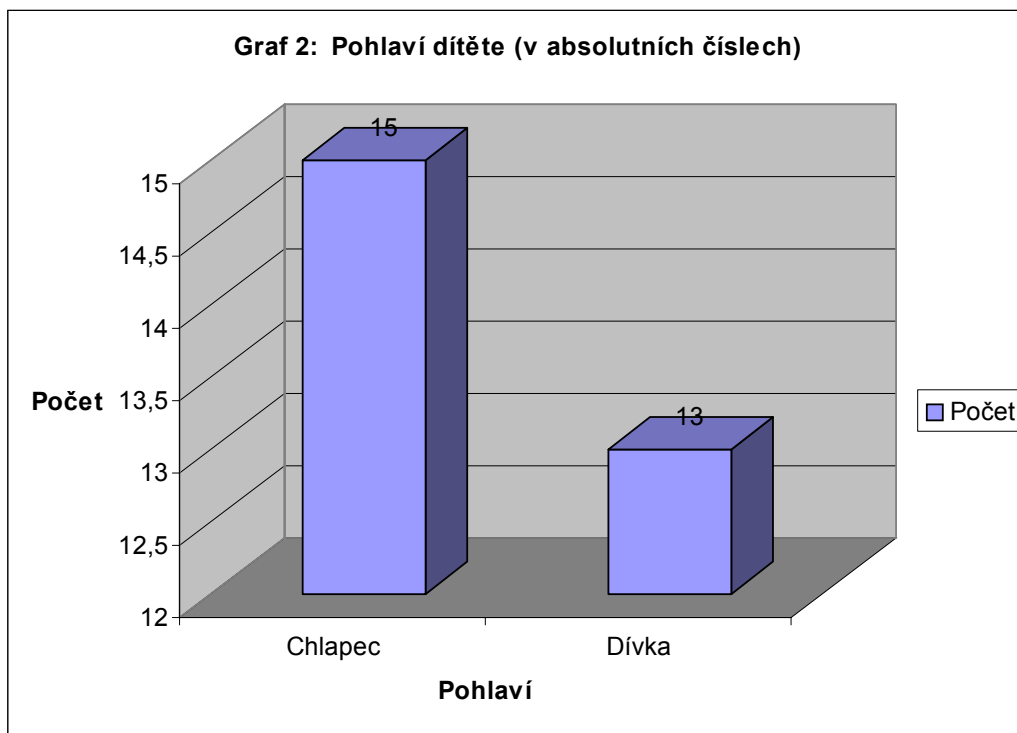
4.1 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Oddíl I.: Základní anamnestické údaje



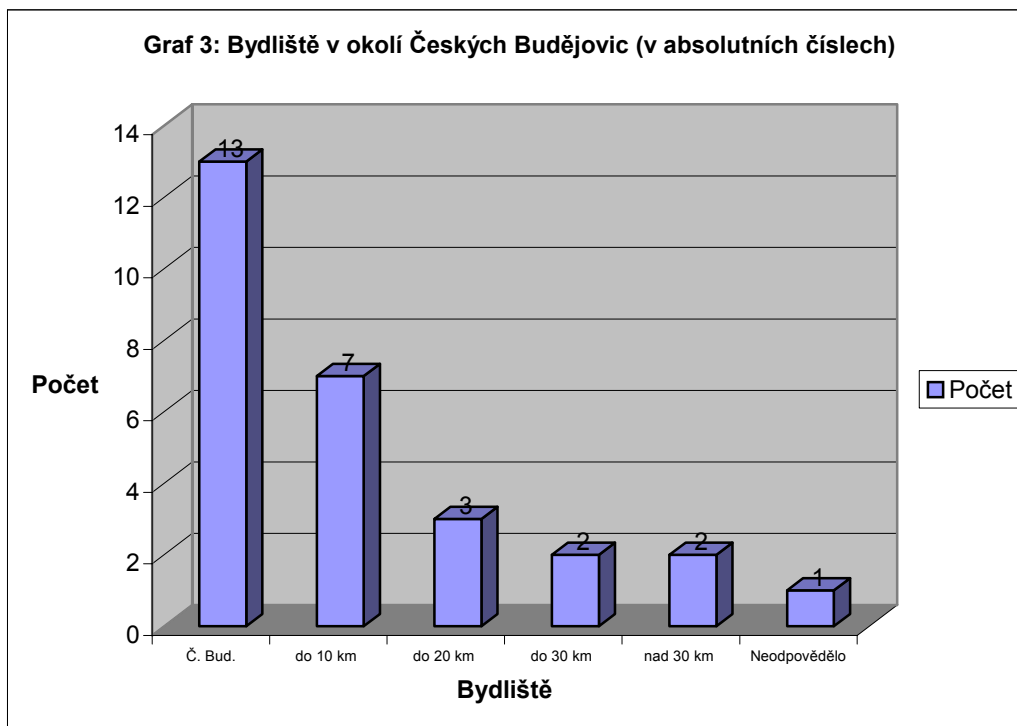
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 se vztahuje k otázce č. I/1: Jaký je věk dítěte? Znávorňuje věkové zastoupení dětí v DC ARPIDA, jejichž rodiče byly respondenty tohoto dotazníku.



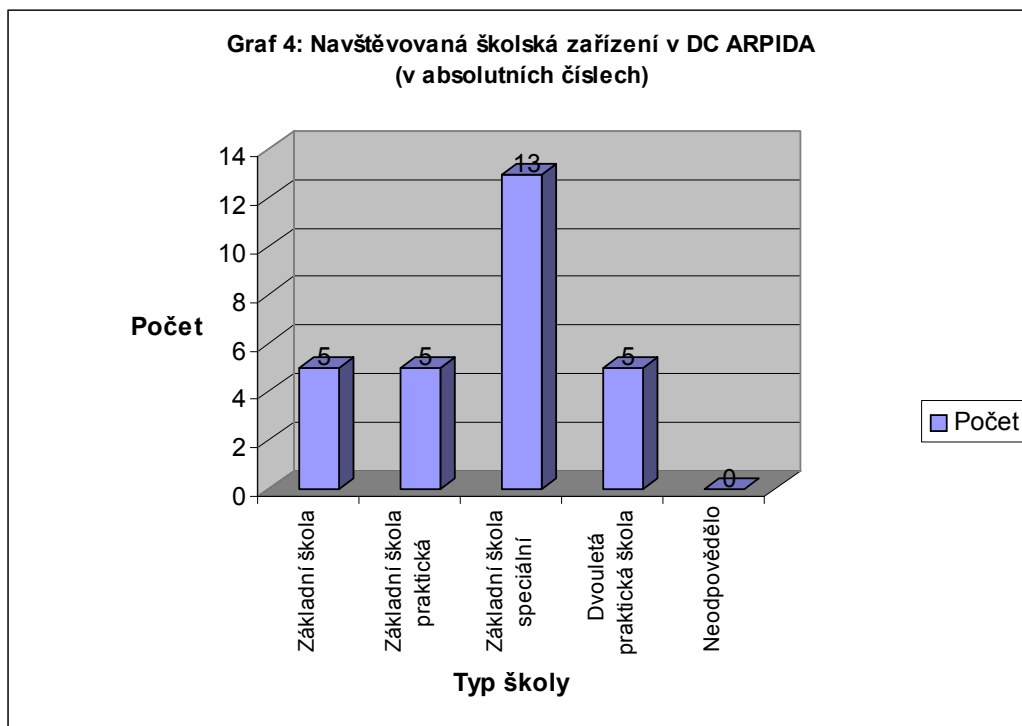
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 se vztahuje k otázce č. 1/2: Jakého pohlaví je dítě? Znáznorňuje počet chlapců a dívek v DC ARPIDA, jejichž rodiče byly respondenty tohoto dotazníku. 15 respondentů (53,6%) jsou rodiče chlapců a 13 respondentů (46,4%) jsou rodiče dívek.



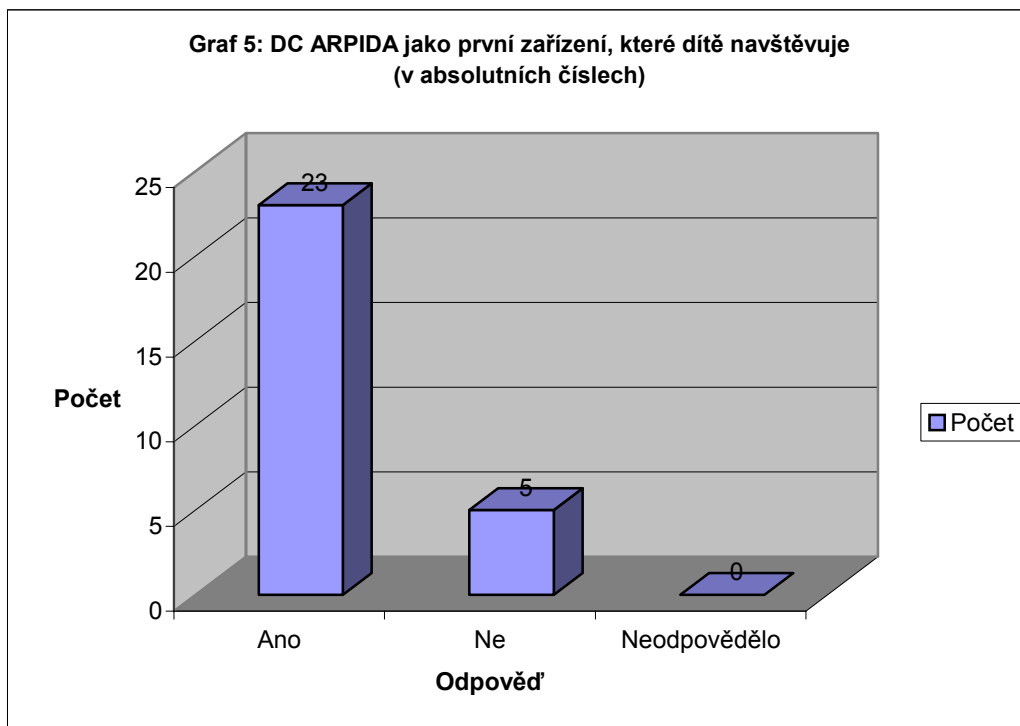
Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 3** se vztahuje k otázce č.1/3: Bydliště je v Českých Budějovicích nebo v okolí? Vypovídá o tom, že celkem 13 respondentů (46,4%) je přímo z Českých Budějovic, ostatní, celkem 15 respondentů (53,6%) bydlí mimo České Budějovice a do DC ARPIDA své děti denně dovážejí.*



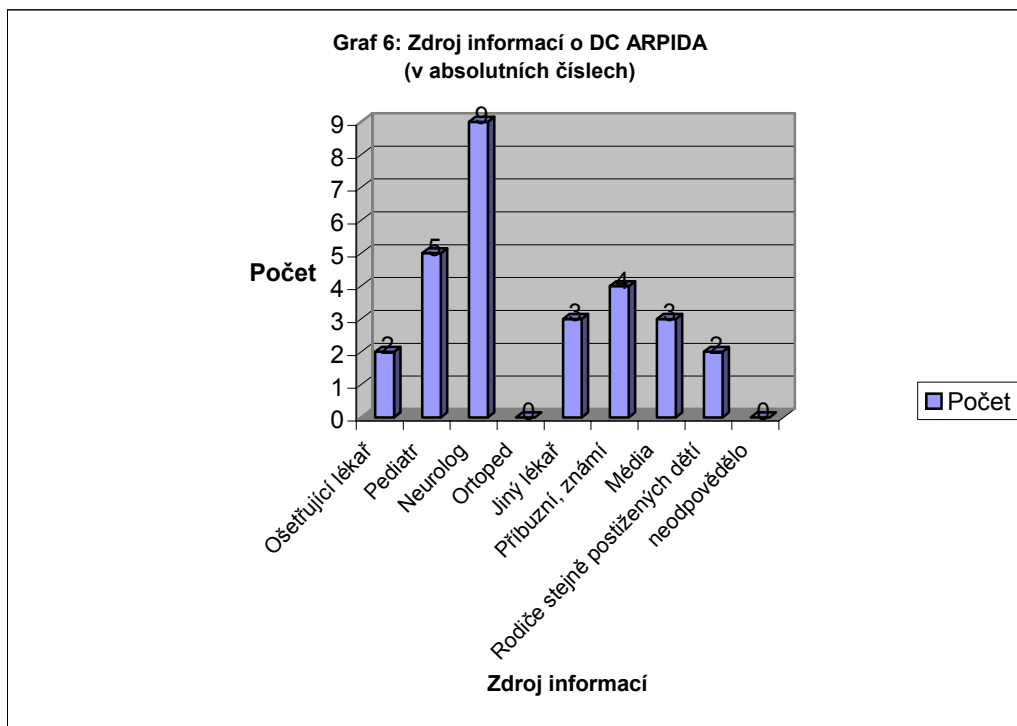
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 se vztahuje k otázce č. 1/4: jakou školu v DC ARPIDA Vaše dítě navštěvuje? Převážná většina respondentů (46,4% - celkem 13 respondentů) uvedla Základní školu speciální, 5 respondentů (17,9%) Základní školu, 5 respondentů (17,9%) Základní školu praktickou a 5 respondentů (17,9%) Dvouletou praktickou školu.



Zdroj: Vlastní výzkum

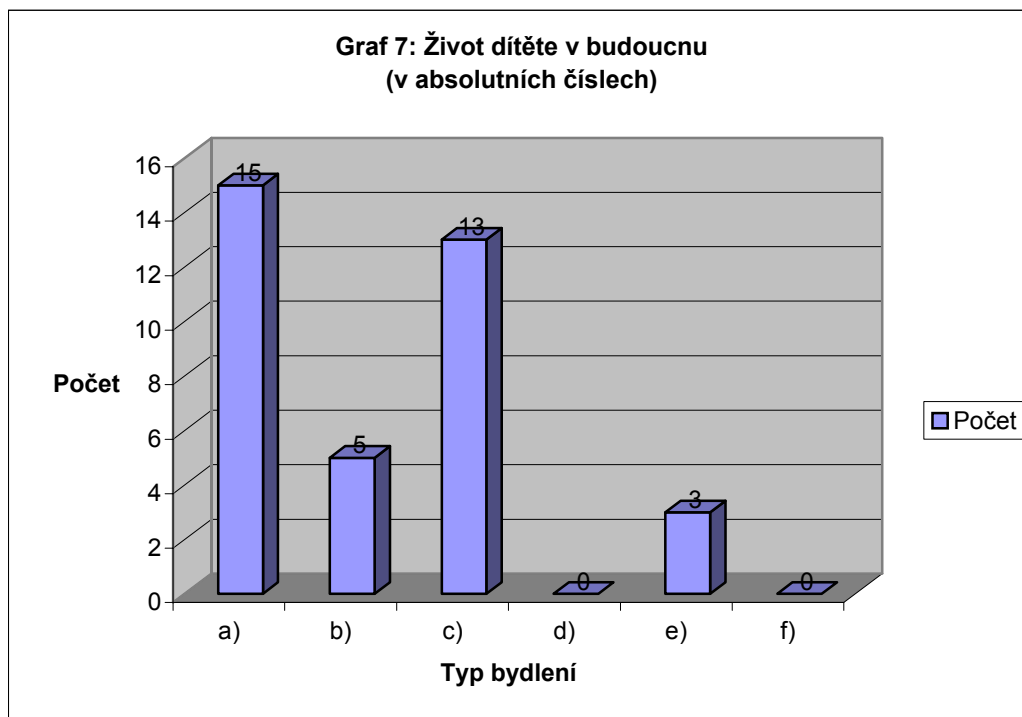
Graf 5 se vztahuje k otázce č. 1/5: je DC ARPIDA prvním zařízením, které Vaše dítě navštěvuje? Převážná většina respondentů (82,1%, celkem 23 odpovědi) uvedla, že je DC ARPIDA prvním zařízením, které jejich dítě navštěvuje a 5 respondentů (17,9%) z celkového počtu uvedlo zápornou odpověď.



Zdroj: Vlastní výzkum

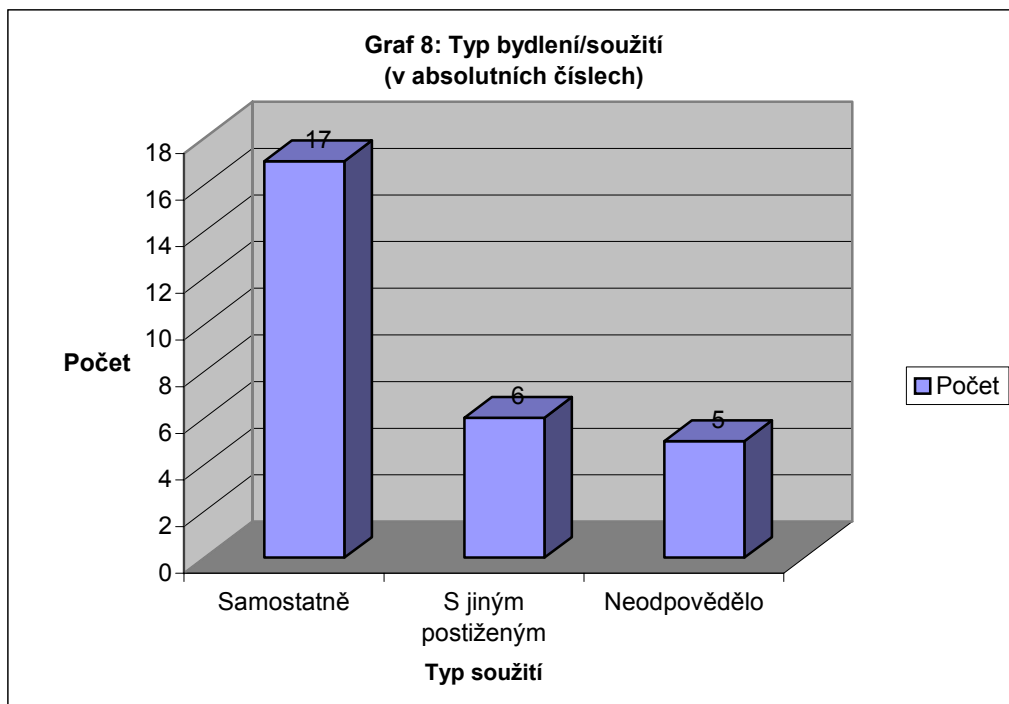
Graf 6 se vztahuje k otázce č. 1/6: *Jak jste se o DC ARPIDA dozvěděli? Nejvýznamněji zastoupenou odpovědí, v celkovém počtu 9 je neurolog (32,1%), 5 respondentů uvedlo pediatra (17,9%), 4 respondenti uvedli své příbuzné a známé (14,3%). Zbytek respondentů (celkem 10) uvádělo další možnosti: ošetřující lékař, jiný lékař, média nebo rodiče stejně postižených dětí (35,7%).*

Oddíl II.: Otázky týkající se bydlení



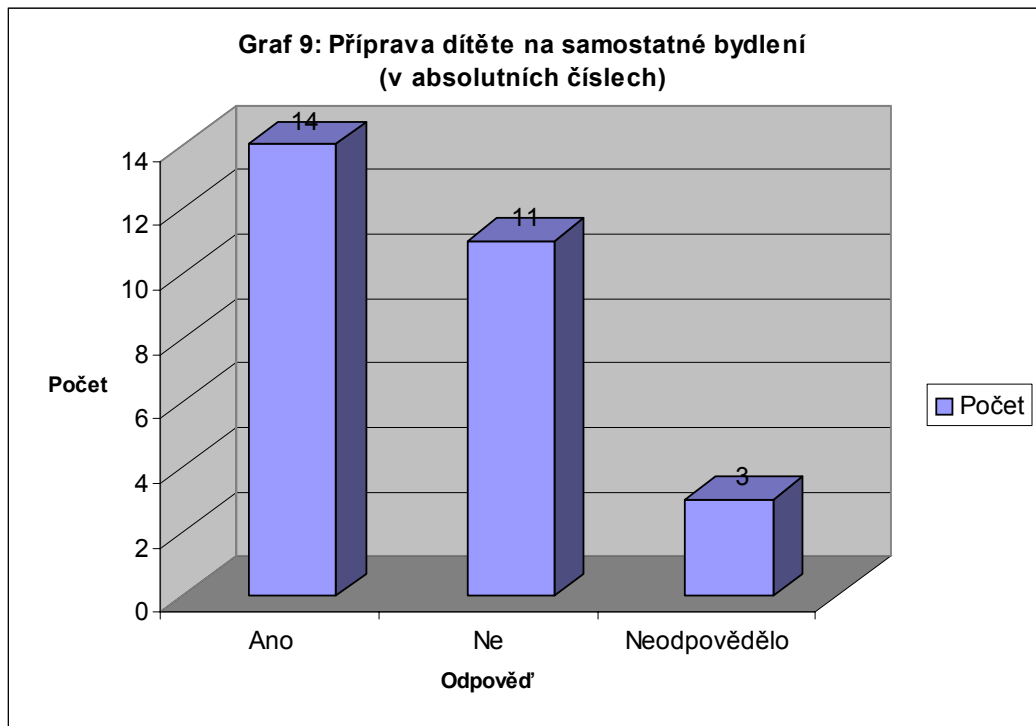
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 se vztahuje k otázce II/1: *Přejeme si, aby naše dítě v budoucnu...* Celkem 15 respondentů (41,7%) uvedlo možnost a) žilo samostatně ve vlastním bytě s dohledem širší rodiny. 13 respondentů (36,1%) uvedlo možnost c) Žilo ve své dnešní rodině, 5 respondentů (13,9%) uvedlo možnost b) žilo ve svém vlastním bytě s dohledem širší rodiny a sociálního asistenta a 3 respondenti (8,3%) uvedli možnost e) V chráněném bydlení. Žádný z respondentů si nepřál, aby jeho dítě žilo v Ústavu sociální péče.



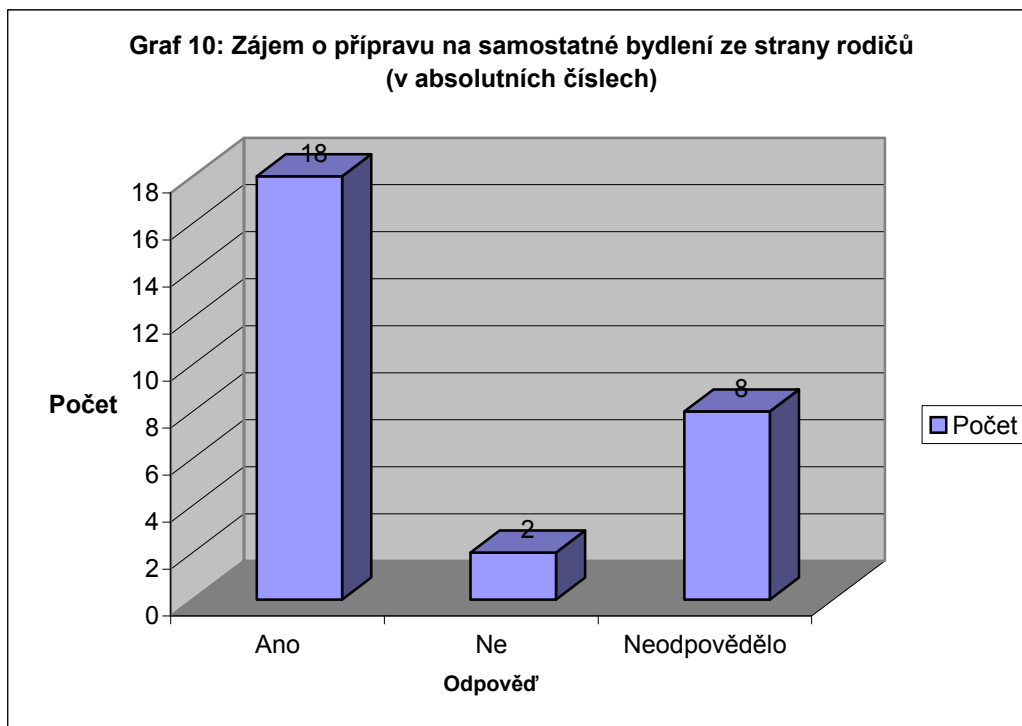
Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 8** se vztahuje k otázce č. II/2: Přejeme si, aby naše dítě žilo... Celkem 17 respondentů (60,7%) si přálo, aby jejich dítě žilo samostatně, bez „spolubydličího“, 6 respondentů (21,4%) uvedlo přání, aby jejich dítě žilo i s jiným zdravotně postiženým a celkem 5 respondentů (17,9%) na tuto otázku neodpovědělo.*



Zdroj: Vlastní výzkum

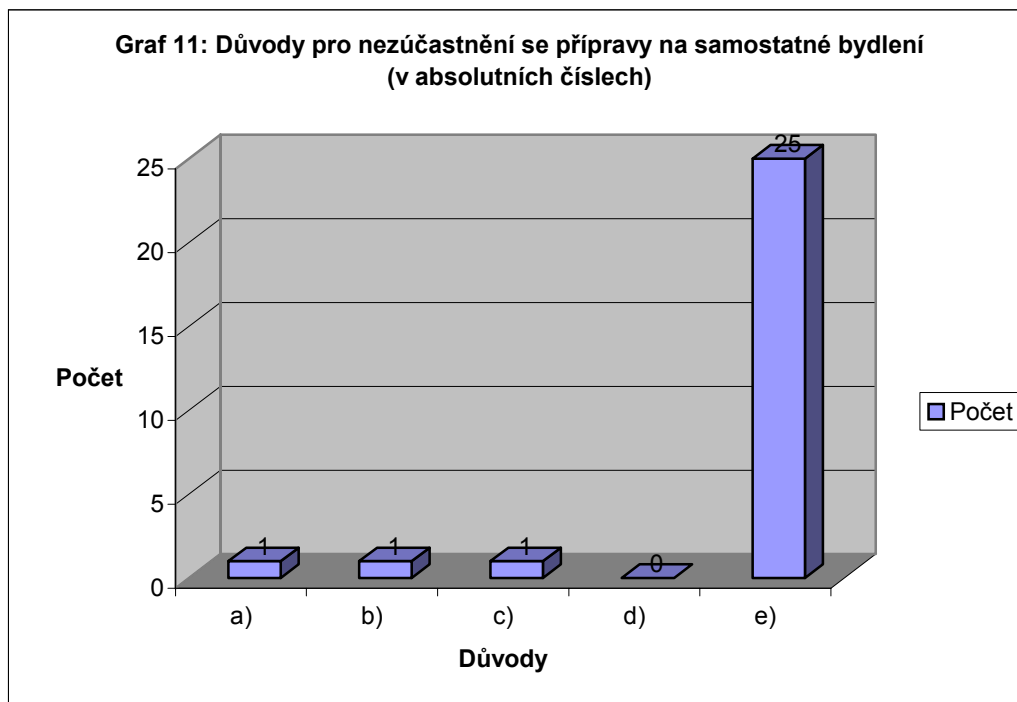
***Graf 9** se vztahuje k otázce č. II/3: **Připravuje se Vaše dítě na samostatné bydlení?** Celkem 14 respondentů (50%) uvedlo kladnou odpověď. 11 respondentů (39,3%) odpovědělo záporně a 3 respondenti (10,7%) na tuto otázku neodpověděli.*



Zdroj: Vlastní výzkum

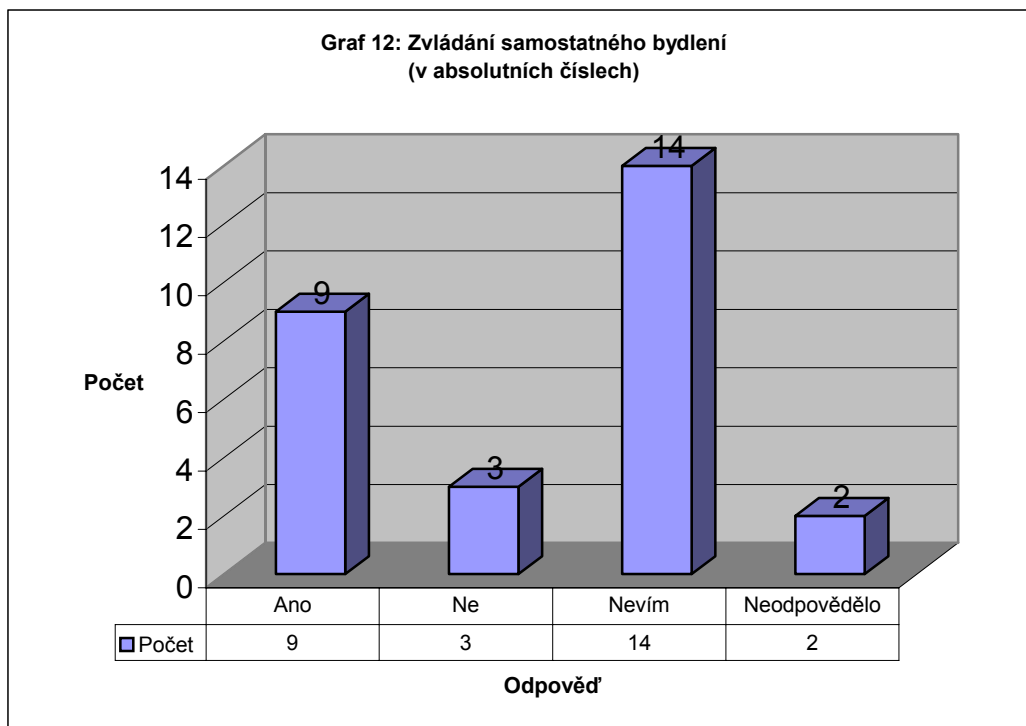
Graf 10 se vztahuje k otázce č.II/4: Máte zájem o to, aby se Vaše dítě připravovalo na samostatné bydlení? Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli záporně, aby byli vyloučeni respondenti, jejichž děti se nezúčastňují přípravy na samostatné bydlení, např. pouze z důvodu věkové hranice.

Celkem 18 respondentů (64,3%) uvedlo kladnou odpověď – tedy, že mají zájem o to, aby se jejich dítě zúčastnilo přípravy na samostatné bydlení, 2 respondenti (7,1%) uvedli zápornou odpověď a celkem 8 respondentů (28,6%) na tuto otázku neodpovědělo. Z čehož vyplývá, že na tuto otázku mělo odpovědět pouze 11 nebo maximálně 14 respondentů.



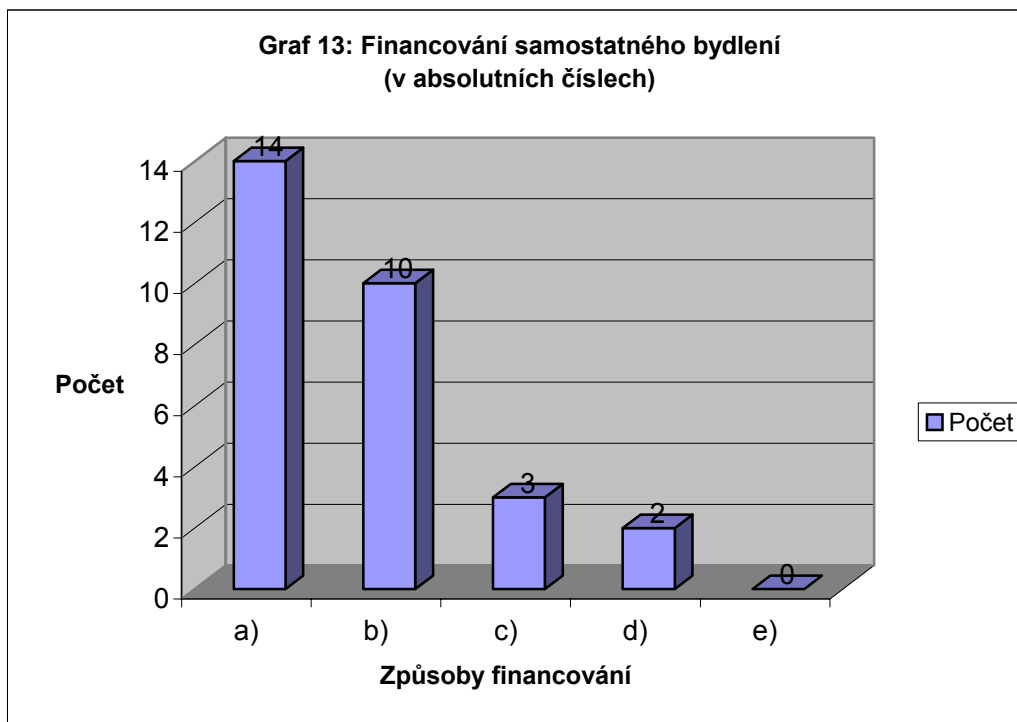
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 se vztahuje k otázce č. II/5: Z jakého důvodu nechcete, aby se Vaše dítě zúčastňovalo přípravy na samostatné bydlení? U této otázky měli respondenti možnost odpovídat vlastními slovy a uvádět vlastní možnosti. Na otázku neodpovědělo celkem 25 respondentů (89,3%), a 3 respondenti (10,7%) uvedli jako důvody a) Věk dítěte (1 odpověď), b) Myslím, že na to nemá (1 odpověď) a jako poslední uvedený důvod byl c) Myslím, že to zvládne i bez modelového bydlení (1 odpověď).



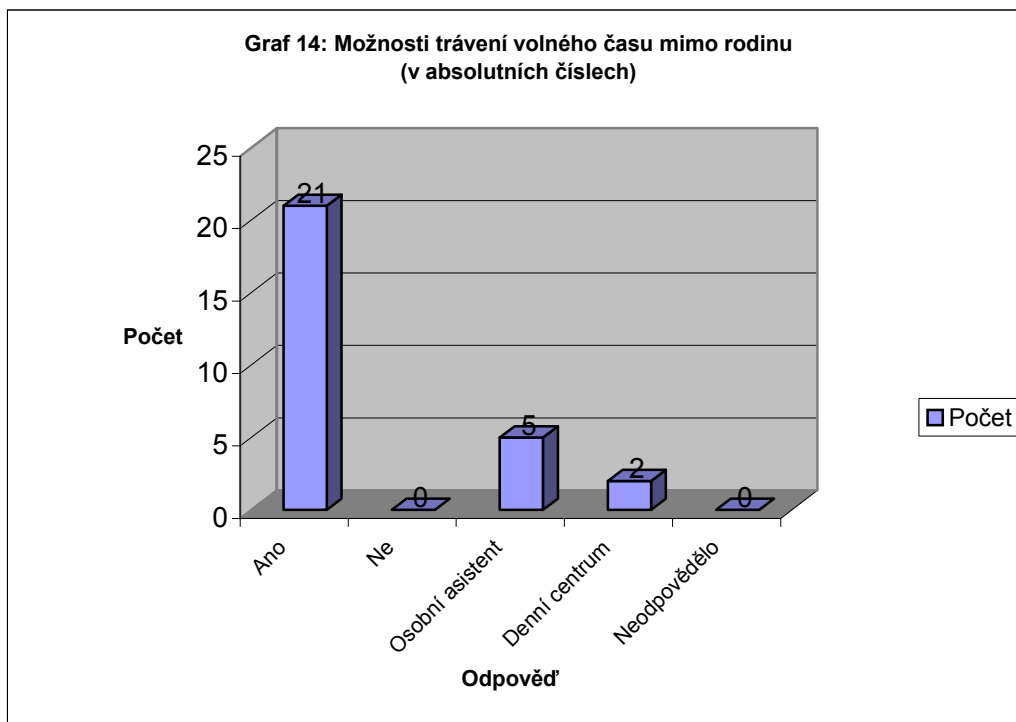
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 se vztahuje k otázce č. II/6: *Máte pocit, že by Vaše dítě zvládalo nějakou formu samostatného bydlení?* Na tuto otázku odpovědělo kladně celkem 9 respondentů (32,1%), záporně celkem 3 respondenti (10,7%) a celkem 14 respondentů (50%) zvolilo odpověď *nevím*. Na tuto otázku neodpověděli 2 respondenti (7,1%).



Zdroj: Vlastní výzkum

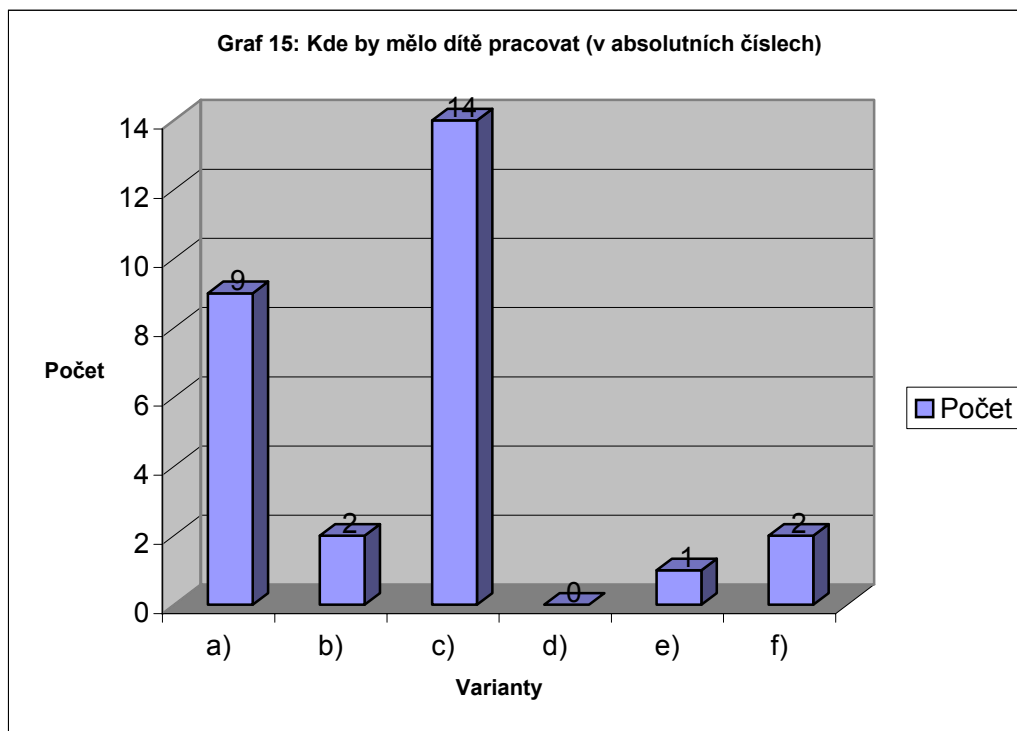
***Graf 13** se vztahuje k otázce č. II/7: Jakou máte představu o financování bydlení? Celkem 14krát (48,3%) byla zvolena varianta a) Z příjmů ze zaměstnání a z invalidního důchodu. Možnost b) Z invalidního důchodu a příspěvku na péči byla zvolena celkem 10krát (34,5%), 3krát (10,3%) byla zvolena možnost c) Z rodinných peněz a možnost d) uvést jinou variantu byla zvolena 2krát (6,9%), a byly uvedeny tyto způsoby financování: Ze státního příspěvku nebo Kombinací již uvedených odpovědí. Respondenti, kteří odpovídali na tuto otázku měli možnost zvolit více než jednu z možných variant.*



Zdroj: Vlastní výzkum

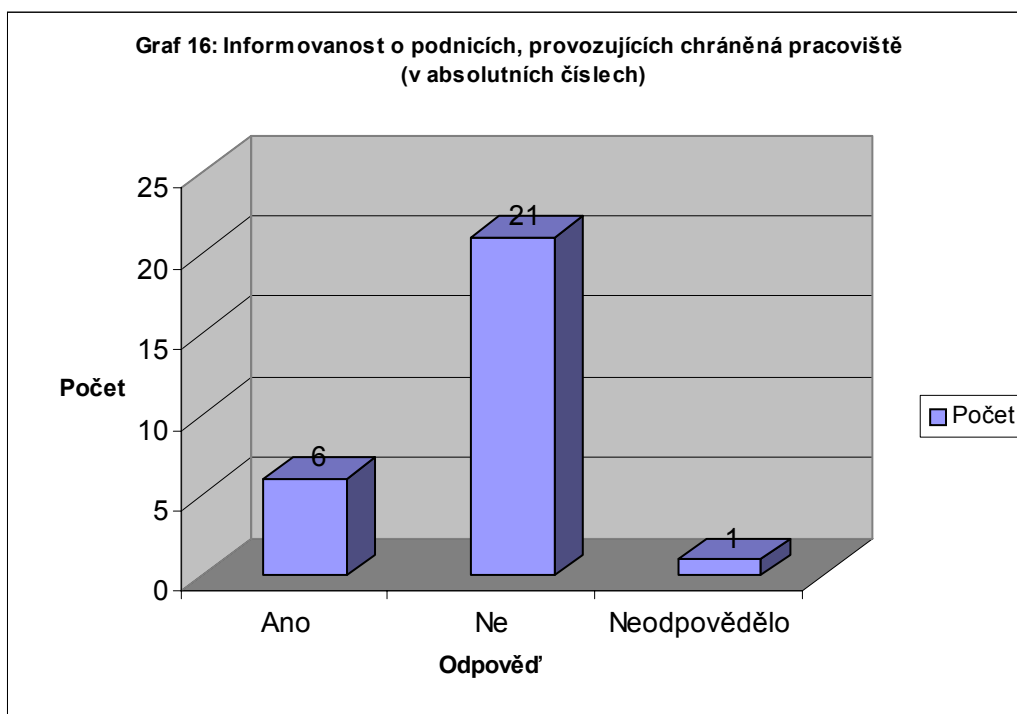
Graf 14 se vztahuje k otázce č. II/8: Umožnili byste Vašemu dítěti trávit volný čas mimo rodinu? 21 respondentů (75%) na tuto otázku odpověděla kladně, žádný z respondentů nevolil zápornou odpověď, celkem 5 respondentů (17,9%) zvolilo variantu – Jen s kvalifikovaným pracovníkem (osobním asistentem) a 2 respondenti (7,1%) zvolili variantu – Jen v denních centrech.

Oddíl III.: Otázky týkající se zaměstnávání



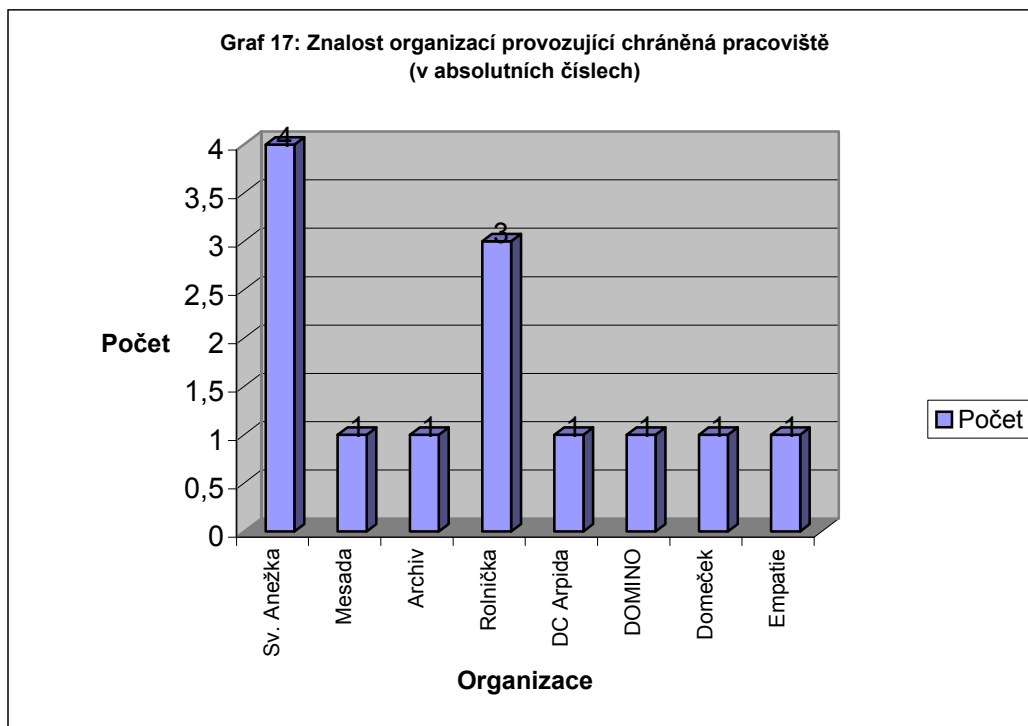
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15 se vztahuje k otázce č. III/1: *Přejeme si aby pracoval... 14 respondentů (50%) zvolilo variantu c) chráněné dílny. Druhou, nejčastěji volenou variantou, byla varianta a) práce v běžném podniku, kde by bylo zřízené chráněné pracovní místo. Tuto variantu zvolilo celkem 9 respondentů (32,1%). 2 respondenti (7,1%) zvolili variantu b) práce v podniku, zaměstnávají pouze zdravotně postižené, 1 respondent (3,6%) zvolil možnost e) jinou variantu, kde uvedl možnost práce v rodinném podniku a celkem 2 respondenti (7,1%) na tuto otázku neodpověděli.*



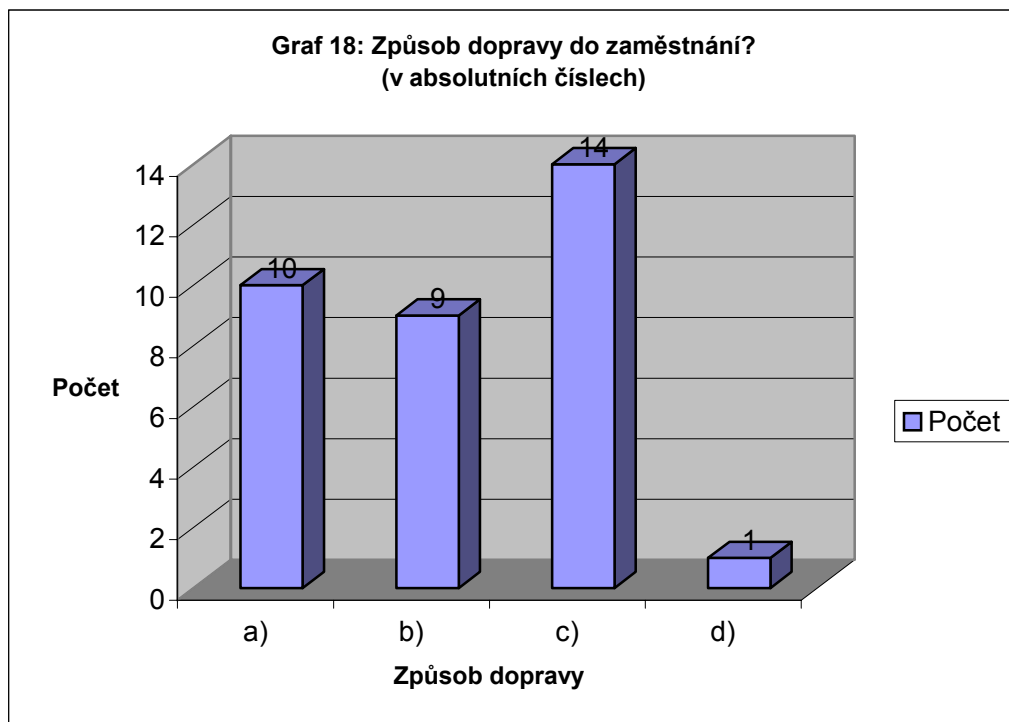
Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 16** se vztahuje k otázce č. III/2: Víte konkrétně o nějakém zařízení nebo společnosti, která by provozovala chráněnou dílnu nebo jiné chráněné pracoviště? Převážná většina odpověděla záporně – celkem 21 respondentů (75%), 6 respondentů (21,4%) odpovědělo kladně a 1 respondent (3,6%) na otázku neodpověděl.*



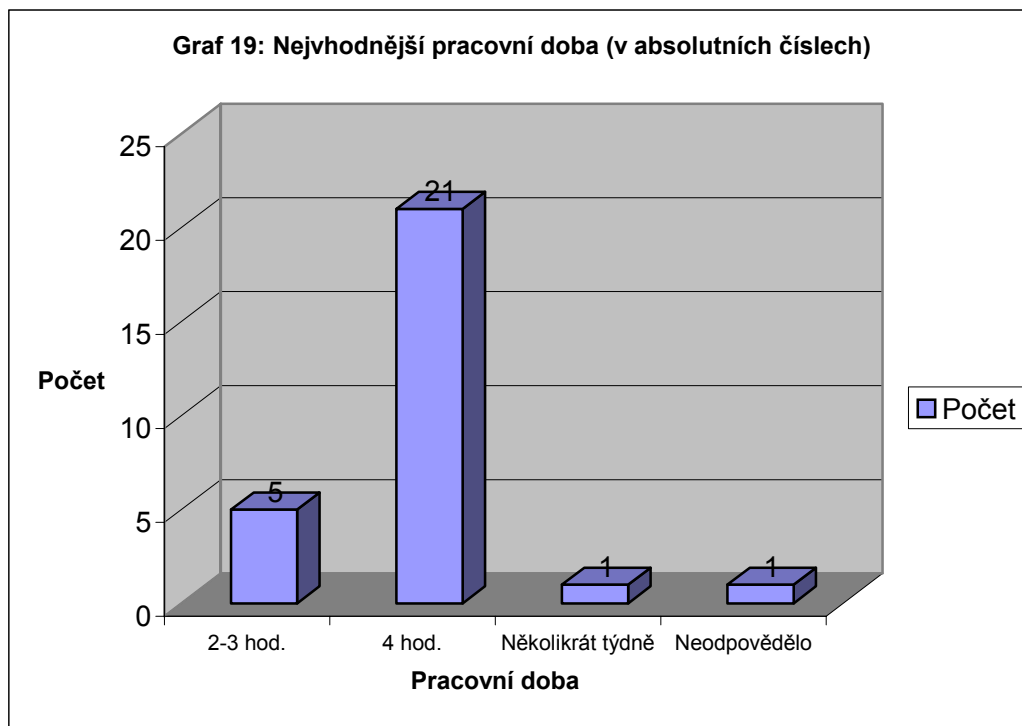
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 se vztahuje k otázce III/3, kdy měli respondenti možnost uvést nějakou konkrétní organizaci, která provozuje chráněnou dílnu nebo chráněné pracovní místo. Celkem 4krát byl uveden Domov sv. Anežky v Týně nad Vltavou, 3krát bylo uvedeno středisko Rolnička v Soběslavi a dále vždy jednou byly uváděny následující organizace: Mesada, Archiv na Rudolfovske ulici v Českých Budějovicích, DC ARPIDA, Centrum denních služeb DOMINO v Českých Budějovicích a Domeček Trhové Sviny.



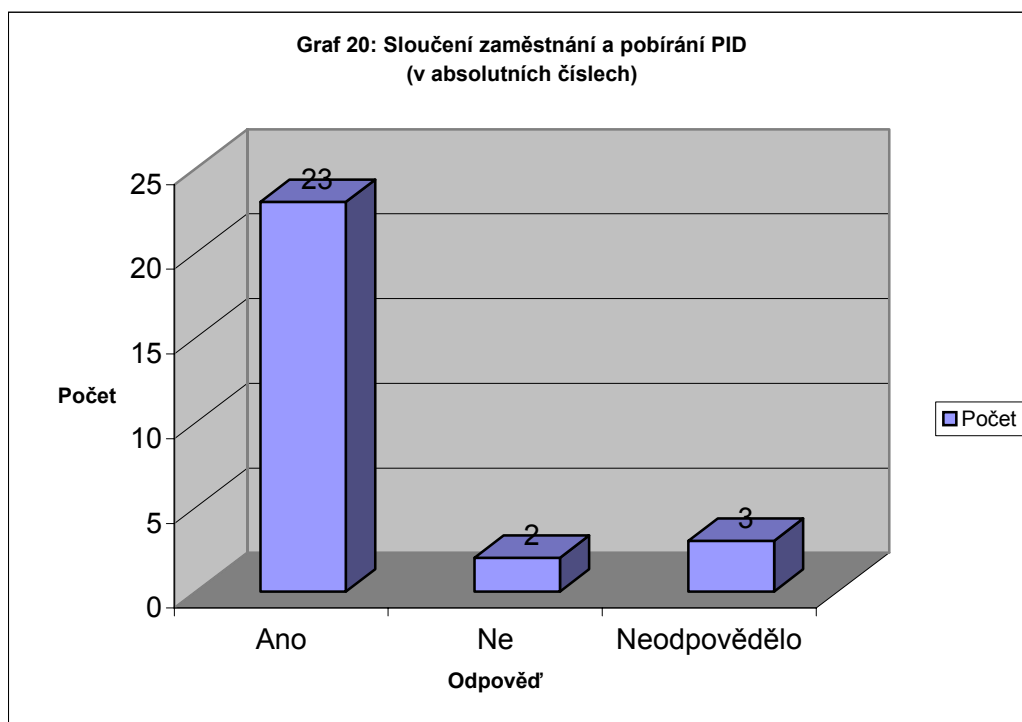
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 se vztahuje k otázce č.III/4: *Jak by se Vaše dítě dopravovalo do zaměstnání? Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří měli zájem, aby jejich dítě bylo zaměstnáno. 14krát (41,2%) byla zvolena varianta c) Dopravoval/a bych jej do zaměstnání sám/sama. 10krát (29,4%) byla zvolena varianta a) Nejlepší by byl společný svoz a odvoz. 9krát (26,5%) byla zvolena varianta b) Nejlepší by bylo zaměstnání v místě chráněného bydlení, resp. Bytu postiženého. 1 respondent na tuto otázku neodpověděl. Respondenti, kteří odpovídali na tuto otázku měli možnost zvolit více než jednu z možných variant.*



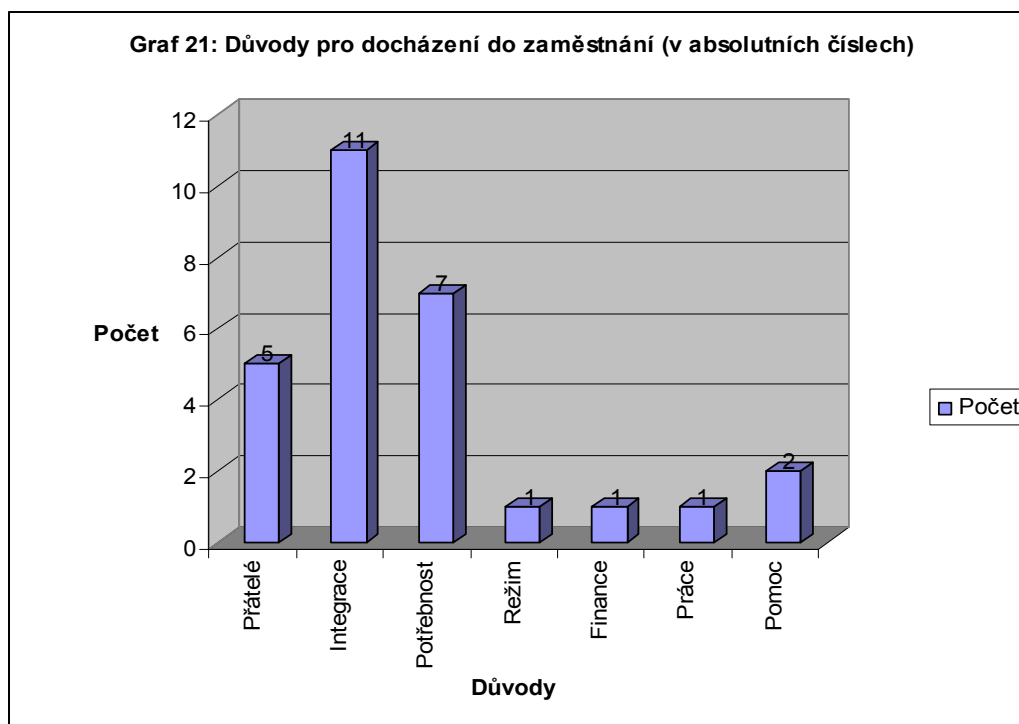
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 se vztahuje k otázce č. III/5: *Jaká pracovní doba by podle Vás nejvíce Vašemu dítěti vyhovovala? Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří mají zájem, aby jejich dítě bylo zaměstnáno. Převážná většina respondentů, celkem 21 (75%), zvolilo možnost 4 hodiny denně v pracovních dnech (poloviční úvazek – do 20 hodin v týdnu), 5 respondentů (17,8%) zvolilo možnost 2-3 hodiny denně v pracovních dnech, 1 respondent (3,6%) zvolil možnost Jen několikrát týdně (např. 2x týdně, apod.) a 1 respondent (3,6%) na otázku neodpověděl.*



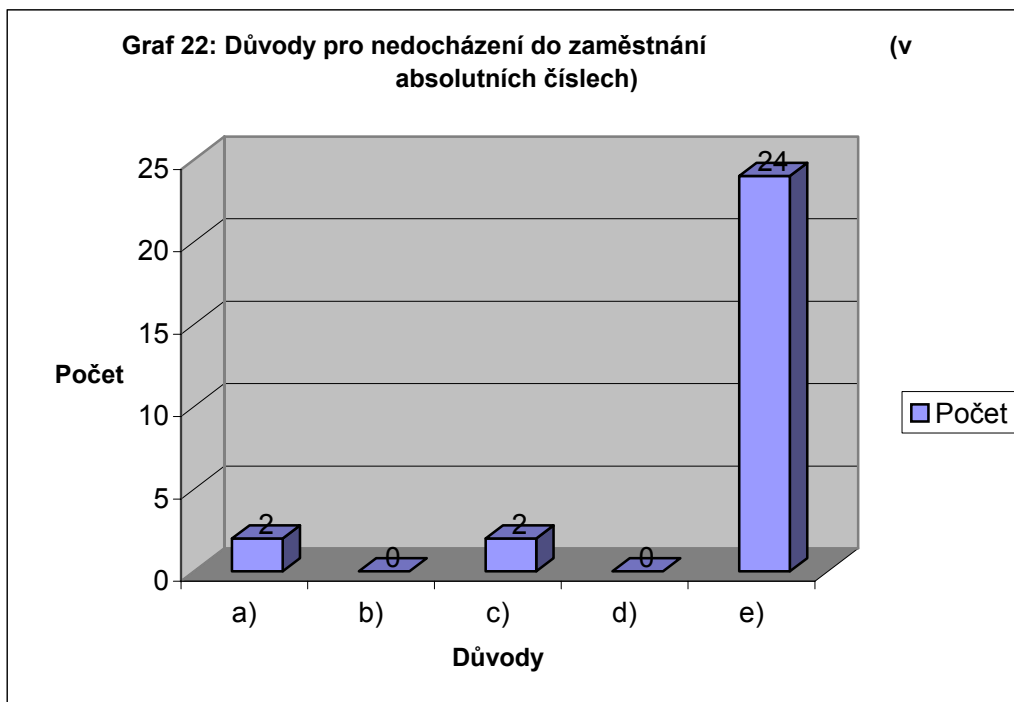
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 20 se vztahuje k otázce č. III/6: *I když bude Vaše dítě pobírat PID (plný invalidní důchod), chtěli byste, aby přesto docházelo do zaměstnání? Celkem 23 respondentů (82,1%) na tuto otázku odpovědělo kladně, 2 respondenti (7,1%) na tuto otázku odpověděli záporně a 3 respondenti (10,7%) na tuto otázku neodpověděli.*



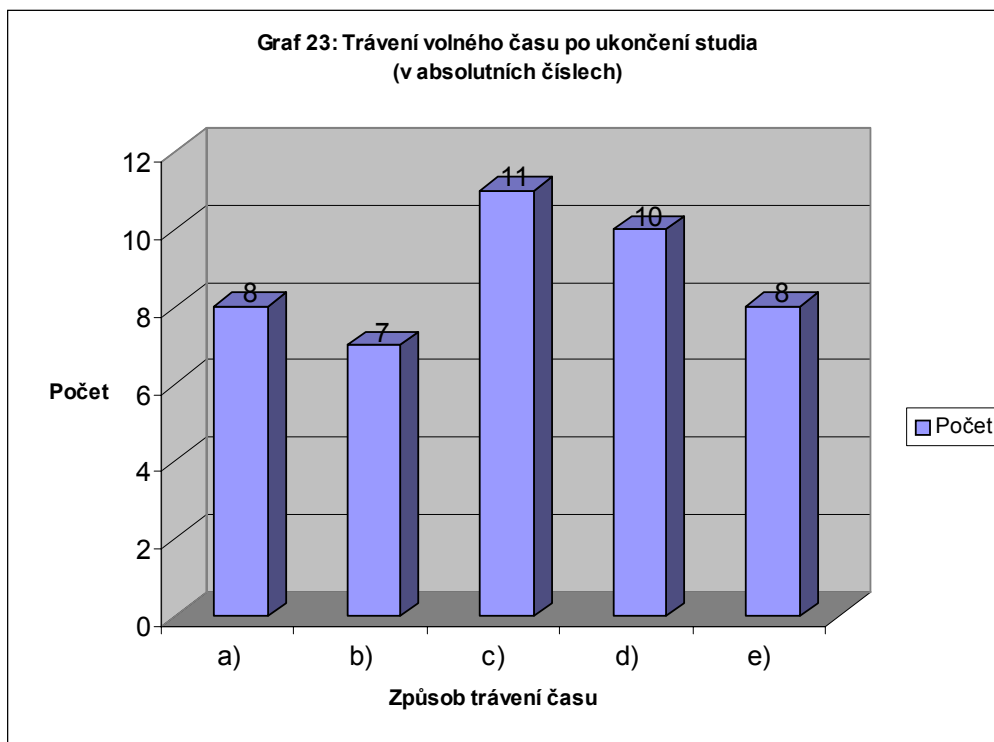
Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 21** se vztahuje také k otázce č. III/6, konkrétně k možnosti Ano, kdy měli respondenti možnost uvést důvody, proč by mělo jejich dítě docházet do zaměstnání. Celkem 11 respondentů (35,7%) uvedlo jako důvod integraci jejich dítěte do společnosti, 7 respondentů (25%) uvedlo jako důvod pocit potřebnosti jejich dítěte, 5 respondentů (17,9%) uvedlo jako důvod poznání přátel, 2 respondenti (7,1%) uvedli jako důvod pomoc druhým lidem a dalšími důvody, které byly zmíněny vždy jednou, byly: Pravidelný režim, Finance a Potřeba práce. Dále měli respondenti možnost uvést důvody, proč by jejich dítě nemělo docházet do zaměstnání. Byly uvedeny celkem 3 důvody od 3 respondentů a to: Mentální postižení dítěte, Nutnost sociálního asistenta a Velké finanční náklady.*



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 22 se vztahuje k otázce č. III/7: Nepřeji si, aby pracoval/a, protože...na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří si nepřáli, aby jejich dítě docházelo do zaměstnání. 2 respondenti (7,1%) zvolili variantu a) není toho, dle mého názoru, schopen. 2 respondenti (7,1%) zvolili variantu c) nenajdeme pro něj žádné vhodné pracovní místo a celkem 24 respondentů (85,7%) na tuto otázku neodpovědělo.



Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 23** se vztahuje k otázce č. III/8: Jak si představujete, že bude Vaše dítě trávit čas po ukončení studia? Možnost a) Bude navštěvovat zájmové kroužky, byla zvolena 8krát (28,6%), možnost b) Bude pravidelně docházet na rehabilitace, byla zvolena 7krát (25%), možnost c) Bude se zúčastňovat sportovních aktivit, plavání, apod., byla zvolena 11krát (39,3%), možnost d) Bude volný čas trávit s rodinou, náplň mu budeme vytvářet sami, byla zvolena 10krát (35,7%) a na tuto otázku neodpovědělo celkem 8 respondentů (28,6%). Respondenti, kteří na tuto otázku odpovídali, měli možnost uvést více než jednu z možných variant.*

4.2 Analýza dokumentů, sekundární analýza dat

Pro analýzu dat, resp. Sekundární analýzu dat jsem využila vstupní a výstupní ergoterapeutická hodnocení klientů, kteří se zúčastnili turnusu modelového bydlení v DC ARPIDA.

Jednalo se o tyto metody hodnocení:

- **Hodnocení instrumentálních ADL** (Bartlův test rozšířených aktivit všedního dne)
- **FIM Test** (test funkční míry nezávislosti)

Hodnoceno bylo celkem 5 klientů modelového bydlení. Pro hodnocení byl použit Bartelův index IADL - test instrumentálních aktivit všedního dne a Test funkční míry soběstačnosti (FIM Test).

Oba testy byly u klientů provedeny na počátku turnusu modelového bydlení a na jeho konci. Pro výzkum byly použity číselné hodnoty obou testů a bylo přihlédnuto ke slovnímu hodnocení a doporučení ergoterapeuta.

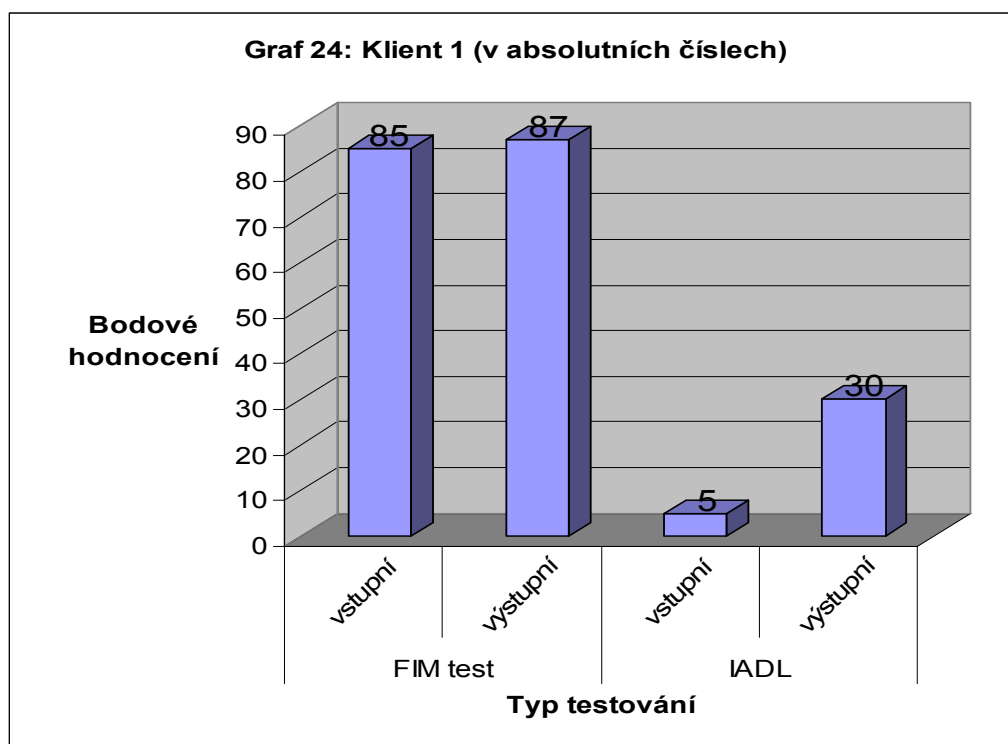
Z analýzy získaných údajů vyplývá, že u všech pěti klientů došlo ke zlepšení jednak v míře soběstačnosti, ale také ke zlepšení soběstačnosti ve zvládnání rozšířených aktivit všedního dne, a to dokonce ve velké míře.

Tato skutečnost dokazuje, že trénink modelových činností je pro klienta prospěšný, umožňuje mu lepší orientaci a klient se tak dostává ze stupně plné závislosti na druhé osobě na stupeň závislosti částečné.

Tabulka 4 – Vstupní a výstupní hodnocení klientů modelového bydlení

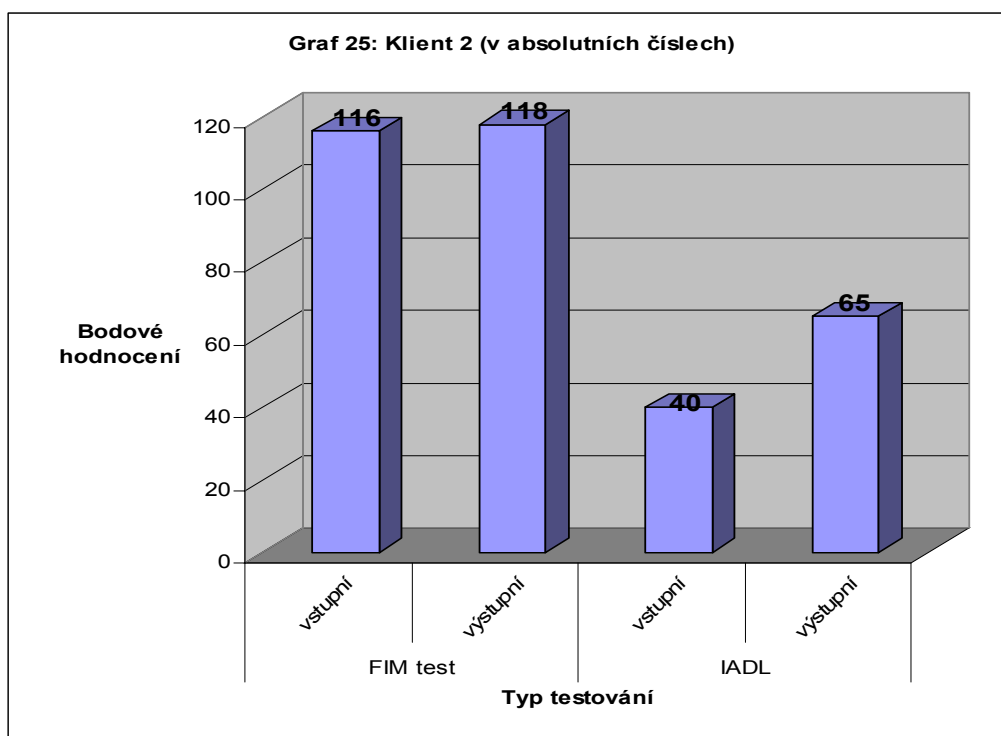
Klient	FIM test VSTUPNÍ		IADL VÝSTUPNÍ	
1	13.9.2005 85 Minimální pomoc druhé osoby - supervize (= dohled)	19.12.2005 87 Minimální pomoc druhé osoby – supervize (= dohled)	13.9.2005 5 Plná závislost na pomoci druhé osoby	19.12.2005 30 Plná závislost na pomoci druhé osoby
2	15.9.2005 116 Částečná až plná soběstačnost	19.12.2005 118 Částečná až plná soběstačnost	15.9.2005 40 Plná závislost na pomoci druhé osoby	19.12.2005 60-65 Částečná závislost na pomoci druhé osoby
3	27.9.2005 102 částečná soběstačnost až Supervize	26.6.2006 114 Částečná až plná soběstačnost	4.10.2005 40-50 Částečná závislost na pomoci druhé osoby	26.6.2006 40-50 Částečná závislost na pomoci druhé osoby
4	4.10.2005 107 Supervize až částečná soběstačnost	6.4.2006 119 Částečná až plná soběstačnost	20.9.2005 35-40 Plná závislost na pomoci druhé osoby	6.4.2006 50-65 Částečná závislost na pomoci druhé osoby
5	29.9.2005 87 Minimální pomoc druhé osoby až supervize (=dohled)	6.4.2006 100 Supervize – částečná soběstačnost	4.10.2005 0-20 Plná závislost na pomoci druhé osoby	6.4.2006 40-50 Částečná závislost na pomoci druhé osoby

Pro přehledné znázornění získaných údajů, zde přikládám grafickou podobu hodnot, uvedené pro jednotlivé klienty.



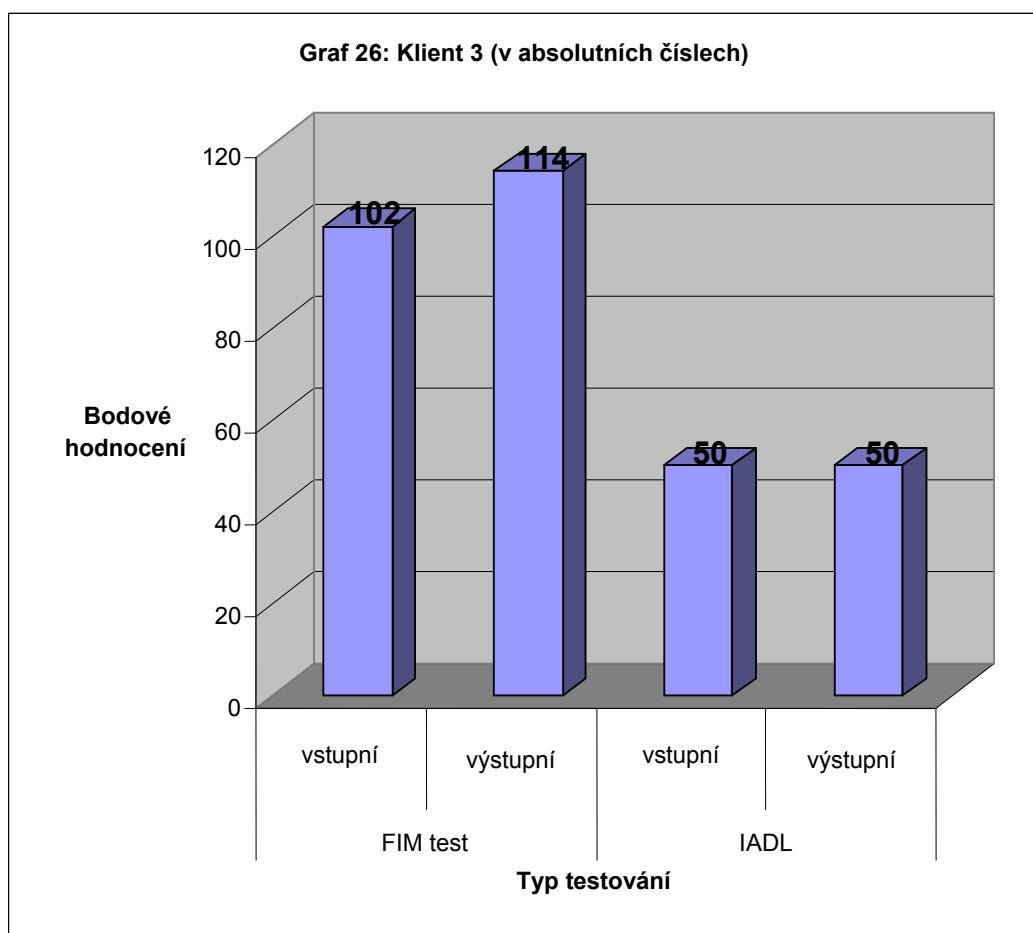
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 24 se vztahuje k výsledkům ergoterapeutického hodnocení klienta 1. Výstupní hodnocení FIM testu se oproti vstupním zvýšilo o 2 body a výstupní hodnocení IADL se zvýšilo celkem o 25 bodů, čímž neposunula bodová hranice na 30 bodů s hodnocením Plné závislosti na pomoci druhé osoby.



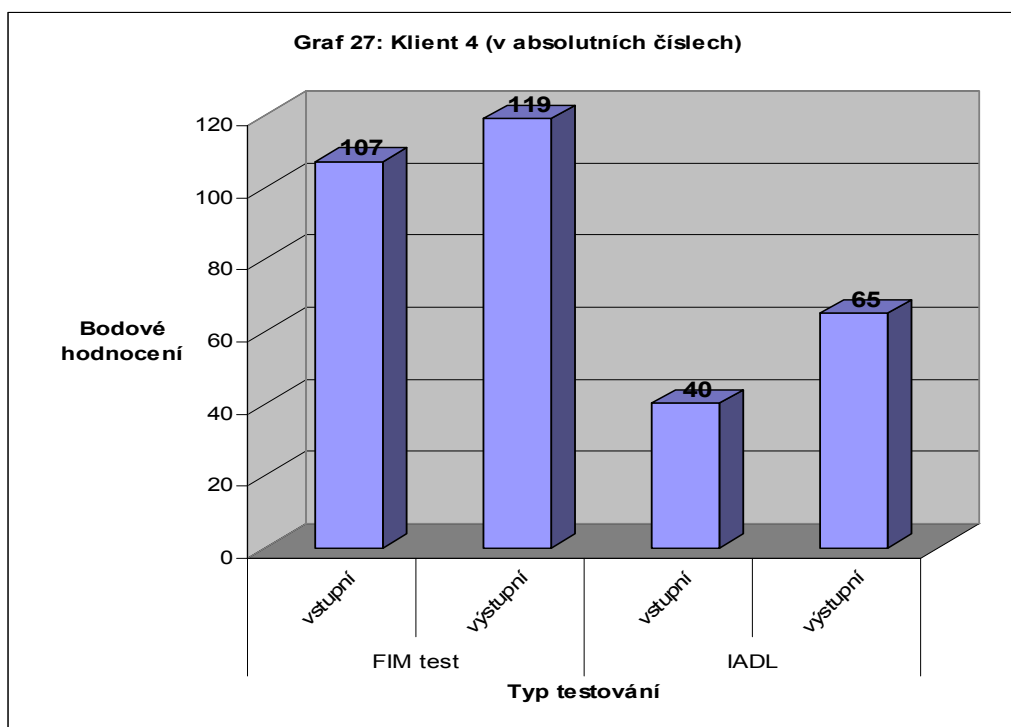
Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 25** se vztahuje k výsledkům ergoterapeutického hodnocení klienta 2. Výstupní hodnocení FIM testu se oproti vstupním zvýšilo o 2 body a výstupní hodnocení IADL se zvýšilo celkem o 25 bodů, čímž neposunula bodová hranice na 65 bodů a klient 2 se posunul na hodnocení Částečné závislosti na pomoci druhé osoby z Plné závislosti na pomoci druhé osoby.*



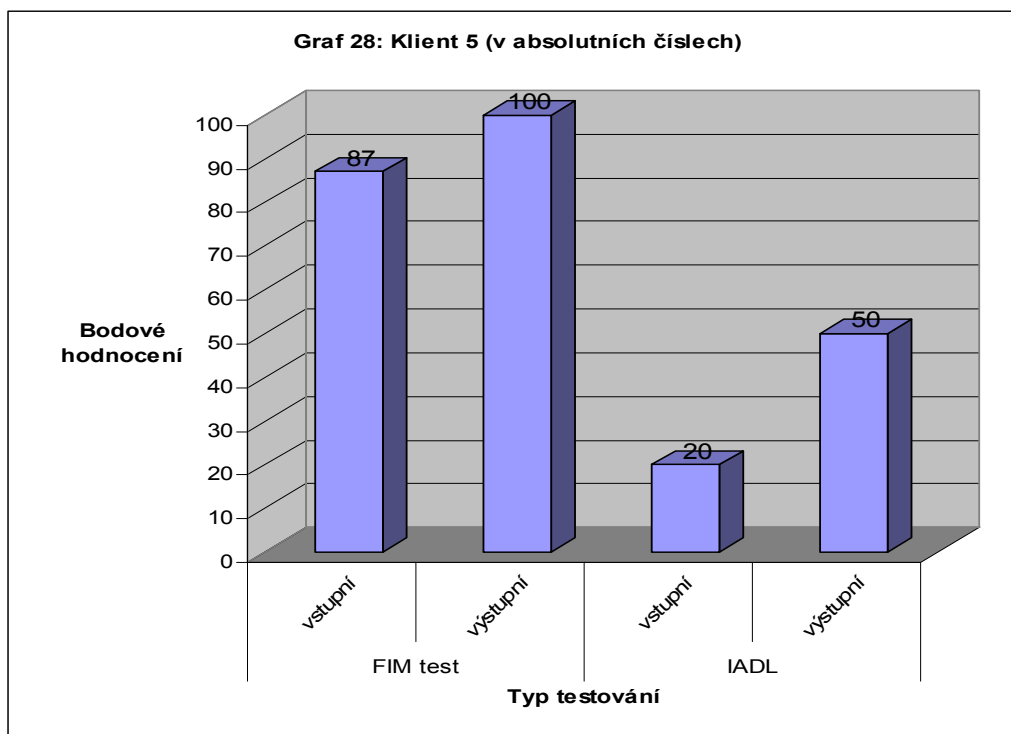
Zdroj: Vlastní výzkum

***Graf 26** se vztahuje k výsledkům ergoterapeutického hodnocení klienta 3. Hodnoty výstupního hodnocení FIM testu se oproti vstupnímu zvýšily o 12 bodů a hodnoty výstupního hodnocení IADL se nezvýšily. Klient s hodnocením Částečné závislosti na pomoci druhé osoby.*



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 27 se vztahuje k výsledkům ergoterapeutického hodnocení klienta 4. Hodnoty výstupního hodnocení FIM testu se oproti vstupnímu zvýšily o 12 bodů a hodnoty výstupního hodnocení IADL se zvýšily o 25 bodů na bodovou hranici 65 a klient 4 se posunul na hodnocení Částečné závislosti na pomoci druhé osoby z Plné závislosti na pomoci druhé osoby.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 28 se vztahuje k výsledkům ergoterapeutického hodnocení klienta 5. Hodnoty výstupního hodnocení FIM testu se oproti vstupnímu zvýšily o 13 bodů a hodnoty výstupního hodnocení IADL se zvýšily o 30 bodů na bodovou hranici 50 a klient 5 se posunul na hodnocení Částečné závislosti na pomoci druhé osoby z Plné závislosti na pomoci druhé osoby.

5. DISKUZE

5.1 Diskuze k výsledkům ze sekundární analýzy dat

Vzhledem k údajům získaných ze sekundární analýzy dat a uvedených případových studií, lze jednoznačně konstatovat, že modelové činnosti, kterým se děti během turnusu v modelovém chráněném bydlení věnují, přispívají ke zvýšení jejich funkční míry nezávislosti na druhé osobě a soběstačnosti v rozšířených aktivitách všedního dne.

Klienti byly podrobeni dvojímu testování, které bylo prováděno na počátku turnusu Modelového chráněného bydlení a po jeho skončení, aby bylo zřejmé, jakých dosáhli klienti výsledků a zda se zvýšila míra jejich soběstačnosti a funkční míra nezávislosti.

Toto testování má velice důležitý význam, při stanovení výsledků a následných doporučení pro klienta v oblasti trénování modelových činností. Během turnusu modelového bydlení mohou osobní asistenti klasifikovat činnosti, které je třeba s klienty více procvičovat a trénovat.

Velký význam je přikládán testu rozšířených aktivit všedního dne (IADL), kde je klient hodnocen právě na základě provádění činností, které úzce souvisejí se zvládnutím samostatného bydlení.

U všech pěti klientů, kteří byli v průběhu turnusu testováni, došlo k mírnému zvýšení hodnot FIM testu, který sledoval jejich funkční míru nezávislosti.

Nejvýznamnějšího zlepšení u bodového hodnocení v obou testech dosáhl klient 5. U tohoto klienta došlo k výraznému posunu na bodové škále jednak u FIM testu, kde se na bodové škále posunul o 13 bodů a také v testu IADL, kde se klient posunul v hodnocení o celých 30 bodů. V hodnocení u testu IADL se tak posunul ze stupně plné závislosti na druhé osobě na závislost částečnou.

U tohoto klienta je jasně patrné, že pokud by s ním nebyly modelové činnosti trénovány a nebyl by zařazen do Modelového chráněného bydlení, nemohl by být nyní hodnocen jako částečně závislý na pomoci druhé osoby. Byl by stále odkázán na plnou pomoc druhé osoby.

Stejného posunu v testování IADL dosáhli také: klient 2 a klient 4, kteří turnus Modelového chráněného bydlení zakončili s konečným bodovým hodnocením 65. Došlo u nich tedy k posunu o 25 bodů a oba postoupili z plné závislosti na druhé osobě na částečnou závislost na pomoci druhé osoby.

Tato skutečnost dokazuje, že trénink modelových činností je pro klienta prospěšný, umožňuje mu lepší orientaci a klient se tak dostává ze stupně plné závislosti na druhé osobě na stupeň závislosti částečné.

I v této části práce považuji za důležité opět zdůraznit význam následné péče, kterou poskytují svým dětem jejich rodiče, kteří by měli modelové činnosti trénovat s dětmi i doma, po příchodu ze školy, či z denního centra.

Rodiče mají v této oblasti integrace nezastupitelnou úlohu. Pro trénink modelových činností, které s dětmi provádějí osobní asistenti a ergoterapeutky, je velice důležité pokračování a neustálé trénování i doma. Zvýší se tím šance, že dítě může v budoucnu dosáhnout ještě lepších výsledků a zlepší se jeho orientace v prvcích chráněného bydlení.

Velice zajímavé by bylo jistě hodnocení kvality provádění tréninku modelových činností dětí v domácím prostředí a zjištění, jak rodiče vedou své děti k jejich procvičování.

V souvislosti s tím, aby byl nácvik modelových činností co nejefektivnější, mohlo by, dle mého názoru, dojít k rozšíření tréninku modelových činností i do domácího prostředí dítěte, jako další – jasně stanovený, individuální plán pro rozvoj, který by byl již stanoven na začátku turnusu Modelového chráněného bydlení a zhodnocen na jeho konci.

Ze strany odborníků a pracovníků DC ARPIDA by byla jistě dostatečně kvalitní základna pro podporu „domácího trénování“. Již nyní se snaží všem rodičům poskytovat dostatek informací pro činnosti, které by s dětmi měli provádět v domácím prostředí.

Nyní, za současného stavu jde pouze o vlastní iniciativu, jak k celé věci rodiče přistoupí. Pokud nebudou uvažovat o trénování modelových činností jako o nezbytné součásti uceleného systému rehabilitace, může být celý proces úspěšné integrace minimálně bržděn.

Pro dostatečné srovnání a výzkum v této dané oblasti chybí jasná, teoretická či metodická základna, která by sloužila pro rozvoj a zkoumání v oblasti trénování modelových činností (jak během turnusu modelových činností, tak v domácím prostředí) a v oblasti rozvoje takovýchto projektů.

Dle výsledků z analýzy dokumentů, resp. ze sekundární analýzy dat je tedy možné konstatovat že východisková hypotéza byla potvrzena.

5.2 Diskuze k dotazníkovému šetření

Velice zajímavé jsou ovšem výsledky dotazníkového šetření, kterého se účastnili rodiče dětí, kteří jsou uživateli služeb Dětského centra ARPIDA. Mým záměrem bylo zjistit, v jaké míře jsou informováni o možnostech integrace svých dětí do společnosti, jakým způsobem jsou schopni či ochotni se na ní podílet a jakou mají představu o tom, jakým způsobem bude jejich dítě v budoucnu žít.

Proces integrace se nezužuje pouze na integraci školní a není záležitostí pouze personálu školských zařízení a denních center, ale především rodičů, kteří jsou důležitým článkem jenž má v úspěšné integraci jejich dítěte nezastupitelné místo.

Dotazníkové šetření bylo určeno pro rodiče dětí, kteří jsou uživateli služeb DC ARPIDA a tyto děti jsou buď aktivními účastníky projektu Modelového chráněného bydlení nebo jimi budou v budoucnu.

Dotazník byl rozdán celkem 70 rodičům. Bohužel, vyplněný dotazník zpět doručilo pouze 40% respondentů.

V prvním oddíle dotazníkového šetření jsem se, kromě jiného, zaměřila spíše na zjištění základních anamnestických a sociodemografických údajů, které jsou nezbytné pro realizaci celého tohoto dotazníkového šetření.

Z výsledků vyplynulo, že dotazník vyplnila převážná většina rodičů dětí, které jsou ve věku mezi 8 – 10 lety a 13 - 15 lety, přičemž 46,4% těchto dětí navštěvuje Základní školu speciální (dnes již Základní školu pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami).

Pro 82,1% dětí je DC ARPIDA prvním zařízením, které navštěvují a o kterém se jejich rodiče dozvěděli v převážné většině od dětského neurologa (32,1%). Dalším významným informačním zdrojem, který rodiče informoval o možnosti navštěvovat toto zařízení byl pediatr (17,9%) a příbuzní a známí rodin (14,3%).

Tato skutečnost potvrzuje důležitou roli ošetřujícího lékaře či dětského neurologa. Pokud ošetřující lékař či neurolog bude rodičům postižených dětí poskytovat informace o organizacích, které se zabývají nejen činnostmi podporujícími zlepšení zdravotního stavu, ale také věnují pozornost dalším činnostem, např. v oblasti chráněného bydlení, zaměstnávání, volnočasovým aktivitám, může přispět k úspěšné integraci.

Bohužel se v současné době často setkáváme s neochotou či strohými informacemi ze strany zdravotníků, kteří poskytují rannou péči dětem s postižením.

Právě mezioborová spolupráce má velký význam v procesu úspěšného začlenění zdravotně postižených jedinců do společnosti, a to zvláště ve stádiu, kdy se zdravotně postižené děti a jejich rodiče seznamují s tolik významnou životní událostí.

Ve druhém oddíle jsem se zaměřila na otázky, kterými jsem chtěla zjistit, jaký mají rodiče pohled na samostatné bydlení a zda mají v úmyslu své dítěte podporovat při budování samostatného života či nikoli.

Z uvedených výsledků jednoznačně vyplývá, že rodiče mají zájem, aby se jejich děti zúčastnily přípravy na možnost samostatného bydlení (64,3%). Pouze 7,1% respondentů uvedla, že o tuto přípravu zájem nemá. Mezi důvody, které je vedly k tomuto názoru, patřil věk dítěte, dále důvod: „Myslím, že na to nemá“ a jako poslední byl uveden důvod: „Myslím, že to zvládne i bez modelového bydlení“.

Dva výše zmiňované důvody mne vedou k zamyšlení, zda vůbec rodiče znají schopnosti a možnosti svého dítěte, zda své děti příliš nepodceňují či naopak. Každý rodič zdravotně postiženého dítěte by v zájmu integrování dítěte do společnosti měl udržovat kontakt s odborníky a lidmi, kteří v tomto oboru mají zkušenosti a odborné znalosti.

Nikdy není zcela jasné, jak se zdravotní stav dítěte může nadále vyvíjet. Je třeba mít toto vývojové hledisko vždy na paměti a brát v úvahu rychle se měnící podmínky, ve kterých dítě žije. Proto je důležité, aby rodiče zvážili všechny alternativy, které mohou vést k úspěšnému začlenění a nikdy neopomenout péči a rady odborníků v dané oblasti.

Dále si rodiče přejí, aby jejich děti žily samostatně s dohledem širší rodiny (41,7%). Právě tato varianta byla zvolena rodiči celkem 15krát a bohužel, pouze o 2 odpovědi, předčila variantu života dítěte ve své dnešní rodině (36,11%).

Tuto skutečnost – že rodiče si nepřejí aby jejich dítě žilo samostatně, si vysvětluji faktem, že dosud stále platí mylná domněnka, která říká, že kdo není zcela zdravý, není schopen se o sebe sám postarat a zvládat samostatné bydlení, byť by to mělo být s dopomocí druhé osoby, např. pomoci osobního asistenta – tzv. Podpora samostatného bydlení.

Dalším jiným možným důvodem může být strach o dítě. Rodiče, kteří mají dítě ve své péči a denně se o ně starají, se v mnohých případech mohou jen těžko smířit s faktem že část odpovědnosti za něj bude přenesena na samotné dítě, či na někoho, kdo mu bude pomáhat při zvládání samostatného bydlení. Tuto domněnku také potvrzují odpovědi na otázku č. 6 ve druhém oddílu, kdy celkem 14 respondentů na otázku, zda si

myslí, že by jejich dítě zvládalo nějakou formu samostatného bydlení, odpovědělo, že neví.

Nejistota, neznalost a žádné zkušenosti s jakoukoliv formou samostatného bydlení zapříčiňují nedůvěru a strach. Je třeba rodičům tyto formy a možnosti samostatného bydlení systematicky přibližovat, tuto problematiku jim dostatečně osvětlit a zdůraznit její důležitost v celém procesu integrace a její nezastupitelné místo v uceleném systému rehabilitace.

Může zde docházet ke střetu ambivalentních pocitů. Na straně jedné stojí touha po větším množství autonomie a svobody, na straně druhé stojí pocity vyvolané možnou ztrátou bezpečí spolu s novými požadavky na klienta.

Je třeba si uvědomit, že odloučení od rodičů nemusí být nutně spojeno s přestěhováním do jiného bytu nebo zařízení a že ne každý takový krok vede k nabytí autonomie a samostatnosti. Je jen v naší společnosti přirozeným pokračováním vnitřního odpoutání se od rodičů. A je spojeno s prostorem pro nové, sociální a praktické dovednosti.

Dvěma posledními otázkami v druhém oddílu dotazníkového šetření navazují na **třetí oddíl**, který byl zaměřen na zaměstnávání a volný čas.

Rodiče si dle uvedených odpovědí představují, že by samostatné bydlení mohlo být financováno z invalidního důchodu (ať už částečného či plného), příspěvku na péči a příjmem ze zaměstnání. Konkrétně nejvýznamněji zastoupená varianta, na kterou rodiče odpovídali, se týkala financování z příjmů ze zaměstnání a z invalidního důchodu (48,3%).

Z této odpovědi jasně vyplývá, že si rodiče přejí aby jejich dítě docházelo do zaměstnání a také trávalo volný čas mimo rodinu (75%). U této otázky a její nejvýznamněji zastoupené odpovědi považují za důležité se zmínit, že si rodiče uvědomují riziko izolace dětí od jejich vrstevníků nebo izolaci dítěte pouze v rodinném prostředí. Za velice důležité považují návštěvu různých zařízení pro trávení volného času, kde by děti mohli navázat vztah i se zdravými vrstevníky.

Jak už jsem naznačila v předchozím odstavci, **třetí, a zároveň poslední oddíl**, byl zaměřen na otázky týkající se zaměstnávání. Především mne zajímaly důvody, které uvádějí rodiče jako důležité pro docházení – nebo naopak pro nedocházení, jejich dětí do zaměstnání, informovanost o organizacích nebo institucích, které zaměstnávají osoby se zdravotním postižením a jak by se na zapojení jejich dětí do pracovního procesu sami rodiče zapojili.

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že rodiče mají zájem na tom, aby se pomocí zaměstnání jejich dítě začlenilo do společnosti (35,7%), poznalo přátele (14,3%), mělo pocit potřeby, užitečnosti (35,7%) a žilo plnohodnotným životem – což byly hlavní a nejčtenější důvody, které rodiče uváděli.

Co se týče formy zaměstnávání, dle očekávání, volili rodiče možnost zaměstnávání v chráněných dílnách (50%), či chráněného pracovního místa v běžném podniku (32,1%), z čehož je zřejmé, že rodiče preferují i kontakt s běžným pracovním prostředím, kde by opět mohly být navázány kontakty se zdravými lidmi.

Zdravotně postižený člověk by měl mít v zaměstnání odpovídající zázemí a podporu ze strany kolegů a personálu a to i v případě, že by bylo třeba i sociálního asistenta na místě výkonu zaměstnání.

Ohledně pracovní doby se většina dotazovaných (75%) shodla na práci na poloviční úvazek (tj. 4 hodiny denně). Tato varianta se převážně většina respondentů zdála nejvhodnější, dle mého názoru, hned z několika podstatných důvodů.

Prvním z nich, je dostatek volného času, který mohou věnovat léčebným a dalším rehabilitačním aktivitám na podporu zlepšení jejich zdravotního stavu, sportovním a rekreačním aktivitám, které podpoří rozvoj v oblasti sociálních kontaktů. A dále jsou si rodiče vědomi toho, že jen málokterý zdravotně postižený jedinec je schopen plného pracovního úvazku.

Co se dalších bodů v oddílu zaměstnání týče, zajímalo mne, zda jsou rodiče ochotni se zapojit do procesu zaměstnávání jejich dítěte. Podstatnou součástí zaměstnávání zdravotně postižených, je dopravování do místa výkonu zaměstnání. Případů, kdy budou moci klienti být zaměstnání např. v chráněných dílnách přímo v místě chráněného bydlení, nebývá mnoho a je třeba zajistit jejich bezpečný přesun z bytu do zaměstnání a nazpět.

Dopravu do zaměstnání by dle možností zajišťovali sami rodiče (41,2%). Z této nejčastěji volené možnosti vyplývá, že rodiče jsou ochotni se aktivně podílet na zaměstnávání jejich dětí a mají snahu své děti v zaměstnání podporovat. Další, nejčastěji volanou variantou byla možnost společného svozu a odvozu (29,4%). Tato alternativa dopravy do zaměstnání by pro rodiče dětí znamenala velkou časovou úsporu a menší starost o bezpečí jejich dětí.

Jediným „zklamáním“, které pro mne vyvstalo z výsledků, je fakt, že rodiče nemají dostatečné povědomí o organizacích, či zařízeních, které by provozovaly

chráněná pracoviště. Z celkových 28 navrácených a vyplněných dotazníků, celkem 21 respondentů (75%) neznalo žádné takovéto zařízení či organizaci.

Tuto skutečnost si vysvětlují jednak možnou neznalostí celé problematiky zaměstnávání zdravotně postižených, dále tím, že rodiče nepřikládají dostatečný význam možnosti informovat se o možnostech dalších aktivit – zvláště aktivit v oblasti zaměstnávání, po skončení povinné školní docházky. A v neposlední řadě si tuto skutečnost vysvětlují tím, že rodiče nemají ve skutečnosti zájem, aby jejich dítě docházelo do zaměstnání a proto se o možnostech zaměstnávání neinformují.

Organizací, provozující chráněná pracoviště nebo institucí, zřizující chráněná pracovní místa je již v dnešní době celá řada, i v menších městech, které sousedí např. s krajskými či okresními městy. V tomto případě je nutná spolupráce s Úřady práce, resp. s odděleními specifického poradenství, kde pracovníci poskytují informace a možnosti týkající se zaměstnávání zdravotně postižených, včetně dalších možností rekvalifikací.

Zájem o informace o možnostech zaměstnávání - jakožto prvek následné péče, by měl být stejně tak v popředí zájmů jako ostatní aktivity, které přispívají k úspěšné integraci, aby tak přání rodičů o uplatnění, pocitu potřebnosti a užitečnosti, apod., nezůstaly pouze přáním, ale staly se skutečností.

Co se trávení volného času týká, z uvedených odpovědí vyplývá, že rodiče si přejí, aby se jejich děti věnovaly léčebným a rehabilitačním aktivitám (25%), sportu a aktivitám, kterým se věnují doposud (39,3%), tj. při školní docházce. 35,7% dotazovaných rodičů hodlá svým dětem vytvářet náplň volného času samo, tak aby mohly děti trávit volný čas s rodinou.

Zájem o navštěvování zájmových kroužků má celkem 28,6% dotazovaných, což jistě povede k dalšímu úspěšnému začleňování do společnosti. Rodiče tak budou mít možnost rozšířit své kontakty mezi ostatními rodiči stejně postižených dětí. V mnoha případech tak může takovýto kontakt pomoci jednak celé integraci dítěte, ale také může mít vliv na zlepšení psychického stavu rodičů dítěte, jelikož se mohou podělit o své zážitky, zkušenosti a poznatky.

Je třeba upozornit na fakt, že DC ARPIDA je stále jediným zařízením svého typu v České republice, které se zabývá uceleným systémem rehabilitace – včetně nácvičku modelových činností pro podporu samostatného bydlení. V nedávné době vzniklo také občanské sdružení STROOM DUB u Prachatic, o.p.s., které se také zabývá modelovým bydlením – ačkoliv ne v ryze stejné podobě, jelikož se nevěnuje klientům

během jejich povinné školní docházky. Tato společnost učí své klienty nejdříve předem definovaným činnostem v oblasti bydlení, připravuje je na proces zaměstnání a snaží se je postupně osamostatnit.

Dětské centrum ARPIDA je jediným zařízením, které se věnuje dětem s tělesným a kombinovaným postižením již od raného věku 3 let – kdy dítě navštěvuje Mateřskou školu, dále Základní školu praktickou a Praktickou školu, provozuje léčebnou, pedagogicko-psychologickou a sociálně-pracovní rehabilitaci. Naplňuje tímto požadavky uceleného systému rehabilitace. Modelovým chráněným bydlením tak zajišťuje přípravu na možnost budoucího samostatného života pro různé formy chráněného bydlení.

Žádná jiná organizace, která pečuje o zdravotně postižené, neobsahuje tuto nezanedbatelnou složku, která tvoří předstupeň Chráněného bydlení. Tak jak dětem poskytují vzdělání a připravují je na budoucí zaměstnání, tak Modelové chráněné bydlení připravuje děti pro samostatný život v Chráněném bydlení.

Je otázkou, proč ještě žádná jiná organizace, kromě další uváděné – centrum STROOM DUB, nezavedla tuto službu, a byla by jistě dobrým námětem pro další výzkum. Zda je hlavním důvodem pouze finanční stránka věci, či další jiné aspekty, jako je chybějící legislativní rámec či zakotvení Modelového chráněného bydlení pod některou z poskytovaných sociálních služeb.

Co se týče legislativního zakotvení, můžeme se opírat pouze o možnosti zařazení tohoto projektu do služeb, které nám legislativa nabízí. Ze dvou nabízených možností – služba sociální rehabilitace a služba podpora samostatného bydlení, bychom se spíše mohli přiklonit k variantě první a to ke službě sociální rehabilitace.

Nyní – vzhledem k novému Zákonu o sociálních službách, mohou vyvstat určité domněnky, zda je Modelové chráněné bydlení službou, která je nepostradatelnou v oblasti služeb sociální rehabilitace, což by mohlo vést k zastavení jejího rozvoje a implementace do dalších organizací, které se zabývají integrací zdravotně postižených a jejich sociální rehabilitací.

Veškerá dostupná literatura, o kterou jsem se při psaní své diplomové práce opírala, byla z oblasti, která se bezprostředně nedotýkala problematiky Modelového chráněného bydlení. Veškeré dostupné materiály či poznatky pramenily z dosavadních praktických zkušeností z chráněného bydlení, integrace tělesně a kombinovaně postižených dětí do společnosti, ergoterapeutických hodnocení a z kombinací teoretických zdrojů a praktických zkušeností uceleného systému rehabilitace.

6. ZÁVĚR

Na samý závěr mé diplomové práce mi přísluší, abych jako její autorka stručně popsala průběh jejího vypracování a zmínila několik faktů, které vyvstaly během jejího zpracování.

Po stanovení zadání Diplomové práce, jejích cílů a hypotéz, nashromáždění veškeré odborné literatury, jsem zjistila, že není možné dostat jednomu z cílů práce, kterým byla také mimo jiné komparační analýza DC ARPIDA a občanského sdružení pro komplexní péči o osoby se zdravotním postižením, Arkádie v Teplicích. Důvodem byl rozpor v nabízených sociálních službách a absence Modelového chráněného bydlení – nebo jiného podobného projektu, jako přípravného stupně pro Chráněné bydlení ve společnosti Arkádie.

Během zpracování mé Diplomové práce jsem dále zjistila, že DC ARPIDA je jediným zařízením, které provozuje Modelové chráněné bydlení, které je určeno pro žáky dvouleté praktické školy a připravuje je tak během školní docházky na možnost samostatného bydlení.

Další poznámka, kterou je zde nutné zmínit, je fakt že, o samotném názvu diplomové práce: Modelové bydlení jako součást ucelené rehabilitace dětí s kombinovaným postižením, bychom mohli dále diskutovat. Je třeba uvést, že tato diplomová práce pojímala i děti s tělesným, nikoli jen s kombinovaným postižením, dále termín ucelená rehabilitace je již termínem, který by měl být nahrazen termínem Ucelený systém rehabilitace a nakonec, pokud mluvíme o přípravném stupni Chráněného bydlení, měli bychom ho uvádět jako Modelové (a zároveň) chráněné bydlení.

Modelové chráněné bydlení, jak již bylo naznačeno v předchozích částech práce je tedy zcela novým projektem, který před dvěma lety začalo provozovat DC ARPIDA v Českých Budějovicích.

V dnešní době, kdy se celá společnost zaměřuje na integraci a deinstitucionalizaci sociálních služeb ve prospěch nestátních neziskových organizací a ostatních institucí, je třeba zdůraznit potřebu tohoto projektu a projektů jemu podobných. Pokud hovoříme o integraci osob s tělesným a kombinovaným postižením, je třeba brát v úvahu, kromě všech složek uceleného systému rehabilitace – depistáž, včasná diagnostika, kvalitní ranná péče, pedagogicko-psychologické, sociální a pracovní prostředky uceleného systému rehabilitace, atd., také následnou péči.

Je velice důležité věnovat takto postiženým dětem péči v oblasti bydlení a dalších aktivit, které budou vykonávat po skončení povinné školní docházky a zamýšlet se nad otázkou: Co dál? Pokud máme v rodině takto postižené dítě, měli bychom si takovouto otázku jednoznačně položit. Vždyť integrační proces nekončí po ukončení povinné školní docházky a pokud máme zájem o to, aby bylo naše dítě úspěšně integrováno do společnosti, je třeba mu vytvořit co nejlepší podmínky pro realizaci jeho kvalitního života do budoucna.

Nikdo z nás nemůže nahlížet do budoucnosti a s jistotou říci, že se o své děti bude starat do konce života. V případě, že se stane náhlá událost, která nám toto znemožní, je důležité připravit takto postižené dítě na zvládnání každodenních aktivit a činností, které jsou spojené s bydlením, zaměstnáváním a trávením volného času. Pokud má dítě šanci žít alespoň z části samostatným životem a nestrávit jej za zdi ústavu sociální péče, je třeba se nad těmito možnostmi zamyslet a dopřát mu tuto možnost.

Rodiče by měli svým dětem umožnit mít své vlastní místo v životě. Vlastní byt, nebo alespoň vlastní pokoj. Prostor kde se může odehrávat jejich život, jejich vlastní, byť myšlenkový prostor. Bydlení naplňuje naše základní potřeby. To je důležité jednak pro zdravého člověka a stejně tak i pro člověka s postižením.

Prostor, kterému říkáme „doma“, plní i funkci bodu stálosti a důvěrnosti. A to v mnoha smyslech. Právě v tomto prostoru se odehrává náš život. Tyto pocity vyhledáváme ve vlastnostech prostředí i sociálních kontaktech.

Domov je vnímán také jako prostor k seberealizaci a sebepotvrzení. Pro každého z nás je důležité být doma „svým pánem“. Mít to takzvaně ve vlastních rukou. Dělat si některé věci po svém. Vybavit si byt podle svého. Dělat si v něm sami chceme. Je opravdu důležité mít takové místo.

Dnes již po celé České republice – oproti dobám nedávno minulým, existuje celá řada organizací, které poskytují sociální služby za účelem integrace jedince do společnosti a sociální rehabilitace. Máme k dispozici kvalitní informační a komunikační prostředky, které nám mohou pomoci se v této škále služeb a organizací zorientovat tak, abychom mohli zajistit takto postiženým dětem kvalitní možnost integrace do společnosti a pomoci mu vytvářet si své „doma“.

Při návštěvách v DC ARPIDA v Českých Budějovicích jsem se důkladně seznámila s pojmem Ucelený systém rehabilitace, který jsem do té doby znala jen velmi málo. Ucelený systém rehabilitace s sebou nese všechny složky péče, která vede k úspěšné integraci osob se zdravotním postižením do společnosti.

Tento systém včetně všech svých složek nemůže pojmát každá organizace věnující se péči o osoby se zdravotním či jiným postižením, ale měla by mít o tomto systému dostatečné povědomí, aby byla schopna zajistit mezioborovou spolupráci a poskytnout tak klientovi co nejkvalitnější sociální služby a dopomoci mu k úspěšnému začlenění se do společnosti.

Má práce měla za cíl zjistit, zda je Modelové chráněné bydlení důležitou součástí uceleného systému rehabilitace a na závěr musím konstatovat, že ano. Modelové bydlení - ačkoliv zatím nemajíc své místo v legislativě, a „skrývá“ se pod službami sociální rehabilitace nebo službou podpory samostatného bydlení, je kvalitní sociální službou, která připravuje klienty s tělesným a kombinovaným postižením na budoucí život mimo zdi ústavů sociální péče.

Východisková hypotéza: „Předpokládám, že modelové chráněné bydlení přispívá k získání klientovy soběstačnosti a získání důležitých prvků sebeobsluhy, přispívá tak k jeho integraci do společnosti a je tudíž nedílnou součástí procesu ucelené rehabilitace.“, byla potvrzena a cíl práce byl, dle mého názoru splněn.

Toto tvrzení se týká také pracovní hypotézy: „Předpokládám, že rodiče dětí, které jsou uživateli služeb DC ARPIDA mají zájem na tom, aby se jejich děti zúčastňovaly projektu Modelového chráněného bydlení a dále mají zájem na tom, aby se úspěšně integrovaly do společnosti a zvýšila se tak jejich šance na samostatný život.“

Problematicke Modelového chráněného bydlení by se měly věnovat všechny organizace, které realizují péči o děti zdravotně postižené či ohrožené sociálním vyloučením. Bohužel se nemohou v současné době opírat o žádný legislativní rámec, který by jasně stanovil všechny možné alternativy a varianty tohoto projektu. Cíl je však pro všechny stejný, a tím je úspěšně začlenit osoby se zdravotním postižením do společnosti a „naučit je bydlet“.

Doufám, že má práce bude moci v současné době přispět k osvětě v oblasti podpory samostatného bydlení a k zavádění dalších podobných projektů, jako je Modelové chráněné bydlení v DC ARPIDA, na podporu samostatného bydlení během povinné školní docházky do dalších organizací.

A aby organizace mohly tyto projekty zavádět, doufám, že v dohledné době dojde k legislativnímu zakotvení Modelového chráněného bydlení, či jiné služby na podporu samostatného bydlení již během školní docházky.

Na úplný závěr bych ráda uvedla úryvek ze Standardních pravidel pro rovné příležitosti pro lidi s postižením, které vydala OSN v roce 1993 a které zcela vystihují,

to, oč se snaží ucelený systém rehabilitace, obohacený o dva roky starý projekt Modelového chráněného bydlení při DC ARPIDA v Českých Budějovicích:

"Lidé s postižením jsou členy společnosti a mají právo setrvat uvnitř vlastní komunity v daném místě. Mělo by se jim dostávat potřebné podpory v rámci běžné struktury vzdělávacích, zdravotních, pracovních a sociálních služeb."

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZROJŮ

Literární zdroje a publikace

- (1) BROWN, S.E. *Nezávislý způsob života: teorie a praxe*. Praha, Sbor zástupců organizací zdravotně postižených, 1994. 28 s. ISBN: neuvedeno
- (2) BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu*. Brno: institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN: 80-7013-311-2.
- (3) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1993, 374 s. ISBN: 80-246-0139-7
- (4) FILIPIOVÁ, D. *Život bez bariér: Projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada Publishing, 1998, 101s. ISBN: 80-7169-233-6
- (5) FILIPIOVÁ, D. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2002, 104s. ISBN: 80-86552-18-7
- (6) HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 1999, 170s. ISBN: 80-902081-8-5
- (7) HRDÁ, J., ŠROŇKOVÁ, M. *Osobní asistence jako cesta k samostatnému životu*. Praha: POV, 1996. ISBN: neuvedeno
- (8) HUTAŘ, J. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*, Praha: Národní rada zdravotně postižených, 168s. ISBN: 80-903640-2-0
- (9) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. ISBN: 80-7254-192-7
- (10) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. 224s. ISBN: 80-7254-329-6.
- (11) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice: 2005. 103s. ISBN: 80-7040-826-X.
- (12) JESENSKÝ, J. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. 175s. ISBN: 80-7184-030-0
- (13) JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN: 80-7184-030-0

- (14) KOMÁREK, V., ZUMROVÁ, A. *Dětská neurologie – vybrané kapitoly*. Praha: Koedice Galén - Karolinum, 2000, 195 s. ISBN: 80-246-0190-7
- (15) KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005, 344s. ISBN: 80-247-1018-8
- (16) KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. SPN: Praha: 1975. 206 s. ISBN: neuvedeno.
- (17) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum, 1985. 163 s. ISBN: neuvedeno
- (18) KUBÍČOVÁ, Z., KUBÍČE, J. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole*. Praha: Nakladatelství Septima, 2001. 32 s. ISBN: 80-7216-166-0
- (19) LANČ, J. *Právo a bezbariérové řešení staveb*. Praha: nadace ABF, 1995, 53 s. ISBN: 0862-4895
- (20) LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN: 80-244-1154-7
- (21) MATĚJČEK, Z. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: SPN, 1991, 335 s. ISBN: 80-04-24526-9
- (22) MATĚJČEK, Z. *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H&H, 1992, 16 s. ISBN: 80-85467-52-6
- (23) NOVOSAD, L. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: Kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. 50 s. ISBN: 80-7083-268-1
- (24) NOVOSAD, L. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením : uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000, ISBN: 80-7083-383-1
- (25) NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství : struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000, ISBN: 80-7178-197-5
- (26) NOVOTNÁ, M., KREMLIČKOVÁ, M. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. SPN, Praha: 1997. 115s. ISBN: 80-95937-60-3
- (27) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Paido: Brno 1996, ISBN: 80-8593165-6

- (28) PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití ve speciálně pedagogické praxi*. Brno: Masarykova univerzita, 1997, ISBN: 80-210-1595-0
- (29) SKOPEC, J. *Bezbariérové řešení staveb*. Praha: ABF, 2005. 80 s. ISBN: 80-86165-44-2
- (30) SLOMEK, Z. *Základy speciální pedagogiky*. ZSF JU, 2006 studijní text pro kombinovanou formu studia, 31 s. ISBN: neuvedeno
- (31) STEHLÍK, A. a kol. *Dítě s dětskou mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicenum, 1982, 125 s. ISBN: neuvedeno
- (32) STRAUSS, A.; CORBINOVÁ, J. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert, 1999, ISBN- 80- 85834- 60- X.
- (33) ŠLAPAL, R. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996, 42 s. ISBN: 80-85931-17-6
- (34) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN: 80-7367-060-7
- (35) TITZL, B. *Postižený člověk ve společnosti: hledání počátků*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1998. 120 s. ISBN: 86039-30-7
- (36) ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Učebnice metod sociální práce. Písek: renaissance, 2005. 128 s. ISBN: 80-86429-36-9
- (37) VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. 461 s. ISBN: 80-7315-071-9
- (38) VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství*. Brno: Masarykova univerzita, 2003. 261 s. ISBN: 80-86633-23-3
- (39) VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN: 80-7345-009-7
- (40) VYSOKAJOVÁ, M. *Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha: Karolinum, 2000. 139 s. ISBN: 80-246-0057-9

Webové stránky

- (41) <http://www.neziskovky.cz> [online] - Informační centrum neziskových organizací, o.p.s. – oficiální portál.
- (42) <http://www.nno.ecn.cz/> [online] – Informační portál pro nestátní neziskové organizace

- (43) <http://www.dcarpida.cz> [online] – Oficiální stránky Dětského centra ARPIDA v Českých Budějovicích
- (44) <http://www.dmoinfo.cz> [online] – Informační portál Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně
- (45) http://www.jr-spolecnost.cz/index.php?projekt_strana90 [online] – Oficiální stránky Jihočeské rozvojové společnosti a projektu STROOM DUB o.p.s.
- (46) <http://stroomdub.cz> [online] – Oficiální stránky centra STROOM DUB, o.p.s.
- (47) <http://www.mpsv.cz> [online] – Oficiální portal Ministerstva práce a sociálních věcí ČR
- (48) <http://www.evidencenno.portal.gov.cz> [online] – Portál veřejné správy České republiky
- (49) <http://www.kraj-jihocesky.cz> [online] – Oficiální sever provozovaný Krajským úřadem Jihočeského kraje
- (50) <http://www.arkadie.cz> [online] – Oficiální internetové stránky společnosti ARKÁDIE, společnosti pro komplexní péči o zdravotně postižené v Teplicích
- (51) <http://www.socialnirevue.cz> [online] – Internetový časopis Sociální revue– sociální práce a společenské otázky
- (52) <http://www.dobromysl.cz> [online] - internetový server poskytující komplexní informace o problematice zdravotního postižení
- (53) <http://www.helpnet.cz> [online] – Informační portál pro osoby se specifickými potřebami

Zákony a směrnice

- (54) Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, přijatý usnesením vlády České republiky ze dne 17.8.2005 č. 1004
- (55) Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, schválený usnesením vlády České republiky, ze dne 14. dubna 1998, Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, Praha: 2005

- (56) Vyhláška č. 369/2001 Sb. o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.
- (57) Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
- (58) Vyhláška 506/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 182/1991 Sb.
- (59) Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- (60) Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).
- (61) Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, platný od 1.1.2007
- (62) Zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu, platný od 1.1.2007
- (63) Zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi, platný od 1.1.2007

Odborná periodika

- (64) MŮŽEŠ, Noviny o šanci a důstojnosti pro každého, číslo 3, ročník XIV, červen 2006, Sdružení přátel konta Bariéry. ISSN: 1213-8908
- (65) PRÁVO A SOCIÁLNÍ PRÁCE, Noviny Ministerstva práce a sociálních věcí, ročník IV., číslo 1. ISSN: 0049-0962
- (66) PRÁVO A SOCIÁLNÍ PRÁCE, Noviny Ministerstva práce a sociálních věcí, ročník IV., číslo 2. ISSN: 0049-0962
- (67) PRÁVO A SOCIÁLNÍ PRÁCE, Noviny Ministerstva práce a sociálních věcí, ročník IV., číslo 3. ISSN: 0049-0962
- (68) SKOK DO REALITY, Speciální noviny o legislativě pro zdravotně postižené. Praha: Národní rada zdravotně postižených, ročník VII., číslo 2, registrace u Ministerstva kultury ČR pod číslem 13338
- (69) SKOK DO REALITY, Speciální noviny o legislativě pro zdravotně postižené. Praha: Národní rada zdravotně postižených, ročník VII., číslo 3, registrace u Ministerstva kultury ČR pod číslem 13338
- (70) VOZÍČKÁŘ, časopis nejen pro sedící, ročník XVI., číslo 1, registrace u Ministerstva kultury ČR pod číslem 6250

- (71) ZPRAVODAJ Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, ročník IX., číslo 1, Březen 2007, ISSN: 1802-0046

Ostatní podklady

- (72) Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, MPSV. ISBN: neuvedeno
- (73) KOZLOVÁ, L.: Výzkum v sociální oblasti. (14.11.2006) Dostupný z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm [online]
- (74) NÁPADNÍK: Sborník informací a rad pro vozíčkáře, Brno: Liga za práva vozíčkářů, 2006. 130 s. ISBN: neuvedeno
- (75) Průvodce sociálními službami města České Budějovice, 2006
- (76) PŘÍSTUPNOST STAVEB A ODSTRAŇOVÁNÍ BARIÉR, Školící skripta – II. Díl. Liga za práva vozíčkářů, ISBN: neuvedeno
- (77) Rovnost práv pro všechny. Přístup lidí s mentálním postižením k právům a spravedlnosti. Zpráva Inclusion Europe, Inclusion Europe: 2005. 44 s. ISBN: 2-87460-028-8
- (78) Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Praha: Sdružení zdravotně postižených v ČR, 1996. 19 s. ISBN: neuvedeno

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Bezbariérové prostředí a bydlení

Dětská mozková obrna

Chráněné bydlení

Modelové chráněné bydlení

Socializace a integrace

Tělesné a kombinované postižení

Ucelený systém rehabilitace

9. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BADL	Barthelův test běžných denních činností
BTX	Botulotoxin
CNS	Centrální nervová soustava
ČCE	Česká církev evangelická
DC	Dětské centrum
DMO	Dětská mozková obrna
FIM	Funktion independent measure = Funkční míra nezávislosti
IADL	Barthelův test rozšířených aktivit všedního dne
LTV	Léčebná tělesná výchova
PID	Plný invalidní důchod
SDR	Selektivní dorzální rizotomie
SPC	Speciálně pedagogické centrum
WHO	World health organization = světová zdravotnická organizace
ZTP	Zvlášť tělesně postižený
ZTP/P	Zvlášť tělesně postižený s potřebou průvodce

10. PŘÍLOHY

- (1) Organizační schéma DC ARPIDA
- (2) Smlouva o pobytu klienta v modelovém bydlení v rámci centra sociálně rehabilitačních služeb
- (3) FIM Test
- (4) FIM test – grafická podoba
- (5) Bartelův index – Hodnocení basálních ADL („BADL“)
- (6) Bartelův index – Hodnocení instrumentálních ADL („IADL“)
- (7) Nadace na pomoc zdravotně postiženým dětem
- (8) Adresář firem – kompenzační a rehabilitační pomůcky pro tělesně postižené
- (9) Hodnocení modelových činností DC ARPIDA
- (10) Dotazník určený pro rodiče dětí, kteří jsou uživateli služeb Dětského centra ARPIDA v Českých Budějovicích
- (11) Mezinárodní symbol hluchoty
- (12) Mezinárodní symbol přístupnosti
- (13) Symbol zařízení nebo prostoru pro zrakově postižené osoby
- (14) Kruhová péče v DC ARPIDA