

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Bakalářská práce**

Viktorie Volná

Péče o klienty s poruchou intelektu v době koronavirové pandemie v pobytových  
zařízeních

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Oldřicha Müllera, Ph.D. a použila samostatně a výhradně s použitím literatury uvedené v seznamu literatury dané práce.

Souhlasím, aby moje práce byla uložena na Univerzitě Palackého v Olomouci a zpřístupněna studijním účelům.

V Olomouci dne: 21. 4. 2022

Viktorie Volná

## **Anotace**

Tato bakalářská práce se zaměřuje na změnu v provozu pobytových zařízení pro jedince s poruchou intelektu v období pandemie nemoci COVID-19 s ohledem na zvládnutí nové situace pracovníky těchto zařízení, zabývá se zvládnutím nové situace jedinci s poruchou intelektu s přihlédnutím ke změně ve zvyklostech chodu těchto zařízení, dopadů na jejich psychiku a socializaci.

Klíčová slova: COVID-19, jedinec s poruchou intelektu, pobytové zařízení pro jedince s poruchou intelektu

## **Anotation**

This bachelor thesis focuses on the change in the operation of residential facilities for individuals with intellectual impairment during the COVID-19 pandemic with regard to coping with the new situation by employees of these facilities, deals with coping with new situation in individual with intellectual impairment taking into account the change in habit of these facilities, impacts on their mental health and socialization

Keywords: COVID-19, individual with intellectual disorder, residential facility for individuals with intellectual disorder

## **Poděkování:**

Ráda bych poděkovala panu doktoru Müllerovi za odborné vedení, během kterého mi dával cenné rady. Děkuji mu za trpělivost, kterou měl, když jsem se na něco ptala, abych byla s prací spokojená.

## Obsah

1	Úvod.....	7
2	Koronavirová pandemie.....	8
3	Pobytová služba.....	9
3.1	Týdenní stacionáře.....	9
3.2	Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	10
3.3	Domovy se zvláštním režimem.....	10
3.4	Chráněné bydlení.....	11
4	Poruchy intelektu.....	12
4.1	Etiologie.....	13
4.1.1	Prenatální příčiny.....	13
4.1.2	Perinatální příčiny.....	13
4.1.3	Postnatální příčiny.....	14
4.2	Stupně poruch intelektu.....	15
4.2.1	Lehká porucha intelektu.....	16
4.2.2	Středně těžká porucha intelektu.....	17
4.2.3	Těžká porucha intelektu.....	17
4.2.4	Hluboká porucha intelektu.....	18
5	Praktická část.....	20
5.1	Úvod praktické části.....	20
5.2	Metody sběru dat dotazníkového šetření.....	20
5.2.1	Předvýzkum.....	21
5.3	Dotazníkového šetření.....	22
5.4	Interpretace dotazníkového šetření.....	35
5.5	Závěr praktické části.....	38

Závěr.....	40
Seznam zkratek.....	41
Seznam bibliografických citací: .....	42
Internetové zdroje.....	44

# 1 Úvod

Úroveň péče je pro jedince s poruchou intelektu v pobytových zařízeních velmi důležitá, jelikož nahrazuje pocity, kterým se intaktní společnosti běžně dostává v domácím prostředí – jedná se především o pocit chtění a lásky.

Další důležitou složkou péče je přímá péče o tyto jedince. Dále práce řeší problematiku nově přichozích opatření a nařízení, která se musela ze dne na den začít dodržovat. V důsledku těchto nařízení panoval v celé společnosti velký chaos, při kterém měla velmi málo informací, které by vedly k celkové spokojenosti společnosti. Tyto obavy a změny přetrvávaly nejvíce od jara 2020 do jara 2021 – to je tedy období, kterým se práce zabývá.

Tato práce je rozdělena do dvou částí – část teoretická a část praktická. Teoretická část se zabývá terminologií, pobytovými službami a jejich typy, a koronavirovou pandemií. Zajímavě obsaženou kapitolou je kapitola zabývající se poruchami intelektu. Jelikož je toto téma poměrně nové a mladé, nenašli jsme žádnou literaturu, která by se zabývala péčí v době pandemie. To je hlavní důvod, proč jsme se více a podrobněji zaměřili na následující praktickou část této práce.

Hlavními cíli praktické části bylo zjistit, jaké dopady měla opatření a rušení akcí a programů především na psychickou stránku uživatelů námi vybraných pobytových zařízení. Také se práce zabývá schopností těchto jedinců se vyrovnat s nově přichozími změnami, které mají na jedince s poruchou intelektu vysoký vliv. A to jak psychicky, tak také v sociálních kruzích. Tato část neopomíjí pracovníky těchto pobytových služeb, kteří jsou nedílnou součástí naší cílové skupiny – jedinců se sníženou poruchou intelektu.

## 2 Koronavirová pandemie

COVID-19 je označení pro infekci způsobenou koronavirem SARS-CoV-2, který se poprvé objevil koncem roku 2019 ve Wu-chanu v Číně. Během krátké doby se nové onemocnění nazvané později COVID-19 způsobené dosud nepopsaným koronavirem SARS-CoV-2 rozšířilo do celého světa. Dne 11. března 2020 Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) prohlásila šíření koronaviru za pandemii. (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022).

Zástupkyně ombudsmana Mgr. Monika Šimůnková v červenci 2020 uvedla *„Dlouhodobá absence osobního kontaktu vede ke strádání u všech zainteresovaných. Rovněž téměř dvouměsíční zákaz vycházení z objektu v případech, kdy zařízení nemělo vlastní zahradu, vede k sociální izolaci a negativnímu vlivu na psychické i fyzické zdraví klientů. Podporuji zařízení, aby hledala cesty, jak bránit vnesení nákazy, aniž by docházelo k sociální izolaci. Poskytovatelé sociálních služeb by měli v každém případě úzce spolupracovat s krajskými hygienickými stanicemi a řídit se jejich doporučeními. V této věci už jsem také jednala s ministrem zdravotnictví.“* (Kancelář veřejného ochránce práv, 2022).

Kopecká o koronavirové pandemii napsala, že přišla v postní době, kdy se obvykle musíme k vlastní myšlenkové inventuře tak trochu nutit, tentokrát to šlo celkem samo. To, co bylo doposud obyčejné, se nyní stává nejcennějším – setkání se s lidmi, objetí, pusa či podání ruky. „Nemůželi ven, jdi dovnitř“ se stalo jakýmsi symbolem především počátku koronavirové pandemie. Všechno se najednou změnilo. Zčistajasna jdou dělat věci, které byly až nemyslitelné. Najednou si lidi neřekli, že “na to nemají čas“, protože jej najednou prostě měli. Je to možnost se dozvědět něco o sobě samém, dělat věci jinak, anebo si odpočinout. (Kopecká, 2020).



### 3 Pobytová služba

Dle Černé lze pro základní pojmosloví pobytové služby vyjít z vymezení ústavu proti chráněnému bydlení. Kanadská asociace pro komunitní bydlení (in Černá, 2015) uvádí: „*Ústav je jakékoliv místo, ve kterém jsou lidé označení jako mentálně postižení izolováni, segregováni a/nebo kongregováni. Ústav je jakékoliv místo, ve kterém lidé nemají dovoleno rozhodovat o svých životech a jejich každodenních rozhodnutích. Ústav není vymezen výhradně svojí velikostí.*“ (Deinstitutionalisation Task Force, 2004). Černá dále uvádí obsah pobytové služby, který by měl být přizpůsoben člověku s mentálním postižením. Od této služby je žádáno, aby dbala na individuální aspekty jedincových schopností a možností tak, aby bylo dosaženo co nejvyššího osamostatnění jedince v oblasti bydlení a potřebné podpory v sebeobsluze. (Černá, 2015).

Valenta a Müller uvádějí, že postoje personálu v pobytových službách významně ovlivňují rozvoj a životní úroveň uživatelů těchto služeb. Tato zařízení by měla poskytovat bydlení, asistenci, zdravotní péči, zaopatření, rehabilitaci, zájmové činnosti, výchovu a vzdělávání, přičemž výchova v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zabývá nejpotřebnějšími psychickými a fyzickými schopnostmi. Všechny aktivity, které jsou tvořeny pro uživatele, nebo je žádáno po uživateli, aby je vykonávali, musejí být v souladu s jejich individuálními schopnostmi. (Valenta, Müller, 2013).

#### 3.1 Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

**Služba podle prvního odstavce obsahuje tyto základní činnosti:**

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### **3.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

**Služba podle prvního odstavce obsahuje tyto základní činnosti:**

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

### **3.3 Domovy se zvláštním režimem**

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

**Služba podle prvního odstavce obsahuje tyto základní činnosti:**

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

### 3.4 Chráněné bydlení

Dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je chráněné bydlení pobytová 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 podle prvního odstavce obsahuje tyto základní činnosti:**

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Chráněné bydlení je sociální služba, která se zabývá problematikou samostatného bydlení, jež se maximálně podobá běžnému samostatnému bydlení. Je dvojího typu – samostatného a skupinového. Hlavním cílem služby je umožnit lidem s postižením takové prostředí, které se co nejvíce podobá tomu domácímu tak, aby se tito jedinci mohli vymanit z ústavního zařízení. Jedinci tak mohou dosáhnout vyššího rozvoje v jejich samostatnosti a rozvíjet dovednosti tak, aby žili plnohodnotným životem v běžné komunitě. (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

*„Velmi důležitým přínosem chráněného bydlení pro uživatele je vytváření vztahů s dalšími lidmi a možnost vytvoření přirozené sociální sítě.“* (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

## 4 Poruchy intelektu

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) je publikace Světové zdravotnické organizace (v originále International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zkráceně ICD), která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. Dle MKN – 10 jsou poruchami intelektu míněny takové stavy zastaveného či neúplného duševního vývoje, které je možno charakterizovat zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence – poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Poruchy intelektu se mohou projevat samostatně anebo s přidruženými somatickými či duševními poruchami. (MKN -10)

Dle MKN – 10 mají dospělé osoby s poruchou intelektu tyto subjektivní potíže:

- Problémy se zvládnutím běžných úkonů denní činnosti
- Problematický normální vývoj (partnerské a pracovní vztahy, potíže při výchově dětí...)

Osobě s poruchou intelektu dle MKN – 10 pomůže časné cvičení k co největší soběstačnosti jedince, a také je dobré vědět, že osoby s poruchou intelektu mohou vytvářet láskyplné vztahy. Rodinám a lidem okolo těchto osob se doporučuje odměňovat jejich snahu, dovolit jim fungovat na nejvyšší úrovni jejich schopností ve škole, zaměstnání, práci, společnosti. (MKN – 10)

Stupeň poruchy intelektu se obvykle zjišťuje pomocí měření standardizovanými testy inteligence. Některé tyto testy mohou být nahrazeny škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Tyto škály určují jen přibližný stupeň poruchy intelektu. Celková diagnóza se odvíjí od všeobecných intelektových funkcí. Diagnózu určuje školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času, a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat po dodržování různých cvičení a rehabilitací. Diagnóza je tedy proměnlivá, vždy by měla odpovídat aktuálnímu stavu. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR)

## 4.1 Etiologie

Černá uvádí, že mezi lidmi s poruchou intelektu existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku poruch intelektu a jejich kombinací. Důležité je si uvědomit, že u každého jedince většinou nelze určit, zda je jeho postižení dáno jen biologickými jevy a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí jevy sociální – tyto faktory se u člověka prolínají. Primární postižení může být pozitivně i negativně ovlivněno podnětnými či nepodnětnými vlivy sociálního prostředí a životními zkušenostmi. Neméně důležitý je i časový faktor. Záleží, kdy a v jakých souvislostech k postižení došlo. Přes veškeré pokroky biologických věd zůstává mnoho příčin vzniku doposud neznámých. (Černá, 2015).

### 4.1.1 Prenatální příčiny

Existuje celá řada prenatálních příčin poruch intelektu. Mohou to být **vlivy dědičné – hereditární**. Mezi tyto vlivy řadíme nejen nemoci zděděné po předcích, které postupně vedou k poruše intelektu, nýbrž také to, kdy dítě nezdedí po rodičích dostatečné vlohy k určitým činnostem. Další specifickou kategorií jsou **genetické příčiny**, kdy dochází k mutaci genů, odchylce či změně počtu chromozomů (nejznámější je trizomie na chromozomu 21 – Downův syndrom). **Enviromentální faktory a nemoci matky** jsou další skupinou prenatálních vlivů na vznik poruchy intelektu. Zde platí, že čím dříve se patologie objeví, tím fatálnější následky to bude mít na zdraví dítěte. Do této skupiny řadíme zarděnky, otravy olovem, přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky, nedostatečnou výživu apod. (Valenta, Müller, 2013).

### 4.1.2 Perinatální příčiny

Valenta, Müller uvádějí, že délka porodu nemá na vznik poruchy intelektu vliv, pokud nedojde k mechanickému poškození mozku. Naopak jistý vliv má na vznik poruchy intelektu věk rodičky (zejména u novorozenců rodiček nad 35 let). „*K dalším perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubémie, pro které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu Rh faktorů).*“ (Valenta, Müller, 2013).

### 4.1.3 Postnatální příčiny

Po narození se může vyskytnout spousta komplikací, které jsou příčinou poruchy intelektu. Patří mezi ně zánět mozku způsobený mikroorganismy, mechanické vlivy (traumata), mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku, a v pozdějším období také onemocnění vedoucí ke zhoršení mentálního zdraví – Alzheimerova choroba, alkoholová demence, epileptická demence apod. Na vzniku poruchy intelektu se mohou podílet taky senzoričká, citová či sociokulturní deprivace. Velmi záleží, zda se jedinec (především děti) vyskytují v podnětném prostředí – podporující rodina a přátelské okolí.

Porucha intelektu je charakterizována podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptivního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž tento stav se objevuje do 18. roku věku. Intelektové funkce (také intelekt) odkazují na obecnou mentální kapacitu, kam patří schopnost poznávání, učení se, logického myšlení řešení problémů a vzniklých situací, přizpůsobení se novému a další schopnosti. (AAIDD, Schalock, 2007). Jedinci s poruchou intelektu mají narušené také kognitivní funkce: smyslovou percepci, paměť, pozornost, emoce, vůli, aspirace (sebehodnocení) a myšlení.

Dle Vágnerové (2000) lze oblasti psychického vývoje rozdělit do tří následujících oblastí:

- Biosociální vývoj – tělesný vývoj a všechny akce se změnou propojené.
- Kognitivní vývoj – obsahující všechny psychické vývoje, jež se podílí na lidském myšlení, poznání, rozhodování a učení.
- Psychosociální vývoj – ovlivněn vnějšími faktory, zahrnují se do něj způsoby prožívání, osobní charakteristika, mezilidské vztahy a sociální pozice jedince.

Znaky psychického vývoje jsou zákonité procesy v posloupnosti za sebou jdoucích vývojových fází, celistvé procesy somatických a psychických složek, jež se navzájem doplňují a procesy vývoje, jejichž průběh a charakteristické vlastnosti jsou individuální. To vše není plynulé a rovnoměrné. (Vágnerová, 2000).

Vnější možné rizikové faktory vzniku poruchy intelektu v prenatálním období byly vyjádřeny v preventivním desateru *Association for Retarded Citizens*. Toto ženám doporučuje (Vrzal, 1996):

- Navštívit lékaře nejméně tři měsíce před plánovaným otěhotněním.

- Jíst správnou stravu.
- Nepít alkoholické nápoje.
- Chránit se očkováním – především proti zarděnkám, hepatitidě typu B a přeočkovat proti spalničkám.
- Skončit s kouřením.
- Navštívit genetickou poradnu – ve vyšším věku rodičky a v případě výskytu rizikové rodinné anamnézy.
- Vyvarovat se brání léků bez příslušného doporučení lékaře.
- Vyvarovat se vystavení působení rentgenového záření.
- Vyhnout se jakýmkoliv infekčním nemocem.
- Pravidelně navštěvovat svého lékaře.

## 4.2 Stupně poruch intelektu

Pro ucelení uvádíme rozložení intelektu dle MKN – 10: lehká porucha intelektu IQ 50–69, středně těžká porucha intelektu IQ 35–49, těžká porucha intelektu IQ 20–34, hluboká porucha intelektu IQ 0–20. Dále se pak uvádí jiná porucha intelektu a nespecifikovaná porucha intelektu.

Při diagnostikování poruch intelektu se vychází z psychologického vyšetření kognitivních funkcí – intelektových, exekutivních a vývojových škál, posouzení adaptivního chování, a míra schopnosti zvládnání běžných socio-kulturních nároků. Dále je kladen důraz na neuropsychologický rozbor, anamnézu zaměřenou na biologické a psychosociální faktory. Výše IQ je relevantní jen tehdy, pokud je vyšetřovaný adekvátně motivován a profil nevyjadřuje významné rozdíly. (Lečbych, 2018).

Komplexní diagnostika se skládá z vyšetření psychopeda, logopeda, sociálního pracovníka a psychologa či psychiatra. Přičemž psychopedická diagnostika neurčuje diagnózu. Výsledkem komplexního vyšetření je jen hodnota jedincových možností a schopností, která se může v průběhu života měnit, proto je dobré pravidelně navštěvovat školní poradenské pracoviště – pro klienty s poruchami intelektu či jiným duševními poruchami jsou určena speciálně pedagogická centra. (Valenta, 2018)

Při hodnocení adaptability a sociálních dovedností lze využít anamnézy, klinických nástrojů a evaluační škály. Nejčastěji používanou metodou hodnocení je Vinelandská škála sociální zralosti (Kožený, 1965), zaměřená na mapování celkové soběstačnosti, soběstačnosti v jídle, při oblékání, na samostatnost, komunikaci, motoriku, sociální začlenění (např. při hře). Tato diagnostika pracuje s výpověďmi rodičů či opatrovníků klientů a sleduje se běžné chování diagnostikovaného. (Valenta, 2018)

#### **4.2.1 Lehká porucha intelektu**

Jedinci s lehkou poruchou intelektu jsou vzdělavatelni ve speciálních a někdy i běžných základních školách (s dopomocí asistenta pedagoga). Tuto poruchu mohou doprovázet i poruchy učení, které lze kompenzovat vhodným speciálně pedagogickým působením – podpůrná opatření. Vykonávají méně kvalifikovanou či nekvalifikovanou manuální práci. Jedinci s lehkou poruchou intelektu potřebují sociální a emocionální podporu a péči. Jsou schopni samostatného života, ovšem lepší je pro ně život ve skupinách či pod dohledem – chráněné zaměstnání, chráněné bydlení. V dospělosti dosahují mentální úrovně dítěte středního školního věku (Pugnerová, Kvintová, 2016). Obvykle jsou jedinci s lehkou poruchou intelektu schopni vykonávat jednoduchá zaměstnání a pohybovat se v sociálně nenáročném prostředí bez omezení a problémů. Jedinci s lehkou poruchou intelektu vykonávají nejčastěji zaměstnání, která vyžadují spíše praktické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce. (Valenta, Müller, 2007).

Jedinci s lehkou poruchou intelektu jsou schopni užívat účelně řeč v každodenním životě. Jsou schopni udržovat konverzaci, komunikovat a začlenit se do sociálního prostředí bez závažnějších obtíží, a to i přes to, že rozvoj řeči je u jedinců s lehkou poruchou intelektu oproti vývojové normě opožděn. Řeč jedinců s lehkou poruchou intelektu dospívá až na úroveň II. signální soustavy, tj. ke schopnosti zobecňování a abstrahování, ale vážne u nich schopnost usuzování. (Valenta, Müller, 2007).

Dle Pastierikové se IQ těchto jedinců pohybuje v rozmezí od 50–69, což odpovídá věku 9 – 12 let dítěte. Nejvíc jde odlišnost vidět v oblasti myšlení, a to především v dedukci, abstrakci a úsudku). Tito jedinci mají narušenou řeč po formální a obsahové stránce. (Kroupová, 2016)



#### **4.2.2 Středně těžká porucha intelektu**

Bartoňová (in Pugnerová, Kvintová, 2016) uvádí, že jedinci se středně těžkou poruchou intelektu jsou nevzdělavatelni, avšak jsou vychovatelní. Porucha bývá často doprovázena dalšími postiženími, jako jsou tělesná postižení, neurologická onemocnění (epilepsie) a výjimečně psychiatrickou symptomatikou. Jedinci již nejsou schopni samostatného života, proto žijí v rodinách či v domovech s celodenní péčí. S vnější dopomocí jsou schopni se o sebe alespoň trochu postarat. V chráněném zaměstnání pracují rukama (př. pletení košíků, práce na tkalcovském stavu). V dospělosti jejich mentální úroveň dosahuje předškolního věku dítěte. (Pugnerová, Kvintová, 2016).

U jedinců se střední poruchou intelektu je z vývojového hlediska výrazně opožděno porozumění obsahu řeči, jakož i rozvoj expresivní složky řeči. Mezi jedinci se střední poruchou intelektu existují značné interindividuální rozdíly, a to právě i ve vztahu ke komunikaci. Stupeň rozvoje řeči je značně variabilní. Někteří jedinci se střední poruchou intelektu jsou schopni zvládat konverzaci, ať již verbálně, nebo dokonce na bázi alternativní a augmentativní komunikace, zatímco druzí dokážou jen stěží vyjádřit své potřeby. Existují i jedinci se střední poruchou intelektu, kteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit funkčně používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace. (Lechta, 2000). Jedinci se střední poruchou intelektu mluví poměrně jednoduše se špatnou artikulací. Obsah jejich vět je strohý a gramaticky nesprávný.

Středně těžká porucha intelektu se dle Pastierikové pohybuje v pásmu IQ od 35 do 49, což u dospělých osob odpovídá 3–9 letům dítěte. Jejich slovník je jednoduchý, skládají jednoslovné věty, a jejich řeč dosahuje úrovně konkretizace. Dospělí jedinci jsou schopni pracovat s různým stupněm podpory.

#### **4.2.3 Těžká porucha intelektu**

Jedinci s těžkou poruchou intelektu mají mimo poruchy intelektu také poruchy motoriky (kývavé stereotypní pohyby) a výraz ve tváři dává jasně najevo nízkou mentální úroveň. Celkový obraz bývá doplněn projevy agresivity, afekty, stereotypními pohyby, sebepoškozováním, či hrou s fekáliemi. Jelikož většina jedinců není schopna samostatného života, a péče o ně je náročná (hygienická, sociální i psychická), žijí v pečovatelských domovech s celodenní péčí

profesionálních pracovníků. V dospělém věku je jejich mentální úroveň srovnatelná s úrovní mladšího batolecího věku. (Pugnerová, Kvintová, 2016).

I přesto, že jsou možnosti výchovy a vzdělávání jedinců s těžkou poruchou intelektu značně omezeny, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality jejich života. Při soustavné výchovné péči, zpravidla v základní škole speciální s využitím rehabilitačního vzdělávacího programu, jsou schopni vykonávat některé jednoduché úkony. (Švarcová, 2006).

U jedinců s těžkou poruchou intelektu se často jedná o kombinované postižení tělesné deformity, poruchy hybného aparátu a smyslové vady, motorické poruchy s příznaky celkového poškození cévní nervové soustavy. U některých jedinců s těžkou poruchou intelektu lze současně diagnostikovat dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které výrazně ovlivňují klinický obraz postižení. Často jsou k těžké poruše intelektu přidružena tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména pak epilepsie, popř. psychiatrická onemocnění. (Švarcová, 2006).

Dle Pastierikové jsou pro osoby s těžkou poruchou intelektu typické opoždění psychického vývoje a motorického vývoje (stání, sezení, nekoordinovanost pohybů). Jejich IQ se pohybuje v pásmu od 20 do 34, což odpovídá 3–6 letům dítěte. Tito jedinci jsou schopni se naučit základním hygienickým návykům, základní sebeobsluze a jednoduchým pracím – přesto jsou trvale závislé na péči jiných osob. (Kroupová, 2016)

#### **4.2.4 Hluboká porucha intelektu**

Jedinci s hlubokou poruchou intelektu mají mimo poruchy intelektu i další postižení. Jedná se o postižení tělesné, smyslové spojené s imobilitou a inkontinencí, neurologická onemocnění a další obtíže spojené s celou škálou nemocí. Jedinci nejsou absolutně schopni samostatného života, a jsou zcela závislí na pomoci a péči ostatních. Žijí v domovech s pečovatelskou službou, protože potřebují permanentní dozor. (Pugnerová, Kvintová, 2016).

Expresivní složka se u jedinců s hlubokou poruchou intelektu téměř nevyvíjí. Většinou dokážou upozornit na svoje potřeby, city, popř. se projevují formou neartikulovaných zvuků, které ojedinele modulují podle momentálního citového rozpoložení. U jedinců s hlubokou poruchou intelektu je výrazně narušeno i nonverbální chování. (Klenková, 2004).

Ačkoliv je motorika, sensorika, kognice, komunikace, sebeobsluha a sociální adaptace u těchto jedinců na velmi nízké, takřka na základní úrovni, je třeba i přes jejich vývoj neustále na odpovídající úrovni stimulovat. (Opatřilová, 2005).

Pastieriková uvádí, že osoba s hlubokou poruchou intelektu má IQ v do 20 (odpovídá věku do 3 let). Jedná se o celkové narušení neuropsychického vývoje a žádný až minimální rozvoj motoriky. Řeč se projevuje na základní (pudové) úrovni – skřeky. Stav těchto jedinců zapříčiní jejich téměř žádnou samostatnost – potřebují pomoc při hygieně, pohybu i komunikaci. (Kroupová, 2016)

## **5 Praktická část**

### **5.1 Úvod praktické části**

Cílem praktické části je především popsání způsobu péče o jedince s poruchou intelektu v pobytových zařízeních v době koronavirové pandemie z pohledu pracovníků. Tato bakalářská práce se nezabývá pouze uživateli pobytových služeb, nýbrž i dopady pandemie na pečovatele těchto jedinců, jelikož si myslíme, že dobré psychické naladění je pro dobrý rozvoj jedinců se sníženým intelektem stěžejní.

K naplnění těchto cílů jsme si určili tyto výzkumné otázky:

- 1) Jak se lišil provoz zařízení během pandemie od provozu před pandemií?
- 2) Jak se během tohoto období změnila péče pro pracovníky přímé péče?
- 3) Jak se změnily potřeby osob s poruchou intelektu v pobytových zařízeních v době koronavirové pandemie?

Věnujeme se také adaptaci těchto jedinců na novou situaci, jejich přijetí nových a mnohdy velmi přísných opatření či doporučení jak ze strany české vlády, tak ze strany samotných pobytových zařízení, ve kterých jedinci žijí či žili. Naše práce se nejvíc odvíjela od otázek, jaké potřeby jedinců se změnila nejvíce – doufali jsme, že pomocí šetření vyjde najevo, jak důležité jsou sociální vztahy jedince s poruchou intelektu důležité. Druhou neméně důležitou otázkou pro nás bylo zjistit, jak vnímali celou pandemickou situaci pracovníci, kteří se o tyto jedince starají – jaké dopady měla pandemie na jejich péči.

### **5.2 Metody sběru dat dotazníkového šetření**

Dotazníky jsme rozeslali v elektronické podobě s internetovým odkazem do e-mailových schránek ředitelů a vedoucích pobytových zařízení v Moravskoslezském kraji, které jsme požádali nejprve o kontrolu dotazníků, aby je pak s jejich souhlasem mohli pracovníci přímé péče / též pracovník v sociálních službách (dále jen pracovník přímé péče) vyplnit. Jelikož v době sběru dotazníků byla koronavirová pandemie na vrcholu, nebyli jsme schopni ovlivnit způsob vyplňování a především kontrolovat, aby dotazníky byly opravdu vyplněny osobami v přímé péči s jedinci.

### 5.2.1 Předvýzkum

Na základě předvýzkumu, který probíhal v jednom pobytovém zařízení v Moravskoslezském kraji, jsme si pro tuto práci vybrali kvantitativní dotazník určený pro náš výzkum. V rámci předvýzkumu byly uskutečněny rozhovory s pracovníky v jedné pobytové službě v Moravskoslezském kraji, kde jsme působili několik týdnů na praxi. Pomocí těchto rozhovorů bylo zjištěno, na které otázky se náš výzkum bude zaměřovat – kterým otázkám se výzkum bude věnovat.

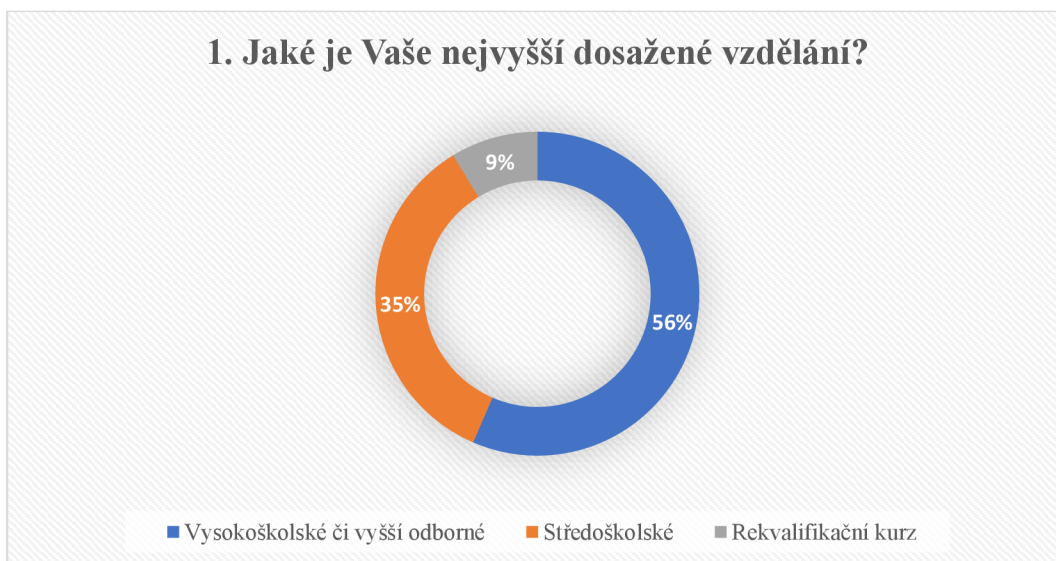
Vyjma rozhovoru s pracovníky pobytového zařízení byl veden rozhovor s maminkou muže P. (30 let), který má diagnostikovanou středně těžkou poruchou intelektu a autismus. Rozhovor probíhal na jaře 2021, a byl pro nás velmi přínosný a zajímavý. Pan P. bydlí s adoptivními rodiči u nich doma. Ví, že jednou rodiče zemřou, a on zůstane v domě sám. Proto pro něj maminka hledala práci v podporovaném zaměstnávání, kde by se postupně učil žít a pracovat tak, aby jednou mohl žít v chráněném bydlení.

Pracovní uplatnění je pro jedince s poruchou intelektu významným projevem společenské emancipace. Na jejich osobnostní rozvoj má skutečnost, že vykonávají práci a mohou si vydělat peníze vysoký vliv. Zvyšuje se tak jejich sebevědomí, ekonomické i sociální postavení ve společnosti. (Krejčířová, Kozáková, 2013).

Rozhovor ukázal dopady na psychickou a fyzickou stránku pana P. Několik měsíců před prvním lockdownem, kdy byly zakázány návštěvy sociálních služeb, se naučil jezdit pravidelně na kole, koloběžce či pěšky chodit do tamní samoobsluhy. Nedokázal ovšem pochopit, že musí mít zakryté dýchací cesty – v tomto období byla opatření a nařízení velmi přísná. Naštěstí jej lidé v jeho okolí znali, tak na něj nepokřikovali, aby si nasadil roušku – „jen“ se s ním moc nebavili z důvodů obav o vlastní zdraví, on to ovšem vnímal jako jeho osobní selhání. Tento rozhovor byl pro výběr tématu této práce inspirací.

Mimo jiné nám předvýzkum pomohl odhalit náš výzkumný vzorek. Nejprve jsme si určili lidi pracující v pobytových zařízeních, poté jsme se rozhodli pro lidi pracující s jedinci s poruchou intelektu v přímé péči, abychom se tak dostali „co nejbliže k jedincům“.

### 5.3 Dotazníkového šetření



Graf č. 1 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Zdroj: vlastní výzkum

Předmětem otázky č. 1 bylo zjistit nejvyšší dosažené vzdělání osob poskytujících přímou péči jedincům s poruchou intelektu. Jak vyplývá z výše uvedeného grafu, je nejpočetnější skupina osob s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, která čítá celých 56 %. Naproti tomu nejméně početnou je skupina osob s rekvalifikačním kurzem, a to 9 %. Středoškolsky vzdělaní jsou zastoupení 35 %.

Lidé s vysokoškolským vzděláním mají na starosti socializaci v širším slova smyslu, zajišťují klientovu administrativu, plánují programy. Starají se o jejich zdraví psychické formou mnohých terapií, a také tělesné, např. v podobě ergoterapie či plánování různých aktivizačních činností.

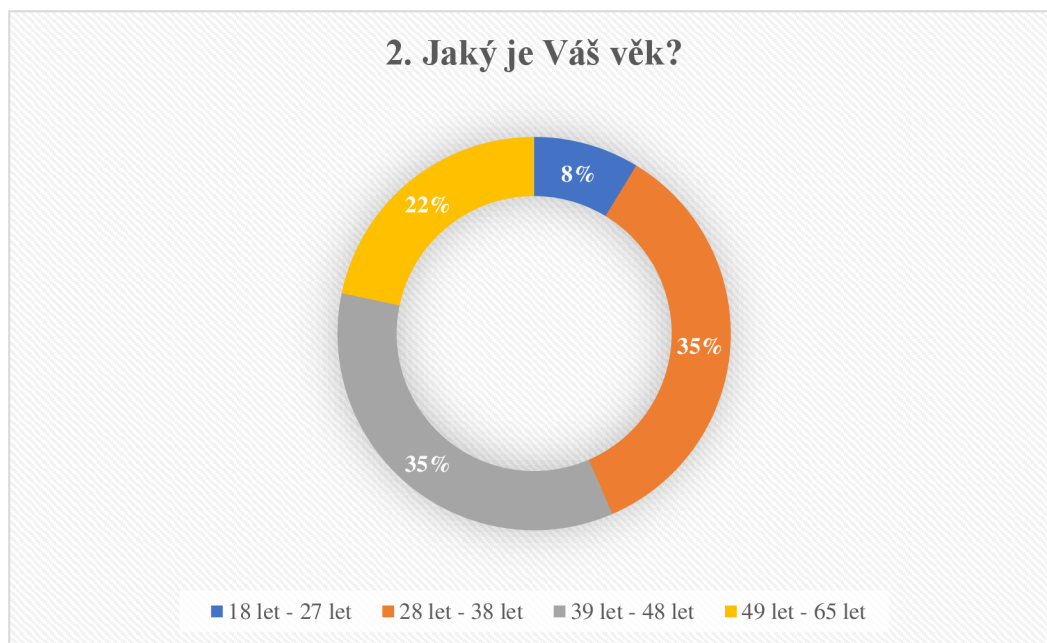
Osoby se středoškolským vzděláním či akreditovaným kurzem poskytují přímou péči. Sazimová ve své rigorózní práci uvádí typovou pozici dle Musila, Kubalčikové a Hubíkové (2006), přičemž jednotícím označením je „pracovník pro zdravotně-pečovateľskou činnost“. Kvalita vzdělávacího programu pracovníků přímé péče je zajišťována Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) dle §116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Sazimová, 2008). Dle tohoto ustanovení se pracovníkem přímé péče rozumí ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči osoby, základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, provádění volnočasových aktivit a mnohé další.

Naše očekávání, že přímou péčí s klienty provádí pracovníci sociální péče, kteří mají adekvátní rekvalifikační kurz, během kterého se učí, jak o takové klienty pečovat, zejména pak, jak pečovat o jejich hygienu, zdraví a stravu, nebylo zcela naplněno.

Ze získaných dat vyplynul naprostý opak. Jako vysvětlení tohoto jevu se nabízí, a námi bylo přijato, že okolnosti, za kterých byl sběr dat prováděn, byly specifické tím, že byl prováděn v období vrcholící pandemie. Přísná hygienická opatření, izolace a vysoká nemocnost pravděpodobně donutila zaměstnance oslovených zařízení vykonávat i činnosti za své kolegy, mnohdy na naprosto jiných pozicích.

Tady se nabízí prostor pro nový výzkum, provedený v období stabilizovaném, kdy by bylo potřebné ověřit nejvyšší dosažené vzdělání osob poskytujících službu péče o jedince s poruchou intelektu.

V tuto chvíli nelze než konstatovat, že množství osob s rekvalifikačním kurzem a středoškolským vzděláním je menší než skupina osob vysokoškolsky vzdělaných. Tato situace se jeví v poskytování přímé péče ne-li přímo jako kritická, tak hodna zřetele. Pokud přímou péčí zajišťují vysokoškolsky vzdělané osoby, musí pak logicky chybět na svých místech.



Graf č. 2 – Jaký je Váš věk?

Zdroj: vlastní výzkum

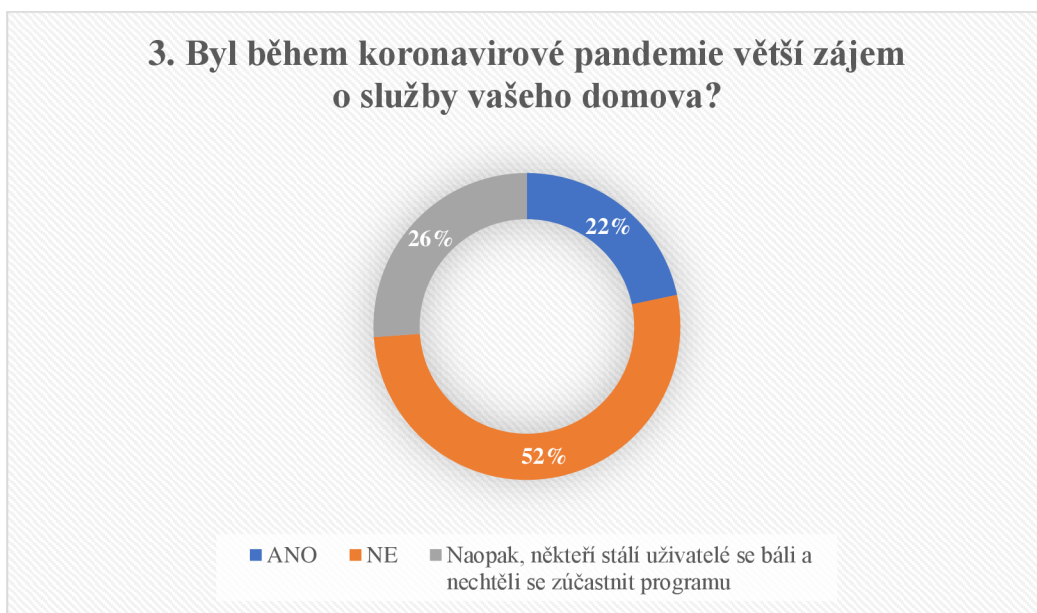
Předmětem otázky je zjištění, v jaké věkové struktuře se nacházejí osoby poskytující službu péče o lidi s poruchou intelektu. Jak vyplývá z grafu č. 2, nejpočetnější skupina je ve věkovém rozmezí 28–38 a 39–48 let, a to shodně 35 %. Nejméně početnou skupinu, pouhých 8 %, tvoří mladí lidé, a to konkrétně ve věku 18–27 let. Naopak nejstarší osoby poskytující tuto službu ve věkovém rozmezí 49–65 let tvoří 22 %.

Z odpovědí na tuto otázku vyplývá, že v současné době o klienty s poruchou intelektu starají osoby v mladším středním a ve středním věku. To je jistě dobré zjištění, ovšem důležité je rovněž, jak dlouho tito lidé v tomto oboru pracují. Zároveň je alarmující skutečnost, že tomuto oboru se věnuje tak málo mladých lidí. Tato skupina je mnohem menší, než skupina ve věkové struktuře 49–65 let. Je tak zřejmé, že zaměstnanci poskytující službu péče o lidi s poruchou intelektu, budou chybět.

Služba péče o lidi s poruchou intelektu je velmi náročná, hrozí syndrom vyhoření. Jankovský uvádí, že syndrom vyhoření se projevuje víceúrovňovým vyčerpáním – fyzickým, emocionálním a mentálním. Toto vyčerpání je důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Z toho vyplývá, že se s tímto syndromem nejčastěji setkáváme u lidí v tzv. pomáhajících profesích. Vyhoření má mnoho fází – **nadšení** na začátku, poté se nadšení snižuje, a přichází **stagnace**. **V tomto období** již zaměstnanec není tolik zapálený do práce, poté se dostane do fáze **frustrace**, kdy zaměstnanci přestává dávat smysl jeho práce. Frustrace se překlene do fáze **úzkosti a apatie** – tyto stavy přirozeně vyplývají s předchozí (většinou) dlouhotrvající frustrace. Je to období, kdy je maximálně snížena nebo znemožněna možnost navrátit se zpět k normě. **Stres z vyhoření** je stav, ve kterém dělá zaměstnanec jen nezbytně nutné úkony (dle pracovní náplně). Výkon jeho práce je značně ovlivněn tělesným, emocionálním a mentálním vyčerpáním = **vyhoření** se stalo realitou. Nicméně poslední částí je **intervence**, která má za cíl se vymanit zaměstnance z tohoto bludného kruhu. (Jankovský, 2018).



### 3. Byl během koronavirové pandemie větší zájem o služby vašeho domova?



Graf č. 3 – Změny v zájmu o pobytové služby

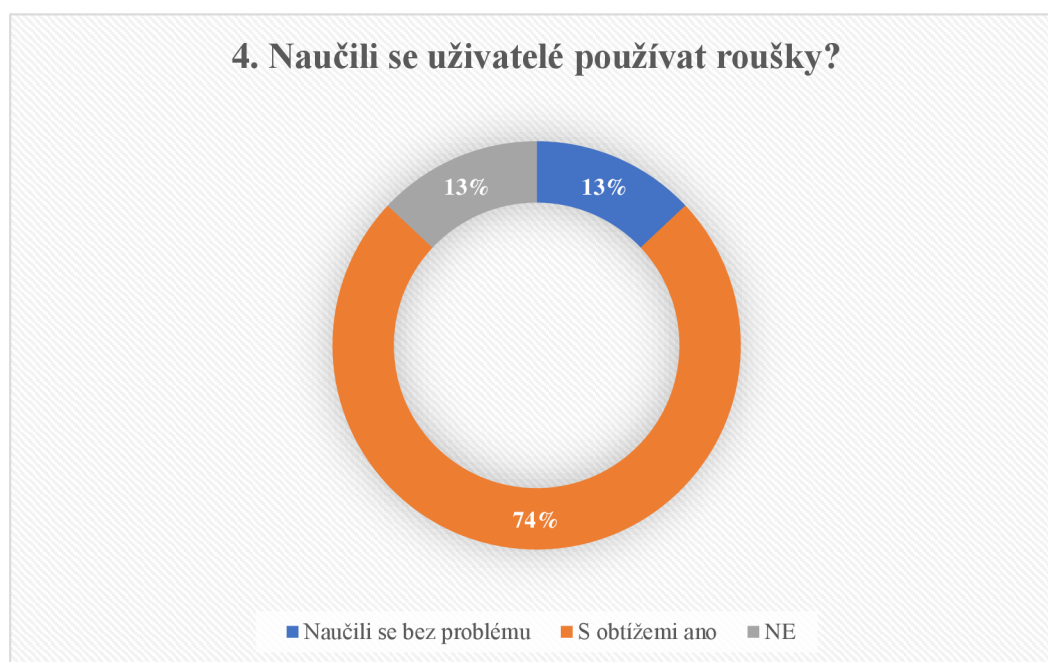
Zdroj: vlastní výzkum

V otázce č. 3 jsme se dotazovali na změnu v zájmu o využívání pobytových služeb. Největší skupinu 52 % tvořily odpovědi, které naznačují, že se zájem o pobytovou službu nezměnil. Druhá nejpočetnější skupina, 26 % odpovědí, uvádí, že se naopak klienti báli a programu pořádaného pobytovou službou se účastnit nechtěli. 22 % odpovědí směřuje k vyššímu zájmu o pobytové služby.

Nárůst zájmu o služby domova ve výši 22 % naznačuje souvislost s probíhající pandemií. Tato otázka by se jistě dala rozvést mnohem více. Zájem mohl narůst jak o službu ubytovací, tak o služby samotného domova. Některé domovy nabízely péči pro děti, jejichž rodiče pracovali v profesích první linie či v samostatném pobytovém zařízení. Očekávali jsme mnohem vyšší zájem o služby domovů jakožto pobytových služeb. Toto naše očekávání se nenaplnilo, jelikož by to pravděpodobně znamenalo, že se rodiny, které mají doma dospělého jedince s poruchou intelektu, zalekly a „odložily by“ své starosti do pobytové služby, což by bylo příčinou zhoršení psychického stavu uživatele. Pravděpodobně by se pak tento jedinec z domova již nedostal, a natrvalo by zůstal, byť s pravidelnou návštěvou rodiny, v domově, kde se jeho schopnosti a možnosti rozvíjí mnohem hůř než v jeho přirozeném prostředí, kde se mu dostává zvyklé péče a lásky.

Nadpoloviční skupina dotázaných, která uvádí, že se zájem o pobytovou službu ani nezmenšil ani nezvětšil naznačuje i přes probíhající pandemii jistou stabilitu.

26 % odpovědí, kdy se klienti báli a nechtěli se účastnit programů pořádaných jejich domovem ukazuje přímý důsledek pandemie, resp. jejího počátku, kdy ve společnosti obecně převládá obrovský strach o zdraví, dokonce o život. Tato situace ovlivnila samozřejmě chování osob poskytujících přímou péči, ale i všech ostatních zaměstnanců domova. Českou vládou nařizovaná omezení se jedinců s poruchou intelektu dotkla nebyvalou intenzitou.



Graf č. 4 – Zvládnutí manipulace s rouškou

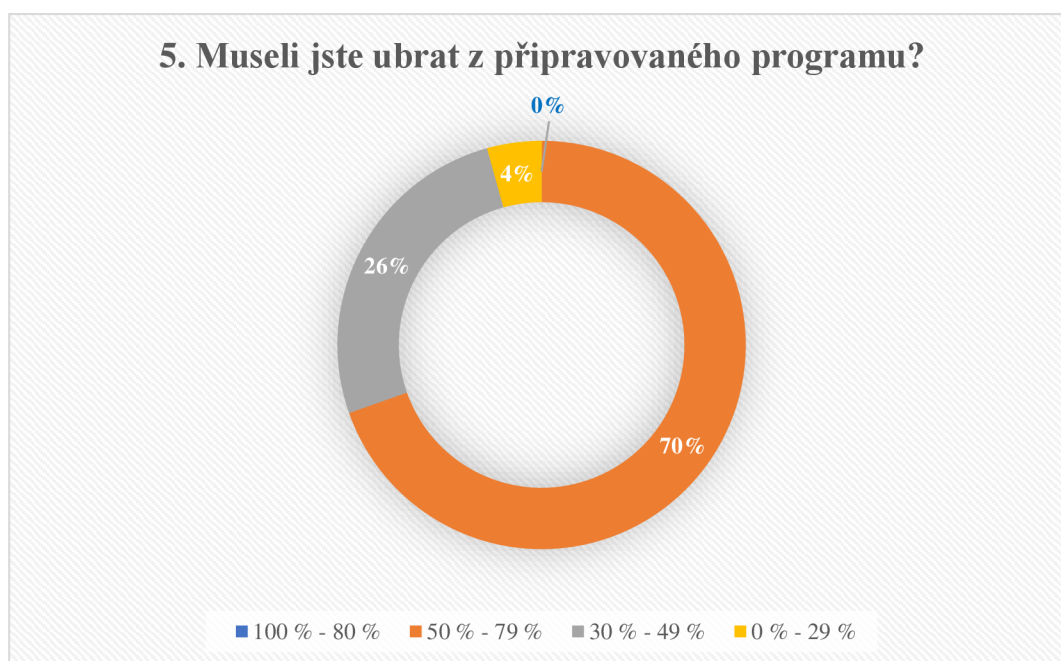
Zdroj: vlastní výzkum

Jedním ze základních předpokladů pro zvládnutí pandemie bylo dodržování pravidla 3 R, tj. ruce, roušky, rozestupy. Proto jsme se ve čtvrté otázce zeptali, zda a s jakým úspěchem se klienti domovů naučili používat roušky.

74 % odpovědí uvádí, že jejich klienti to s obtížemi zvládlo. Shodně 13 % odpovědí pak zahrnuje odpovědi, že se to naučili bez problémů a naopak, že to nezvládli vůbec.

Pro jedince s poruchou intelektu je zakrytí úst a nosu velmi těžko pochopitelné, pravděpodobně se s něčím takovým nikdy nesešli. Nejsou vidět emoce, je ztížená srozumitelnost hlasového projevu a pro mnohé z nich je to také problém s jemnou motorikou při manipulaci s rouškou. Velkým problémem jistě bylo (dokud nenastala úleva pro jedince s postižením) vysvětlit uživatelům náhlou změnu, která nastala ze dne na den.

Spousta uživatelů se nedovedla oprostít od tělesného kontaktu s ostatními – do začátku pandemie byli zvyklí, že v pobytových zařízeních panuje velmi příjemná a přátelská atmosféra, ve kterých jedinci sdíleli své emoce. To jim začalo být zakazováno kvůli přenosu viru.



Graf č. 5 – Změny v programu

Zdroj: vlastní výzkum

V páté otázce se věnujeme problematice změn v množství připravovaného programu v pobytových zařízeních, kde jsou s různou pravidelností připravovány různé akce a programy, a to jak v rámci sociálně aktivizační služby, tak v rámci podporovaného zaměstnávání. Před pandemií bylo v domovech běžné, že si uživatelé mohli na zahradách pěstovat zeleninu a ovoce, ze kterých pak mohli vařit. Od toho bylo bohužel opuštěno. Proto se pro uživatele musely začít vymýšlet aktivity, které by přirozeně rozvíjely jejich potenciál tak, aby se cítili důležití pro společnost, byli přirozeně unavení a mohli se těšit z dobře odvedené práce.

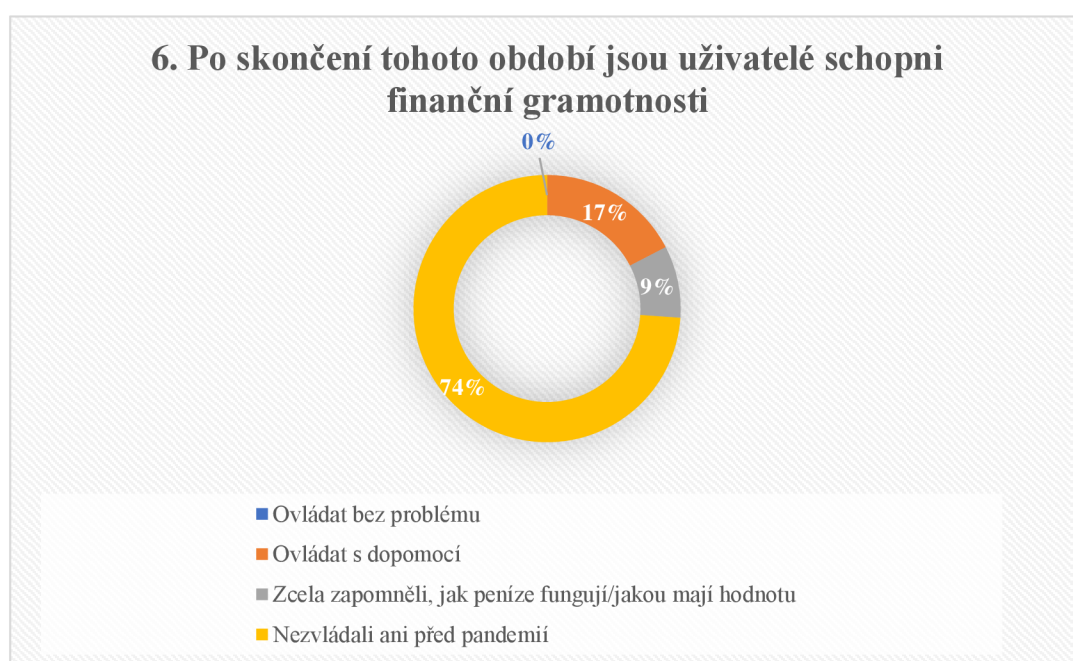
Jak vyplývá z odpovědí získaných v rámci dotazníkového šetření, muselo své aktivity a nabízené programy v době pandemie výrazně omezit celých 70 % oslovených respondentů z více než 50-79 %. Tady se najednou objevila spousta prostoru, kdy klienti neměli nabízené aktivity a programy, což mělo vliv na jejich psychiku a byly kladeny zvýšené nároky na zaměstnance domovů, kteří svou práci nemohli mnohdy odvádět, jelikož byli v karanténách, a tak jejich práci museli vzít a udělat jejich kolegové.

26 % odpovědí uvádí, že omezili nabízené aktivity a program z 30-49 %. I v této skupině jde o značné omezení chodu domovů.

Zbylá 4 % odpovědí uvádí, že omezili program pro klienty domova buď vůbec anebo do 30 %. Tuto skutečnost jsme vřele uvítali.

Klienti domovů jezdívali do dílen do vedlejších obcí, na bazén, na výlety a do obchodů, což pro ně bylo jistotou, na kterou se mohli pravidelně těšit a vypravovat. V době koronavirové pandemie bylo od těchto akcí upuštěno, což mělo za následek opětovné a dlouhotrvající snížení nadšení a zápalu pro jejich vlastní rozvoj.

Mnohé domovy postupem času přišly na vlastní řešení, jak se vrátit k pravidelnosti a trávení času účinněji. Vznikaly tak aktivizační kroužky přímo v domovech a na jejich zahradách. Že nemohli lidé do společností mělo sice za následek jejich nižší socializaci s okolním světem, zato ovšem mohli poznávat obyvatele domova i z jiných bytů. Mnozí s lehčími poruchami a vadami brali jako vlastní povinnost pomáhat pečovatelům a starat se o jedince s těžšími a kombinovanými vadami. Někteří si tedy našli nový koníček, a to starat se o lidi okolo sebe.



Graf č. 6 – Finanční gramotnost

Zdroj: vlastní výzkum

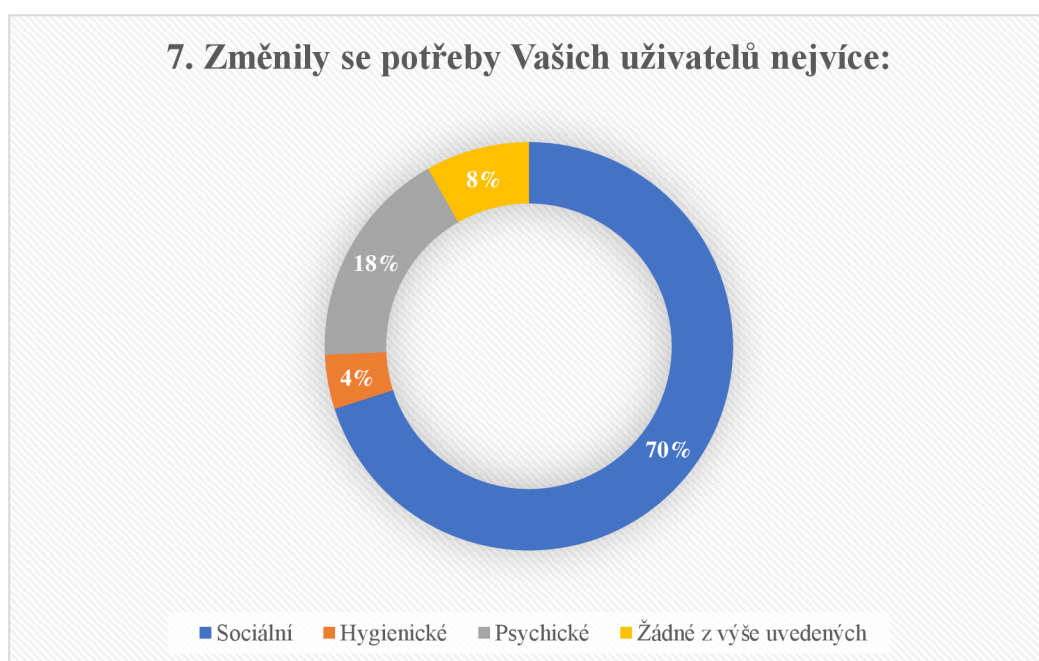
V otázce o finanční gramotnosti klientů pobytových zařízení je 74 % odpovědí svědčících o neznalosti v problematice finanční gramotnosti už před pandemií. Tyto odpovědi nás zklamaly

a doufáme, že se edukace (nejen) finanční gramotnosti bude vyvíjet tak, aby se uživatelé cítili co možná nejvíc svobodně, znali hodnotu peněz a uměli sami s penězi nakládat.

Odpovědi „Ovládat bez problému“ nebyly v odpovědích dotazníkového šetření uvedeny vůbec. Není to překvapením s ohledem na předpokládané zastoupení uživatelů s oslabením kognitivního výkonu, případně s lehkou poruchou intelektu. Přesto jsme doufali, že by se čas v období mnohých omezení mohl využít edukativně tak, aby klienti finanční gramotnost zvládali bez problému. Toto naše očekávání nebylo naplněno.

Z dotazníkového šetření dále vyplynulo, že se znalosti finanční gramotnosti zhoršily o 9 %. To je pro nás pozitivní zjištění. Předpokládali jsem totiž, že mnoho klientů s lehkou a středně těžkou poruchou intelektu (za předpokladu, že lidé s těžkou a hlubokou poruchou intelektu finanční gramotnost vůbec neovládají) bude novou situací natolik poznamenáno, že jimi doposud nabyté vědomosti a znalosti finanční gramotnosti budou rapidně klesat.

17 % uživatelů je schopno finanční gramotnosti s dopomocí. Jsme přesvědčeni, že to je relativně malá skupina. Vyvozujeme závěr, že s uživateli není dostatečně a pozitivně zacházeno v oblasti edukace (nejen) finanční gramotnosti. Po opakovaném učení a přednáškách o penězích, bankovkách a jejich hodnotách, se mohou znalosti jedinců s poruchou intelektu v pobytových zařízeních v této problematice značně prohloubit, čímž získávají vyšší sebevědomí, sebejistotu a dobrý pocit, že nejsou tolik závislí na pomoci ostatních.



Graf č. 7 – Změny v potřebách uživatelů

Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných odpovědí na otázku č. 7 vyplývá, že z různých typů potřeb klientů domovů koronavirová pandemie nejvíce zasáhla do potřeb sociálních, a to ze 70 %. Tato otázka byla vybrána záměrně, abychom poukázali na mnohdy opomíjené sociální vazby těchto uživatelů. Tyto vazby jsou pro jedince s poruchou intelektu velmi důležité – je pro ně důležitá jistota pravidelně se střídajících pečovatелů a pracovníků. Tito jedinci mají k pracovníkům sociálních služeb mnohdy velmi blízký vztah, a musejí se s nimi pravidelně stýkat. Tomu bylo v důsledků izolací a karantén zabráněno.

Není tedy překvapením, že hned druhou nejpočetněji zastoupenou skupinou odpovědí byly z 18 % psychické potřeby, které jistě souvisí se změnami sociálními. Psychika jedinců s poruchou intelektu je mnohem křehčí, než se může na první pohled zdát. Jedinci jsou velmi senzitivní, dobře si pamatují, jak a kdo jim ublížil, cítí strach i radost. Jakákoliv změna má vesměs negativní dopad na jejich psychickou pohodu.

Negativním důsledkem obou výše uvedených potřeb může bez pochyby být i zhoršení hygienických návyků, z odpovědí vyplývá, že ze 4 %. Obáváme se však, že pokud byly u uživatelů nejvíc viditelné změny v oblasti hygieny, neznamená to, že změny nenastaly i psychické. Celá tato otázka by se určitě dala mnohem více rozebrat, jelikož všechny uvedené výpovědi spolu docela souvisí a tvoří tak uzavřený kolotoč, ze kterého lze jen stěží vystoupit.

8 % respondentů uvádí, že se potřeb jejich klientů změny v chodu domova v období pandemie nedotkly vůbec.

*„S mentálně postiženými lidmi pracuji více let. Jsou to krásní, bezelstní lidé, od kterých se můžeme mnohému naučit...“ (Štreit, 2020).*

## 8. Péče o uživatele se pro Vás stala složitější především:



Graf č. 8 – Změny v nárocích na péči

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka se zabývá samotnými respondenty – pracovníky pobytových služeb. Zajímalo nás, jak se s nastalou situací srovnávali samotní pracovníci, jelikož změny v jejich chování a prožívání mají dopad na uživatele, se kterými jsou denně v kontaktu, a na které má jejich psychické i fyzické rozpoložení přímý dopad. Zabývá se složitostí zvládnutí péče o uživatele.

Nejpočetněji byla zastoupena odpověď, že situace se stala složitější psychicky, a to 48 % odpovědí. Očekávali jsme, že největší zastoupení budou mít právě odpovědi ukazující na změny psychické. Celé toto období bylo pro všechny náročné. Je zcela pochopitelné, že i zaměstnanci pobytových zařízení se obávali nových pravidel, doporučení a zákazů. Nesmíme zapomínat na jejich osobní životy, kdy mnozí mají vlastní rodiny, o které se najednou měli mnohem více starat, obecně přibylo starostí ve všech oblastech. Všechny tyto aspekty jsou jistě takovým balíčkem, kterého jsou důsledkem především psychické schopnosti zvládnutí péče o uživatele s poruchou intelektu. Toto období bylo pro ředitele těchto institucí jakýmsi ukazatelem pro nabízení supervizí zaměstnancům. Člověk, který není psychicky dostatečně vyrovnaný, přenáší své negace na lidi okolo sebe – a to nejen v osobním životě. U těchto profesí je jejich náladou přímo ovlivněno chování i psychika uživatelů.

Překvapením se stala druhá nejpočetněji zastoupená odpověď ve výši 35 %, která ukazuje, že pro více než 2/3 zaměstnanců se péče o uživatele s poruchou intelektu nestala nijak složitější. Jsme touto odpovědí pozitivně překvapeni, jelikož tato odpověď nasvědčuje tomu, že uživatelům domovů nebylo odepřeno žádné péče a potřeb, které tito jedinci potřebují přijímat.

13 % respondentů odpovědělo, že se pro ně péče o uživatele stala jednodušší, jelikož neměli tolik práce s přípravováním uživatelů na program. Zde jsme očekávali 0% zastoupení. I v situaci, kdy klienti domovů nemohli navštěvovat kroužky, centra, sportoviště a opouštět areály a zahrady domovů, dalo se více pracovat s klienty individuálně v bytech, případně na zahradách pobytových zařízení.

Fyzicky složitější se práce stala jen pro 4 % lidí. Je to důsledek zvětšené potřeby individuální péče a zároveň byli pracovníci více vyčerpáni v důsledku nařízených izolací a karantén jejich spolupracovníkům a péčí o děti, které nechodily do škol. Péče o klienty domovů, jejich převážení, polohování, krmení apod. se mohlo odehrávat jen v bytech uživatelů a zaměstnanci se u nich mohli méně střídat.

Štreit uvádí, že obdivuje lidi, kteří se starají o lidi s mentálním postižením. Tvrdí, že pozitivní nálada a přátelská atmosféra, která panuje v zařízeních, jež on sám navštívil (společnosti Ruka pro život), byla obdivuhodná. Také přiznává, že si díky chování zaměstnanců, kdy uživatelům vykají, chovají se k nim s úctou a s veškerou vážností uvědomil, jak jsou tito zaměstnanci důležití. (Štreit, 2020).

Devátá otázka „**Jaký dopad měla koronavirová pandemie na vztahy mezi uživateli?**“ byla otevřená. Cílem bylo zjistit, jaký dopad měla koronavirová pandemie na vztahy mezi uživateli. Vzhledem k míře vnímání a schopnostem uživatelů navazovat vztahy, není velkým překvapením, že odpověď „žádné“ se vyskytovala nejčastěji, a to v 30,1% zastoupení. Dále byly odpovědi rozděleny do čtyř skupin:

- větší potřeba uživatelů,
- uzavřenost,
- nervozita,
- více konfliktů.

Nejméně zastoupenou odpovědí – pouhé 4,3 % byla větší potřeba pečovatелů. Je to dáno strachem klientů se otevřít pečovatелům, sdílet s nimi své pocity. Jedinci s poruchou intelektu mohou mít pocit, že by mohli svými potřebami „zbytečně“ přidávat práci pečovatелům.

Odpovědi, které směřují k uzavřenosti a vyšší nervozitě, shodně po 26,2 % uživatelů, vycházejí ze strachu z neznámého a nového. Jedinci s poruchou intelektu nejsou adekvátně schopni



vyrovnat se s novou a nepříjemnou situací. Není tedy divu, že se více uzavírali do sebe a méně se bavili s ostatními uživateli. Pokud s ostatními komunikovali, byli více podráždění a nervózní. Celá tato situace byla těžko zvládnutelná. Jedna otevřená odpověď obsahovala i větu, kde respondent uváděl, že po skončení opatření se opět uživatelé uklidnili, a všechno bylo jako dřív.

Z odpovědí získaných dotazníkovým šetřením vyplývá, že 13,2 % respondentů zaznamenalo mezi uživateli více konfliktů. Je to poměrně malé procentuální zastoupení, předpokládali jsme, že uživatelé celou situaci snášelo natolik špatně, že vznikaly konflikty mnohem více. Tento výsledek ukazuje, že osoby poskytující službu péče o klienty situaci dobře zvládali.

**Desátá otázka „Všimli jste si u vašich uživatelů změn v reakcích na povinnosti? Pokud ano, uveďte, prosím, jaké.“** byla otevřená.

Tato otevřená otázka se snažila zjistit změny v reakcích uživatelů na jejich povinnosti. Na tuto otázku nám odpovědělo jen 43,5 % respondentů, přičemž odpovědi byly celkem jednoznačné. Respondenti odpovídali buďto, že koronavirová pandemie nijak neovlivnila reakce uživatelů na jejich povinnosti, anebo odpověděli, že se jejich zájem o plnění si povinností snížil či zlenivěli. Toto je dáno možnou přílišnou péčí, kterou mnozí uživatelé dostávali už od rodičů, kdy si rodiče často nechtějí nebo neumějí přiznat, že jejich dítě s postižením stárne – stále v něm vidí miminko, o které se musejí starat. Přirozeně tedy tito jedinci využili situace, kdy viděli, že jejich práci či povinnosti mohou udělat jejich pečovatelé. Tato reakce vede ke snížení jejich schopností a rozvoje jedincova potenciálu. Byť jsme na tuto otázku dostali poměrně málo odpovědí, doporučili bychom další výzkum v oblasti péče o dospělé jedince, jelikož ta dosavadní péče není dostatečně připravena na vzdělávání těchto jedinců. (viz Psychopedie, Valenta, Müller 2021).

## 11. Jak byste celkově zhodnotil/a spokojenost péče o vaše uživatele během pandemie?



Graf č. 9 – Hodnocení poskytované péče

Zdroj: vlastní výzkum

Na závěr nás zajímala spokojenost respondentů s péčí o jejich klienty v době koronavirové pandemie. Za velmi dobrý výsledek lze považovat, že 52 %, tedy nadpoloviční většina respondentů, je s péčí spíše spokojena a 18 % respondentů velmi spokojena. Ukazuje to celkovou spokojenost respondentů z odvedené práce během tohoto období.

Příjemným výsledkem je tedy jen 13% zastoupení respondentů u odpovědi, ve které uvádějí, že jsou spíše nespokojeni s péčí o uživatele. Tato situace bude souviset s nepřipraveností služby na krizovou situaci, jež pandemie představovala, a na kterou spousta institucí nebyla materiálně, a jejich zaměstnanci psychicky, připraveni – zde se opět dostáváme k vyhodnocení otázky a grafu č. 8, kde poukážeme na potřebu supervizí zaměstnanců pobytových zařízení.

17 % respondentů odpovědělo, že nedokážou adekvátně posoudit situaci.

## 5.4 Interpretace dotazníkového šetření

- V první otázce nás zajímalo nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Tuto otázku jsme zvolili pro ověření si toho, že naše dotazníky vyplňovali opravdu pracovníci přímé péče, kteří měli vyplňovat dotazníky, jelikož jsou jedincům s poruchou intelektu nejbliže. Bohužel nadpoloviční většina uvedla, že mají vysokoškolský titul – z toho soudíme, že na dotazník neodpovídali konkrétně pracovníci přímé péče.
- Předpokládáme, že věk souvisí se západem pro tuto práci. Mladí lidé jsou energičtější a kreativnější. Syndrom vyhoření u nich hrozí podstatně méně. Nemyslíme si, že lidé nad 38 let nemohou odvádět svou práci dobře. Je ovšem důležité si uvědomit, že přímá péče je u dospělých osob fyzicky velmi náročná. Proto nás překvapilo, že 70 % respondentů našeho dotazníku jsou ve věku nad 38 let.
- Třetí otázka nám odhalila změny o služby zařízení, jakožto pobytové služby, tak i o služby, které samotné zařízení nabízí. Jedná se o různé programy a akce, kterých se uživatelé mohou účastnit aktivně i pasivně. Z výsledků lze vidět, že pouhých 22 % respondentů uvedlo, že se zájem o služby domova zvýšil. To, že se nesnížil, anebo naopak, někteří uživatelé měli strach a nabízeného programu nevyužili, uvedlo celkem 78 %. To znamená, že pracovníkům přímé péče odpadl čas, kdy s uživateli nebyli v přímém kontaktu. Tento čas v běžném provozu vyplňovali vypisováním různých záznamů, případně osobním volnem.
- Čtvrtý graf nás informuje o schopnosti uživatelů používat roušky. Pozitivně nás překvapuje, že 87 % se naučilo používat roušky. Z toho 74 % se naučilo s obtížemi – toto přisuzujeme nedokonalým motorickým schopnostem, které jsou pro uživatelé s poruchou intelektu typické.
- Pro jedince s poruchou intelektu v pobytových zařízeních jsou připravované a pravidelné programy velmi důležité. Proto jsme zjišťovali, kolik % museli respondenti ubrat z těchto programů. Dobrým výsledkem je, že nikdo neodpověděl, že museli zrušit 80 % - 100 % programu. Pouhá 4 % odpovědí nám říkají, že

z programu bylo ubráno do 30 %. Naprostá většina respondentů tedy uvedla, že z připravovaného programu museli ubrat velkou část.

- Zvládání finanční gramotnosti uživatelů pobytových zařízení je jednou z mála možností jejich soběstačnosti. Celkem 85 % nám ukazuje, že ovládání finanční gramotnosti u těchto jedinců je na velmi nízké úrovni.
- V této otázce jsme se snažili zjistit, v jaké oblasti se změnilы potřeby jedinců s poruchou intelektu. Největší zastoupení zabraly sociální změny. Námi zcela záměrně vybraná otázka, jelikož jsme předpokládali, že sociální vazby budou mít nejvyšší zastoupení – přímo ukazuje na opomíjené důležité vztahy mezi uživateli a jejich okolím.
- Téměř polovina respondentů uvedla, že péče o uživatele se pro ně stala složitější psychicky. Tuto odpověď jsme očekávali. A jsme pozitivně překvapení, že pro 35 % respondentů se péče nestala nijak složitější. 13 % uvedlo, že samotná přímá péče se pro ně stala jednodušší, jelikož neměli tolik práce s přípravováním uživatelů na program. Zde jsem předpokládali 0% zastoupení. Jsme si jistí, že program se dá připravovat na konkrétních bytech/individuálně dle možností jedinců.
- Tato naše první otevřená otázka se zabývá vztahy mezi uživateli. Z výše uvedených odpovědí je viditelné, že všechny odpovědi byly negativní. Kromě největšího zastoupení odpovědi „žádné“. Zbylé odpovědi se opakovaly – větší potřeba uživatelů, větší uzavřenost, nervozita a více konfliktů mezi uživateli. Tyto reakce jsou naprosto pochopitelné.
- Další otevřená otázka nám říká, jaké změny reakcí byly u uživatelů pozorovatelné. Výsledky se dají shrnout jako větší zlenivělost. Uživatelé buďto využili situace, kdy nemuseli mnoho věcí připravovat a řešit, anebo se zlekli nové a nepříjemné situace. To se projevilo jejich nižším zájmem o činnosti, na které byli zvyklí.
- Poslední otázka se zabývá vlastním zhodnocením spokojenosti zvládnutí péče o uživatele během pandemie. Tady jde vidět, že naprostá většina - 70 % dotazovaných je spokojená s odvedenou prací. Pouhých 13 % si nemyslí, že jejich práce byla odvedená dobře.

Provoz zařízení se od předpandemického lišil především v množství připravovaných a navštěvovaných akcí a programů. Následkem toho se uživatelé stávali často více uzavřenými. Uživatelé potřebovali více pocítovat péči a lásku svých pečovatелů. Vzhledem k akutnosti řešení jiných problémů, pečovatелé často zapomínali na edukaci a prohlubování znalostí jedinců (nejen) v oblasti finanční gramotnosti. Na rozdíl od doby před pandemií se v zařízeních objevovaly také děti zaměstnanců zařízení. V této době byly školy zavřené, fungovala pouze distanční výuka. Proto se děti setkávaly s uživateli. Pro některé byla uživatele tato setkání zajímavým zpestřením. Jiní uživatelé brali setkání spíše jako nepříjemnou vsuvku – byli ještě více podráždění.

V návaznosti na výše uvedené je jisté, že nastaly také změny v poskytování přímé péče. Nejvíce respondenty celá situace postihla po psychické stránce. Tento fakt se jistě odrazil na poskytovanou péče. Mnohé směny byly delší, pracovníci preventivně neopouštěli areály zařízení. V Důsledku toho někteří pečovatелé tak nemuseli svou práci odvádět stoprocentně. Jejich nálada a obavy ovlivnily přístup k uživatelům – stali se méně kreativními a aktivními. Také se museli o uživatele starat více po emoční stránce, jelikož přišli o fyzický kontakt se svými rodinami. Jelikož se uživatelé neúčastnili mnohých akcí a programů, zůstávali s pečovateli v pobytovém zařízení. To vedlo i k většímu fyzickému vyčerpání pečovatелů.

V rámci různých omezení a nařízení se povinnosti uživatelů snížily. Měli méně práce s chytáním na různé akce – ať už chytat sebe samého, anebo chytání akce pro ostatní. Někteří uživatelé se také „stáhli do ústraní“, protože neuměli jinak reagovat na nová nařízení a opatření. Důsledkem toho se tito jedinci méně zajímali o chod domácnosti. Neměli potřebu si po sobě uklízet, měnit ložní prádlo apod. Naopak někteří uživatelé celou situaci pojali jako novou příležitost pomáhat pečovatелům a spolubydlícím. Tito jedinci zastávali práci některých uživatelů, kteří se vykonávání vlastních povinností vzdali.

## 5.5 Závěr praktické části

Pro tento výzkum byl sestavený kvantitativní dotazník o 11 otázkách, přičemž 9 z nich bylo s uzavřenou možností, a 2 jsme zvolili otevřené. Celkem jsme získali 23 vyplněných dotazníků z pobytových zařízení – domovy pro osoby s mentálním postižením, chráněné bydlení, týdenní stacionáře v Moravskoslezském kraji. Od dotazníků jsme očekávali mnoho rozmanitých odpovědí, co se týče péče a dopadů koronavirových opatření v době pandemie.

Výzkumný vzorek jsme určili ze základního souboru, kterým byli lidé pracující v pobytových službách v době koronavirové pandemie (jaro 2020–jaro 2021). Tato skutečnost ovlivnila sběr dotazníků. Jelikož nebyl aktivně zpřístupněn vstup do pobytových zařízení, museli jsme se zcela spolehnout na zaměstnance zařízení, což mohlo náš výzkum limitovat. Do této skupiny pak konkrétně patřili lidé v přímé péči s jedincem.

V této části práce jsme se zabývali změnami v péči o jedince s poruchou intelektu v době koronavirové pandemie v pobytových zařízeních. S ohledem na období, kdy byl prováděn sběr dat, tedy období, kdy nebyl možný vstup do jednotlivých zařízení, byl tento sběr komplikovaný, neboť jsme se ho nemohli aktivně zúčastnit. Pomocí dotazníků se nám podařilo zjistit, jak se toto období pravděpodobně (je nutno brát zřetel na individuální potřeby každého jedince zvlášť) odrazilo v péči o klienty s poruchou intelektu – především na aktivní úrovni péče.

Pro všechny zde uváděné údaje bylo důležité zjistit základní sociografické aspekty respondentů, kteří vyplňovali dotazníky. Tato data nám pomohla charakterizovat znalosti lidí, kteří pečují o jedince s poruchou intelektu. Dále jsme se zabývali zájmem samotných jedinců pobytových zařízení nejen o služby, které tato pobytová zařízení nabízela, ale také tím, jak se vyrovnali s důsledky vládou nařízených opatření, jež dopadly na sociální služby, potažmo na pobytová zařízení. V neposlední řadě se praktická část zabývala negativními dopady na psychiku uživatelů i pečovatelů. Tato část nám ukázala, že lidé nebyli psychicky připraveni na razantní změny v chodu pobytových zařízení spojené s omezeními a restrikcemi vyvolanými potřebou chránit klienty a zaměstnance před nákazou nemocí COVID-19, a důsledky z toho vyplývajícími. Psychické zdraví každého jedince, ať už klienta nebo poskytovatele služby utrpělo, sociální dovednosti jedinců se snížily. Pro další praxi bychom doporučili větší prevenci především v oblasti psychohygieny pracovníků přímé péče – vhodné jsou jak supervize (individuální i skupinové), tak i různé teambuildingy. Tyto aktivity by mohly harmonizovat vztahy mezi pracovníky přímé péče.

Dále bychom rádi upozornili na připravenost v krizových situacích, kdy musejí být pracovníci přímé péče mnohem více pohotoví.

Celá tato praktická část se zabývá porovnáváním péče o klienty před koronavirovou pandemií a během ní, a dopadem koronavirových opatření na zaměstnance pobytových zařízení. Všechny otázky se týkají období od jara 2020 až do jara 2021 v pobytových službách (chráněné bydlení, odlehčovací služby, domovy pro osoby se zdravotním postižením). Otázky zjišťují zájem o služby domova a jejich programy, schopnosti uživatelů používat roušky a rozumět finanční gramotnosti, sociální, psychické a fyzické změny uživatelů, dopady koronavirových opatření, změn v reakcích na povinnosti uživatelů v době koronavirové pandemie, na vztahy mezi uživateli, vlastní zhodnocení spokojenosti respondentů péče o uživatele během pandemie, a jak se pro pečovatele stala péče nejsložitější.

## Závěr

Pro tento výzkum byl sestavený kvantitativní dotazník o 11 otázkách, přičemž 9 z nich bylo s uzavřenou možností, a 2 jsme zvolili otevřené. Celkem jsme získali 23 vyplněných dotazníků z pobytových zařízení – domovy pro osoby s mentálním postižením, chráněné bydlení, týdenní stacionáře v Moravskoslezském kraji. Od dotazníků jsme očekávali mnoho rozmanitých odpovědí, co se týče péče a dopadů koronavirových opatření v době pandemie.

Období koronavirové pandemie bylo něčím novým pro každého z nás. Jelikož jsme si před psaním této práce mysleli, že velké změny nastanou u lidí s poruchou intelektu, rozhodli jsme se prozkoumat jak dopady pandemie na jedince s poruchou intelektu, tak i to, jakým způsobem se pandemie dotkla samotných pečovatелů v pobytových zařízeních. Tyto dva naše hlavní cíle byly naplněny pomocí dotazníkového šetření. Během výzkumu se objevila témata, která by si zasloužila hlubší zkoumání i mimo tuto práci.

V teoretické části se zabýváme tím, kdo jsou jedinci s poruchou intelektu, jak je klasifikujeme dle MKN – 10 a jaká je etiologie jejich poruch. Také v teoretické části čtenářům přiblížíme koronavirovou pandemii. V další kapitole jsou zmíněna pobytová zařízení, se kterými jsme pracovali v rámci našeho výzkumu.

Jelikož se jednalo o novou problematiku, a neexistovaly téměř žádné odborné publikace zabývající se péčí o klienty s poruchou intelektu v době koronavirové pandemie, byla pro tuto práci velmi důležitá výzkumná část. Ještě před vlastním výzkumem jsme provedli předvýzkum formou několika podstatných rozhovorů, na základě kterého jsme zjistili, čím se v bakalářské práci chceme zabývat.

Tato práce je vhodná pro studenty speciální pedagogiky, sociální pedagogiky a psychologie, přínosnou může být pro celou veřejnost. V průběhu práce jsme pracovali s odbornou literaturou a zákony, které jsme si pro naši práci vybrali.

Byli bychom rádi, kdyby se společnost poučila z pandemické situace, a byla na podobné případy připravenější, lidem pečujícím v pobytových zařízeních bylo dopřáno aktivnějších supervizí a větších možností vzdělávání. Z celé práce vyplývá, že situace nebyla jednoduchá v žádném směru. Rádi bychom tedy apelovali na přístupnost psychoterapií jak pro klienty, tak pro pečující.



## **Seznam zkratek**

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

IQ – inteligenční kvocient

WHO – Světová zdravotnická organizace

AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

3R – ruce, roušky, rozestupy

## Seznam bibliografických citací:

ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7

HONZÁK, Radkin, Karel DRBAL, Václav CÍLEK, et al. Doba koronavirová. Praha: Zeď, 2020. ISBN 978-80-907674-4-7

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-414-9

Křehká každodennost: příběhy jedinečnosti mezi námi. Praha: Maxdorf, 2020. Mluv se mnou. ISBN 978-80-7345-636-8

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. Charakteristika dospívání a dospělosti osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3712-5

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.

KREJČÍŘOVÁ, Olga a Zdeňka KOZÁKOVÁ. Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3711-8

KROUPOVÁ, Kateřina. Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8

PALČOVÁ, Alena, ed. Duševní poruchy v primární péči: vodítka pro diagnostiku a léčbu: mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-86471-13-6

PIPEKOVÁ, Jarmila. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. Přehled poruch psychického vývoje. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9

SKUTIL, Martin. Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7

VALENTA, Milan. Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu: dílčí část. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4614-1.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. Mentální postižení 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, Milan. Psychopedie: (teoretické základy a metodika). 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6

## **Internetové zdroje**

COVID-19: úvod, inkubační doba, původce a sezónnost onemocnění [online]. 1-1 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/447-covid-19-zakladni-informace>

Lidé v zařízeních byli v době pandemie Covid-19 někdy úplně „odříznuti“ od okolí [online]. 1-1 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/lide-v-zarizenich-byli-v-dobe-pandemie-covid-19-nekdy-uplne-odriznuti-od-okoli/>

O MKN-10 [online]. 1-1 [cit. 2022-04-19]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/o-mkn>