

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

**Pedagogická fakulta**

Ústav speciálně pedagogických studií

## **Diplomová práce**

Bc. Petra Kotlárová

**Komprehensivní rehabilitace osob s mentálním postižením v okrese  
Bruntál**

OLOMOUC 2017

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literatury.

V Krnově 2. 6. 2017

---

Bc. Petra Kotlárová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za cenné rady a připomínky.

Také děkuji pracovníkům Harmonie p. o. Krnov za vstřícné jednání, dobrou spolupráci a poskytnuté informace.

Děkuji své rodině za podporu a toleranci, kterou mi poskytovala během mého studia.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
1 <b>OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>11</b>
1.1 Vymezení mentálního postižení.....	12
1.2 Etiologie mentálního postižení.....	12
1.3 Klasifikace mentálního postižení.....	14
1.4 Symptomatologie mentálního postižení.....	17
2 <b>KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>19</b>
2.1 Léčebná rehabilitace.....	20
2.2 Sociální rehabilitace.....	23
2.3 Pedagogická rehabilitace.....	25
2.4 Pracovní rehabilitace.....	27
3 <b>INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE.....</b>	<b>31</b>
3.1 Vymezení péče.....	institucionální péče.....31
3.2 Standardy služeb.....	kvality sociálních služeb.....33
3.3 Základní péče.....	funkce a rizika institucionální péče.....35
4 <b>OKRES BRUNTÁL.....</b>	<b>39</b>
4.1 Vymezení sociálních zařízení v okrese Bruntál.....	40
4.2 Charakteristika Bruntál.....	jednotlivých zařízení v okrese Bruntál.....40
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	
5 <b>METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>45</b>
5.1 Cíle výzkumu.....	46
5.2 Metody výzkumného procesu.....	47
5.3 Charakteristika zkoumaného prostředí.....	49
5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	50
6 <b>ANALÝZA MOŽNOSTÍ KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE V DOZP HARMONIE KRNOV.....</b>	<b>52</b>
7 <b>VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>56</b>
8 <b>INTERPRETACE VÝZKUMU.....</b>	<b>73</b>
8.1 Shrnutí kvalitativního šetření.....	73

8.2	Shrnutí dotazníkového šetření.....	77
	ZÁVĚR.....	77
	SEZNAM POUŽITÉ LITERARURY.....	78
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	82
	SEZNAM TABULEK.....	84
	SEZNAM GRAFŮ.....	84
	PŘÍLOHY	

## ÚVOD

*„Tímto světem projdu jen jednou. Proto každé dobro a laskavost, které mohu prokázat kterékoli bytosti nebo němé tváři, nechť vykonám nyní, nechť je neodkládám. Neboť nepůjdu znovu touto cestou.“*

*(J. Galsworthy)*

V každé společnosti dnešního světa, žijí různé skupiny lidí, mnoho z nich však z průměru běžných společností vybočují. Velmi výraznou skupinou jakékoli společnosti jsou osoby s mentálním postižením. Ne všechny postižené osoby mají to štěstí, že se o ně má kdo postarat, dát jim zázemí, lásku, péči. V takových případech supljuje rodinu stát či nezisková zařízení formou institucionální péče. V pobytových zařízeních by měla péče postiženým jedincům přinášet možnost naplnění svého života, a to jak v kulturní, společenské, zájmové či sportovní oblasti. Zároveň má splňovat možnosti rozvoje jejich dovedností a schopností a přinášet důstojnost jejich bytí. Příznivé snažení by mělo vést v co nejvyšší míře k jejich začlenění do společnosti podle individuálních možností každého jedince.

Pro poskytování potřebné podpory postiženým osobám se snažíme vycházet z jejich vlastních možností a složek jejich osobností. Přikláníme se k jejich dovednostem a schopnostem, přemýšlíme o jedinci uceleně. Současný přístup k těmto osobám tkví v provázanosti a návaznosti diagnostiky, různých druhů rehabilitací, operativní léčbě či fyzioterapii. Mluvíme zde o ucelené tedy „**komprehenzivní rehabilitaci**“. Aby takový systém ucelené rehabilitace dobře fungoval, potřebujeme nejen spolupracujícího klienta, ale také multidisciplinární tým odborníků.

Současný trend v pojetí osob s mentálním postižením mě natolik zaujal, že jsem problematiku ucelené rehabilitace v Domovech pro osoby se zdravotním postižením zvolila jako téma diplomové práce.

Teoretická část se dělí do čtyř kapitol, kde jsou jednotlivé pojmy rozebírány hlouběji. Byla zpracována monografickou metodou

V první kapitole teoretické části je vymezen pojem „mentální postižení“, vlastní rozdělení a charakteristika mentálního postižení. Druhá kapitola je věnována oblastem komprehenzivní (ucelené) rehabilitace osob s mentálním postižením. Obsahem třetí kapitoly je obecný popis institucionální péče. V poslední čtvrté kapitole je geograficky přiblížen okres Bruntál. Je zde také uvedena charakteristika jednotlivých zařízení v dané oblasti, které se zabývají problematikou života osob s mentálním postižením.

Praktická část diplomové práce obsahuje čtyři kapitoly. Cílem výzkumu diplomové práce je zjistit a analyzovat možnosti a prostředky komprehenzivní rehabilitace osob s mentálním postižením, které žijí v Domově pro osoby se zdravotním postižením Harmonie Krnov z pohledu zaměstnanců podílejících se na přímé péči o klienty. Stanoveny byly také čtyři dílčí cíle. Výzkumné šetření je zpracováno kombinací kvalitativního a kvantitativního výzkumu za použití technik nestrukturovaného pozorování, analýzy dokumentace a elektronického dotazníku pro pracovníky v přímé péči o klienta.

## TEORETICKÁ ČÁST



# 1 OSOBA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Obsah pojmů mentální postižení či mentální retardace se v minulosti velmi často měnil. Terminologie v psychopedii prochází i nadále změnami, zejména proto, že se humanizuje i vědní obor. Co bylo v minulosti považováno za odborný název, je v současnosti mnohdy používáno jako hanlivé slovo či vulgární nadávku. „Z důvodu humanizace oboru byly i z psychopedické terminologie vypuštěny stupně mentální retardace: debilita, imbecilita, idiocie a idioimbecilita, stejně jako pojmy nevzdělatelnost (dříve stanovena od stupně imbecilita) a nevychovatelnost (stupeň idiocie) či „sovákovské“ stupně socializace klienta: utilita, inferiorita“ (Valenta, Müller, 2009, str. 8).

V minulosti se používalo mnoho definic mentální retardace, hlavně podle toho, z jakého úhlu pohledu na ni autoři pohlíželi: z hlediska inteligenčního kvocientu, sociálního hlediska, biologických faktorů aj.

**Vágnerová** (2004): „Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevují neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.“

O zahrnutí všech hledisek pohledů na mentální postižení se pokusil **Dolejší** (1973, str. 38), který definoval MR jako: „Mentální retardace je porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: nedostatečích genetických vloh, porušeném stavu anatomicko-fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečné nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitním učením, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech individuua, po opakovaných stavech frustrace i stresu na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“

## 1.1 Vymezení mentálního postižení

V současnosti se ve velké míře interpretuje definice z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí MKN-10 z roku 1992.

**Mentální retardace F70 - F79** – stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujících se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, tj. poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. (uzis.cz, [online] cit. 10. 2. 2017, dostupný z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>)

**Kozáková (2005)** považuje definování mentální retardace za nelehký úkol, jelikož přístup k jeho vymezení může být ovlivněn řadou faktorů a kritérií.

Podle **Švarcové - Slabinové (2010)** představuje mentální postižení, snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence, který však nebyl dodnes dostatečně definován.

Za velmi významnou definici se v současnosti také pokládá definice mentální retardace publikovaná **AAIDD**<sup>1</sup> „*Mentální postižení je postižení, které se vyznačuje výraznými omezeními v intelektuálních funkcích a adaptivním chování, které zahrnuje mnoho každodenních sociálních a praktických dovedností. Toto postižení nacházíme před dosažením věku 18 let*“. (Aaidd.org. [online]. cit. 12. 2. 2017, who.int. Dostupné z: <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WNwZnIggXIU>)

## 1.2 Etiologie mentálního postižení

V současnosti se mnoho autorů odborné literatury přiklání k dělení příčin mentálního postižení na **endogenní** – vnitřní, genetické příčiny a **exogenní** – získané vlivem prostředí. Přesto, že příčiny mentálního postižení jsou oblastí s velkou vědeckou působností a odborným bádáním, téměř u třetiny osob s mentálním postižením, nelze určit příčinu vzniku. „*Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech*

---

<sup>1</sup> **AAIDD** (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Aaidd.org. [online]. cit. 12. 2. 2017. who.int. Dostupné z: <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WNwZnIggXIU>)

pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodním období i v raném dětství. Exogenní faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu, nebo dítěte. Mohou také hrát roli činitele, který spouští projevy zakódované patologie dědičnosti, nebo modifikuje její průběh“ (Švarcová - Slabinová, 2000, s 51).

Bartoňková, Bazalová (2007) dělí etiologii mentální retardace do jednotlivých období. V období prenatalním je plod ohrožen infekcí, špatnou výživou či úrazy matky a také zářením a toxickými látkami. V perinatálním období jde o nedostatek kyslíku (hypoxii) a protahovaný porod. Období postnatální je pro dítě rizikové v případě infekce, zánětu, úrazu, ale i špatné výživy.

*„Výzkum příčin mentální retardace zdaleka není u konce, dá se s mírnou nadsázkou říci, že se nachází spíše na počátku, než v závěrečných fázích svého vývoje“* (Švarcová - Slabinová, 2000, s. 52).

### **Etiologie dle Kozákové (2005)**

**Endogenní příčiny:** jedná se o vnitřní, zcela specifické genetické příčiny, které se vedou v linii po předcích. Počítáme zde genové či chromozomální postižení nebo poruchy ve struktuře a funkci genetického systému. Řadí se do prenatalního období, kde mohou vznikat podmíněné chromozomální abnormality, jako je např. Downův syndrom. Také vlivem ozáření, dlouhodobým hladověním, chemickými a jinými vlivy dochází k mutaci genů, aberaci chromozomů. Velmi časté příčiny tkví ve změně počtu pohlavních chromozomů např. fenylketonurie<sup>2</sup>. (WikiSkripta.eu, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Fenylketonurie>)

---

<sup>2</sup> Fenylketonurie je dědičné metabolické onemocnění spočívající v poruše přeměny aminokyselin Fenylalaninu a Tyrosinu, které u zdravých lidí katalyzuje jaterní enzym Fenylalaninhydroxyláza. (WikiSkripta.eu, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Fenylketonurie>)

**Exogenní příčiny** - vnější příčiny postižení působí od vzniku početí, během těhotenství, v období porodu i po porodu, raného dětství až do dospělosti. V časovém horizontu mluvíme o vzniku mentálního postižení v době:

1. **Prenatální období** - dle **Kozákové** (2005) může být v tomto období tělo matky vystaveno různému nebezpečí, a to jak se strany chemického, fyzikálního tak biologického působení nežádoucích vlivů. Mezi takovéto vlivy řadíme ionizující záření, drogy, alkohol, virová onemocnění aj.
2. **Perinatální období** - postižení může vzniknout v průběhu porodu vlivem nedostatku kyslíku, mechanickým poškozením mozku dítěte, překotným či předčasným porodem. (Kozáková, 2005)  
Velkou roli může hrát také hyperbilirubinémie - novorozenecká žloutenka, kdy z těla novorozence neodchází bilirubin a nepříznivě tak ovlivňuje jeho nervovou soustavu. (cs.wikipedia.org, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace))
3. **Postnatální období** - oproti předchozím obdobím, je vznik postižení v této fázi méně častý. Může vznikat vlivem působení mikroorganismů, které vyvolávají zánět mozku, např. meningitida, klíšťová encefalitida. Řadíme zde nádorová onemocnění, krvácení do mozku, snížení intelektu na základě sensorických, emočních a citových deprivací u dětí vyrůstajících v nepodnětném a nepřátelském rodinném prostředí. (Kozáková, 2005)

V současné populaci se podíl mentálního postižení odhaduje na 3–4 %. Z celkového procenta postižených mají převahu muži nad ženami. Podle stupňů mentálního postižení se uvádí zastoupení lehké MR v 2,6 %, středně těžké MR 0,4 %, těžké MR 0,3 %, hluboká MR 0,2 %. Tato čísla musíme však brát pouze orientačně, jelikož neexistují přesné údaje. (cs.wikipedia.org, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace))

### 1.3 Klasifikace mentálního postižení

Na klasifikaci mentálního postižení se dá pohlížet s více hledisek. Přesto, že se na každého jedince pohlíží individuálně jako na bytost jedinečnou, osobitou. Standardně je kritériem při stanovení závažnosti postižení míra intelektu jedince s postižením. Tato nejvíce využívaná metoda při diagnostice mentálního postižení vyjadřuje míru postižení inteligenčním kvocientem. Neberou se zde však v úvahu „neintelektové“ faktory, jako např. unavitelnost jedince, nesoustředěnost, nízká adaptabilita nebo snížená schopnost porozumění či komunikace. V literatuře nacházíme i jiné klasifikace závislé na symptomatologii, vývojových obdobích jedince, míry podpory nebo etiologii. (Valenta, Müller, 2009)

*„Stanovení sníženého inteligenčního kvocientu je pouze orientačním diagnostickým kritériem. (Zvolský, 1996, s. 206)*

Jak bylo v předešlé kapitole popsáno, byla dle Valenty, Müllera (2009) v minulosti používána klasifikace trojstupňová – debilita, imbecilita, idiocie. Od této klasifikace se upouští v roce 1975 při deváté revizi WHO<sup>3</sup>, především pro její pejorativní nádech a stigmatizaci.

V současnosti se používá klasifikace MKN - 10 z roku 1992, kterou vydala WHO se sídlem v Ženevě. V České republice vstoupila v platnost v roce 1994 a v roce 2004 byla WHO aktualizována jako druhé vydání. (who.int /, [online] cit. 16. 2. 2017, dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>)

### **Klasifikace podle MKN - 10 dle Valenty, Müllera (2009)**

F70 – Lehká mentální retardace – IQ 50-69 (dříve debilita)

F71 – Středně těžká mentální retardace – IQ 35–49 (dříve imbecilita)

F72 – Těžká mentální retardace – IQ 20–35 (dříve idiocie)

F73 – Hluboká mentální retardace – IQ do 19 (dříve vegetativní idiocie)

---

<sup>3</sup> WHO – světová zdravotnická organizace, založena sedmi státy v roce 7. 4. 1948. Tento den se slaví jako světový den zdraví. Úkolem WHO je dosáhnout nejvyššího možného stupně zdraví pro všechny lidi. (who.int /, [online] cit. 16. 2. 2017, dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>)

F78 - Jiná mentální retardace - používá se při nemožnosti použití standardních metod, např. autismus

F79 - nespecifikovaná mentální retardace - používá se při prokázání MR s deficitem informací pro zařazení do předchozích stupňů postižení, např. mentální subnormalita NS (nervová soustava).

Mimo stupně mentálního postižení rozlišuje Valenta, Müller (2009) dle MKN - 10 také poruchy chování u postižených.

Tyto poruchy jsou vyjádřeny číselným kódem za tečkou s číslem stupně postižení.

0 - žádné či minimálně postižené chování,

1 - výrazně postižené chování, vyžadující pozornost nebo léčbu,

8 - jiné poruchy chování,

9 - bez zmínky o poruchách chování.

Tak např. diagnóza u jedince s Downovým syndromem by byla zapsána jako:

F71.0 - středně těžká mentální retardace bez poruch chování.

V literatuře se setkáváme také s dělením typů mentálního postižení z hlediska chování.

**Valenta, Müller (2009) vymezují tyto typy:**

**Eretický typ** - popisuje se jako neklidný, snadno vzrušivý, agresivní a hyperaktivní, vzruch a útlum se velmi rychle střídají. V citové oblasti se projevuje jako nestálý s rychle se měnícími emocemi, slabou vůlí a neschopností se soustředit.

**Torpidní typ** - procesy vzruchu a útlumu jsou zpomalené, těžkopádné, jsou pozorovány stereotypní pohyby (kývání tělem, hlavou). Chování je klidné, tiché, neupoutá jej nic, vše je pro něj nezajímavé. Výrazová tupost a snížené mimické projevy.

**Nevyhraněný**

## 1.4 Symptomatologie mentálního postižení

Mentální postižení se všeobecně chápe jako zpomalení duševního vývoje. Toto zpomalení se projevuje v oblastech myšlení, emocí, paměti, pozornosti, smyslové percepce a volných projevech. Postižený tak mívá problémy např. s labilitou nálad a citovou vzrušivostí, infantilností osobnosti, závislostí na rodičích či osobách blízkých, těkavou pozorností, nedostatečnou slovní zásobou, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace. *„Při určení diagnózy se bere zřetel také na ostatní schopnosti retardované osoby, jako například na její sociální přizpůsobivost, kulturní a národnostní zázemí. Pokud retardace vzniká později než v ranném dětství, užívá se termín demence“* (Janotová, 1996, s.155).

### **Klinické znaky mentálního postižení dle Švarcové (2000)**

**Lehká mentální retardace** – nedostatečný rozvoj sociálních dovedností, řeči, obtíže při komunikaci. Tyto problémy jsou zcela patrné při zvládání školní docházky. Proto jsou takto postižené děti zpravidla zařazovány do speciálního výukového vzdělávání. *„Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním“* (Dolejší, 1983, s. 222). V samoobslužných činnostech, např. stravování, oblékání, hygiena, je většina jedinců samostatná. V rámci svých možností se dokáží postarat i o domácnost. Mohou vykonávat jednoduchá a nenáročná povolání založená na manuálních činnostech. V dospělosti tak mohou být platnými členy společnosti, navazovat přátelství a sociální vztahy.

Celkový počet takto postižených v populaci je 2,6 %. (cs.wikipedia.org, [online], cit.

15. 2. 2017, dostupné z:

[https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace))

**Středně těžká mentální retardace** – v dětství se dle Švarcové (2000) projevuje zvýšeným omezením motorických a neuropsychických funkcí. Značné opoždění se projevuje také v řeči a slovní zásobě. Je zde také omezená zručnost. V oblasti

sebeobsluhy vyžadují různé stupně podpory. Vzdělání se poskytuje takto postiženým v rámci speciálního školství, zejména pak praktických školách. Někteří se naučí základní trivium. V dospělém životě nejsou zcela samostatní, přesto jim mobilita a fyzická aktivita dovoluje vést společenský život. V profesním životě jsou schopni vykonávat lehkou manuální práci odpovídající možnostem jedince. Práci vykonávají pod dohledem, např. chráněné pracovní místo. Ke středně těžké mentální retardaci se mohou přidružovat jiná onemocnění a poruchy, např. autismus, psychické a tělesné postižení.

Celkový výskyt jedinců v populaci je 0,4 %. (cs.wikipedia.org, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace))

**Těžká mentální retardace** - již v dětství je výrazné opoždění psychomotorického vývoje, motoriky, řeči. U některých jedinců se řeč nemusí vytvořit vůbec, jiní zvládají pár slov či vydávají skřeky. Limity jsou i v sebeobsluze a ve zvládnutí hygieny. Takto postižení vyžadují různou míru podpory v jídle, hygieně a udržování čistoty, která přetrvává do dospělosti. Přesto se mohou naučit jednoduché úkony, pokud jim je poskytována výchovná péče. Vzdělání je značně limitováno, avšak včasná odborná rehabilitační a vzdělávací péče přispívá k celkovému rozvoji jedince po stránce motorické, komunikační i sociální. (Švarcová,2000)

V souvislosti s tímto druhem postižení vznikají velmi často kombinované vady pohybového aparátu.

Celkový výskyt jedinců v populaci je 0,2 %. (cs.wikipedia.org, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace))

**Hluboká mentální retardace** - téměř všichni takto postižení jedinci jsou postiženi na pohybovém a tělesném aparátu, tyto projevy jsou patrné již od raného dětství, jsou zcela závislí na celoživotní pomoci, neschopni sebeobsluhy. Trpí inkontinencí. Komunikují pouze neverbálně, jelikož řeč se nevytvořila. Velmi časté jsou vady v kombinaci s poruchami zraku, sluchu, záchvatovými onemocněními aj. Problémy



se projevují i v orientaci ve svém okolí. Časté je také sebepoškozování. (Pipeková, 2006)

Celkový výskyt jedinců v populaci je 0,003 %. (cs.wikipedia.org, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z:

[https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace))

## 2 KOMPREHENZIVNÍ REHABILITACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Komprehenzivní neboli **ucelená** rehabilitace osob s mentálním postižením je v současnosti chápána jako interdisciplinární obor, který má mnoho různých aspektů a oblastí. Vychází zejména ze spolupráce odborníků na jednotlivé oblasti rehabilitace.

Votava (2005) uvádí anglický termín ucelené rehabilitace (UR) – comprehensive rehabilitation, česká podoba slova „komprehenzivní“ se ve slovníku uvádí jako ucelený, celkový, úplný.

Péče o postižené osoby je značně rozsáhlá, proto jej legislativně zastřešuje více resortů – ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo zdravotnictví či ministerstvo školství a tělovýchovy. Legislativně nebyl do současné doby zakotven v právním řádu ČR systém ucelené rehabilitace. Právní řád se tak opírá o legislativní úpravy jednotlivých složek rehabilitace.

*„Ucelená rehabilitace je proces, při kterém má koordinované a kombinované uplatnění lékařských, sociálních, pedagogických a pracovních opatření umožnit občanům se zdravotním postižením pozvednout se na co nejvyšší možnou funkční rovinu a plně se zařadit do společnosti.“* (vláda.cz, [online] cit. 20. 2. 2017, dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/aktuality/Narodni-plan-OZP-2015-2020\\_1.docx](https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/aktuality/Narodni-plan-OZP-2015-2020_1.docx))

**Definice WHO:** *„Proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti“.* (Jankovský, 2006, s. 20)

Podle (Novosad, 2000) rehabilitace buduje na možnostech postiženého. Vychází z pozitivních vlastností a hodnot a zaměřuje se na osoby s různými druhy postižení, ať smyslovými nebo tělesnými, které je nemožno sami překonat nebo jimž takové vlastními silami nepřekonatelné postižení hrozí.

Jak bylo již zmíněno komprehenzivní rehabilitace je multidisciplinární obor zahrnující mnoho složek. Jesenský (1995) dělí komprehenzivní rehabilitaci podle zaměření a prostředků na čtyři základní druhy rehabilitace – **pedagogická, sociální,**

**pracovní a lékařská.** Cílem provázanosti těchto druhů rehabilitace, které se navzájem prolínají, je snaha o poskytnutí zařazení osobám s mentálním postižením do společenského a ekonomického života ve společnosti v co nejvyšší míře.

Důležité zásady v provádění ucelené rehabilitace dle Votavy (2003), kterými se řídí jednotlivé složky:

- včasnost,
- komplexnost, návaznost a koordinovanost,
- dostupnost,
- individuální přístup,
- multidisciplinární posouzení,
- součinnost.

*„V tomto duchu máme na mysli tedy spíše rehabilitaci dlouhodobou, kterou je však zapotřebí odlišit od rehabilitace krátkodobé, či přechodné, která má za cíl spíše návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice, případně navazuje na léčení méně závažného onemocnění“* (Jankovský, 2006, s. 19).

## **2.1 Léčebná rehabilitace**

*„Léčebná rehabilitace je jednou z hlavních složek ucelené rehabilitace. Je to soubor různých prostředků, postupů a technik, které zasahují nejen do oblasti rehabilitace, ale i do oblasti diagnostiky a terapie, a jejich úkolem je odstranit nebo zmírnit důsledek nemoci, úrazu či vrozené vady“* (Neubauerová, 2012, s. 12).

Můžeme zde uvést dělení podle Novosada (2000), které zahrnuje:

- Reparaci – nejčastěji operační výkony
- Medikaci – léky
- Fyzioterapii – nápravný tělocvik, balneoterapie, aj.
- Ergoterapii – léčba prací

Léčebná rehabilitace má mnoho metod a forem využití. K základní nejužívanější metodě v léčebné rehabilitaci patří **fyzioterapie**. Tato metoda se zabývá pohybovým ústrojím a svými specifickými prostředky zasahuje tam, kde jsou pohyb a jiné fyzické

a psychické funkce porušeny nebo ohroženy zraněním, nemocí, vrozenými vadami či procesy stárnutí. Dle Votavy (2003) je fyzioterapie zastřešujícím pojmem, který v sobě skýtá mnoho léčebných metod a postupů, které provádí odborníci – rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog, klinický logoped aj.

Matulay (1986, s. 23): „*Mentální retardace je stav se subnormální inteligencí, takového stupně a charakteru, že jedinec vyžaduje lékařskou péči a rehabilitaci.*“

### **Vojtova metoda reflexní lokomoce**

Tato metoda byla objevena lékařem Václavem Vojtou, která se opírá o fakt, že v centrálním pohybovém systému člověka jsou geneticky zakódovány vrozené pohybové vzory a z těchto znalostí vychází. Hojně se využívá u dětí s DMO, s parézami, skoliózou, rozštěpem páteře aj. Tato metoda se stala natolik úspěšnou, že se rozšířila i mezi dospělou populaci. Využívá u lidí po cévní mozkové příhodě, po úrazech, při bolestivosti kloubů či zad aj. „*Cílem této terapie je ovlivnit CNS natolik, aby se i osoba se zdravotním postižením vzniklým důsledkem nemoci, úrazu či vrozené vady, mohla naučit používat pohybové mechanismy, které by bez tohoto zásahu nedokázala nebo nemohla využívat*“ (Orth, 2009, s. 71 - 73).

Základem efektivní Vojtovi metody je reflexní plazení a reflexní otáčení, a to za účelem aktivizace jednotlivých bodů a tím dosažení svalové souhry u postižených jedinců. „*Jak reflexní plazení, tak i reflexní otáčení zahrnují několik druhů cvičení, reflexní otáčení má navíc ještě několik druhů výchozích poloh* (Orth, 2009, s. 120 - 121).

### **Bobath koncept**

Tato metoda manželů Bobathových, se zabývá zejména prací s lidmi po cévní mozkové příhodě a dětmi s dětskou mozkovou obrnou. Za pomoci speciálních cviků se snaží o podporu motorického učení pro motorickou kontrolu a funkčnost. Bobath koncept je multidisciplinární. Patří sice mezi fyzioterapeutické metody, ale zároveň pro jeho neurologický přístup, jej můžeme najít jako součást ergoterapie či logopedie aj. Používají se zde techniky, jako jsou např. reflexní útlum, technika držení a zacházení s dítětem aj. (Valenta, Müller, 2003).

*„Bobath koncept, který se snaží o dosažení rovnováhy a využití správného tonu před, během i po pohybu. Cílem Bobath konceptu je podpořit motorický vývoj, zabránit rozvoji patologických reflexů a facilitace pohybu“ (Kolář, 2013, s. 310).*

## **Ergoterapie**

Ergoterapie je specifická profese zahrnující řadu různorodých technik, metod a činností.

Dle definice České asociace ergoterapeutů z roku 2008 je **ergoterapie** „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení“ (ergoterapie.cz, [online], cit. 22. 2. 2017, dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/>).

Hlavním cílem oboru je umožnit postiženým provádět samostatně a nezávisle běžné denní činnosti, práce a aktivity volného času. „Mezi další cíle patří podpora jak tělesného, tak duševního zdraví, správné plnění sociálních rolí a integrace do společnosti zahrnující účast na aktivitách komunity i každodenního života“ (Jelínková, 2009, s. 16 - 17).

Nesmíme ji zaměňovat za pracovní rehabilitaci, která je součástí komprehenzivní rehabilitace. Ergoterapie je zde chápána jako **léčba smysluplnou činností**.

Votava (2003) rozeznává z hlediska používaných činností čtyři oblasti:

- **Ergoterapie zaměřená na trénink ADL** (aktivity zaměřené na každodenní činnosti) sem patří například péče o osobní hygienu, oblékání, jení. **Basální ADL** (neboli aktivity zaměřené na sociální aktivity) sem patří například nakupování, domácí práce či využívání dopravních prostředků a dopravy, tzv. **instrumentální ADL**
- **Ergoterapie cílená na postiženou oblast**, sem patří přesný, cílený a dávkovaný pohyb, jehož cíl se zaměřuje podle požadovaného účinku na zvyšování svalové

hmoty, na zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu, nebo na cílený trénink kognitivních funkcí.

- **Kondiční ergoterapie** má za cíl udržet dobrou duševní pohodu při dlouhodobém či trvalém postižení, snížit negativní vlivy hospitalizace a odpoutat pozornost od onemocnění. Využívá zájmových aktivit, např. rukodělné činnosti, společenské hry či sportovní aktivity.
- **Ergoterapie zaměřená na před pracovní hodnocení a trénink** má pomoci postiženému posoudit předpoklady k pracovnímu uplatnění, zahrnuje nácvik dovedností ke zvládnutí profese.

Nedílnou součástí léčebné rehabilitace je také **Terapie kognitivních funkcí**, která se zaměřuje na oblasti paměti, myšlení, prostorové i plošné představivosti, pozornosti, vizuomotorické koordinace, řeči, grafomotoriky aj. (Votava, 2003)

Mezi terapie s přesahy do jiných oborů patří také **psychoterapie** (léčba za pomoci psychologických prostředků), **arteterapie** (léčba pomocí výtvarných prostředků), **muzikoterapie** (léčba za pomoci hudby) či **animoterapie** (léčba kontaktem se zvířaty), jejíž součástí je účinná canisterapie a hippoterapie. (Velemínský, 2007, Kantor a kol., 2009)

Lasar (2012) dodává, že zvířata pomáhají pouze tomu, kdo je má rád. Ti, co se jich bojí, štítí či nenávidí nezažijí nikdy jejich pozitivní účinek.

K ostatním postupům v rámci léčebné rehabilitace řadíme také farmakoterapii, operační zákroky a operace, kompenzační pomůcky, nebo úpravu životosprávy. (Votava, 2003)

## 2.2 Sociální rehabilitace

*„Sociální rehabilitace řeší problémy, které platí jednak obecně po všechny skupiny lidí se zdravotním postižením, ale také specifické problémy podle druhu a stupně postižení“* (Jankovský, 2006, s. 28).

Podle § 70 zákona č. 108 /2006 Sb. o sociálních službách se Sociální rehabilitace vymezuje jako: *„soubor specifických činností směřujících k dosažení, samostatnosti,*

nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických dovedností a schopností, 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“ (aplikace.mvcr.cz. [online] cit. 21. 2. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

Sociální rehabilitace je celoživotním procesem. „Sociální rehabilitace je pokračováním rehabilitace léčebné, využívá individuální přístup k osobám dle stupně a druhu jejich postižení, snaží se o integraci OZP a to jak do kulturního, tak i sociálního prostředí a podporuje rozvoj dovedností k tomu potřebných“ (Růžičková, 2005, s. 47 - 48). Dle Jankovského (2006) se jednotlivé složky ucelené rehabilitace jednotlivě prolínají, proces sociální rehabilitace se uskutečňuje nejen v centrech sociální péče, ale také ve školských a zdravotnických zařízeních, v rámci Úřadů práce, rodiny, ale také za podpory občanských sdružení, nestátních a neziskových organizací a různých nadací.

Základem jakékoli sociální práce s klienty, je také základní sociální poradenství, které poskytuje konkrétní rady možného postupu řešení nepříznivé životní situace nebo jejího předcházení. Naopak odborné sociální poradenství je zaměřeno na konkrétní cílové skupiny klientů, např. poradna pro osoby se zdravotním postižením, poradna pro seniory aj. (Votava, 2003)

### **Cíle sociální rehabilitace dle Votava (2003) spočívají v:**

#### **A) zajištění ekonomických jistot**

- invalidní důchody, zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění,
- příspěvek na péči, vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb. zákona č. 108/2006 Sb.,
- dávky pro OZP – zákon č. 329/2011 Sb.

B) podpoře pro samostatné bydlení – chráněná a podporovaná bydlení, pečovatelská služba, bezbariérové byty, osobní asistence aj.

C) rozvoj zájmových činností – denní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP, sociálně terapeutické dílny, sportovní, kulturní a jiné formy

zájmových činností v nabídce neziskových organizací, občanských sdružení a nadací.

- D) možnosti sdružování a získávání informací – vytváření komunit pro lidi s podobným postižením, kteří mají tak možnost sdílet své problémy a názory s ostatními a lépe prosazovat své oprávněné zájmy a práva.
- E) předpoklady pro rozvoj jedince – upevňování a procvičování psychických, komunikačních, pohybových dovedností, nácvik dovedností pro zvládnání péče o osobu vlastní, soběstačnost, zprostředkování kontaktu s okolím aj.

V rámci sociálních služeb se osobám s mentálním postižením poskytují služby, které slouží ke zlepšení kvality jejich života, zároveň by mělo platit, že pomoc má vycházet z individuálních potřeb postiženého jedince, působit na ně aktivní formou. Jedinec by službou neměl být zneschopňován, ale měla by podporovat rozvoj samostatnosti a začleňování jedince do společnosti. (Růžičková, 2005)

## 2.3 Pedagogická rehabilitace

U pedagogické rehabilitace se setkáváme s velmi rozsáhlou škálou možností aplikace do praxe. Stojí před námi nepřehledné množství pedagogických forem a metod, které mají přesah do jiných složek rehabilitace. Tato spolupráce jednotlivých složek pak ústí ve větší efektivitu ve výchově a vzdělávání. (Růžičková, 2005)

U osob s mentálním postižením je pedagogická složka ucelené rehabilitace zaměřena na aplikaci speciálně pedagogických metod, jako je reedukace, stimulace, kompenzace a rehabilitace. Probíhá v rámci celoživotního procesu, na kterém se podílí množství odborníků a specialistů. Patří mezi ně speciální pedagogové na všech typech a stupních škol, v poradenských zařízeních, asistenti pedagogů, psychologové aj. Nesmíme zapomínat ani na podíl rodičů či zákonných zástupců. (Votava, 2003)

Dle Černé (2015) převažuje v současném vzdělávání profesní příprava, která je cíleně mechanická a zaměřená behaviorálně. „*Takto úzce pojaté další vzdělávání je jako hlavní vzdělávací strategie odsouzena k zániku*“ (Johnstone, 1995).



K hlavním pedagogickým prostředkům u osob s mentálním postižením patří aktivizační programy a programy doplňující vzdělání.

Aktivizační programy podporují rozvoj nebo udržení konkrétních dovedností a schopností, které vycházejí ze zájmů či potřeb osob s mentálním postižením a rozšiřují příležitosti začlenění takto postižených do společnosti.

Cílem této složky rehabilitace je snaha o dosažení co nejvyššího vzdělání, rozvoje a podpory samostatnosti osob s mentálním postižením. *„Dosažení potřebné úrovně a obsahu je obvykle jedním z důležitých cílů, a to nejen u dětí školního a dorostového věku, ale i v dospělosti, kdy doplnění vzdělání či rekvalifikace zvyšuje možnost perspektivního pracovního uplatnění u osob se zdravotním postižením“* (Votava, 2003, s. 125).

### **Osobní asistence**

Osobní asistence je forma sociální podpory osob se zdravotním postižením s cílem zmírnit jeho důsledky. *„Má umožnit klientovi nezávislé rozhodování o jeho životě, tzn. o uspokojování jeho potřeb. Osobní asistence je dopomoc osobám s postižením, která na rozdíl od pečovatelské služby není vymezena taxativně vyjmenovanými úkony, ale širokým záběrem služeb kompenzuje postižení ve všech činnostech, jež osoba s postižením nemůže vykonávat. Prostřednictvím osobní asistence jsou uspokojovány základní životní potřeby, a to jak biologické, tak společenské“* (Bazalová in Vítková, 2003, s. 221).

Významnou a nepostradatelnou roli má pedagogická rehabilitace u osob s mentálním postižením již v raném dětství. Bylo dokázáno, že v období do třetího roku věku jedince má mozek obrovské kompenzační možnosti, které umožňují rozvíjet náhradní mechanismy v oblastech, kde je vážný handicap ve vývoji. V období od 0–7 let se o péči postižených jedinců stará sociální služba Rané péče. (Vítková, 2006)

### **Zákon 108 / 2006 Sb. § 54 ranou péčí vymezuje jako:**

*„terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a na podporu vývoje*

dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“). (aplikace.mvcr.cz. [online] cit. 21. 2. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

Mezi hlavní cíle této služby patří snížení negativního vlivu postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a jeho vývoj, zvýšení vývojové úrovně dítěte v dané postižené či ohrožené oblasti a posílení kompetencí rodiny, které vedou ke snížení závislosti na sociálním systému. Vítková (2006, s. 129) považuje za ranou podporu „*všechna opatření (intervence, aktivity, speciální edukace) odborně použité, které slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přiměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti*“.

Další oblastí pedagogické rehabilitace jsou školská poradenská zařízení. Podle vyhlášky MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních je pedagogická rehabilitace zajišťována Speciálně pedagogickými centry (SPC) a Pedagogicko-psychologickými poradnami (PPP). (aplikace.mvcr.cz. [online] cit. 24. 2. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

SPC se věnuje dětem s mentálním postižením od tří let věku. Své klienty doprovází i na středním stupni vzdělávání. Vítková (2006)

Mezi hlavní náplně poradenského zařízení dle přílohy II. vyhlášky MŠMT ČR č.72/2005 Sb. patří např.:

- depistáž v daném regionu,
- komplexní diagnostika – speciálně pedagogická i psychologická,
- intervenční služby – přímá práce s klientem, kariérové poradenství žáku aj.,
- metodické služby – konzultace s rodiči, pedagogy, návrh IVP (individuální vzdělávací plán), pomoc při integraci žáků aj.

(aplikace.mvcr.cz. [online] cit. 24. 2. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

## **2.4 Pracovní rehabilitace**

Práce je v lidském životě jedna z nejdůležitějších a nejvýznamnějších potřeb jedince, zejména pak v životě postižené osoby. Pracovní terapie vede u osob s mentálním postižením k rozvoji myšlení, emotivity, řeči, motoriky. Umožňuje osamostatňování, seberealizaci a integraci do společnosti na vyšší úrovni. *„Pracující člověk má mnohem větší předpoklady být soběstačným a vést poměrně nezávislý život samostatně, nebo v tzv. chráněných bytech bez toho, aby zasahoval do života příbuzných. Druh práce, peníze, které prací vyděláváme a možnosti, které tím získáváme, to vše ovlivňuje naše sebevědomí, naše postavení ve společnosti a stupeň svobody, volnosti na úrovni ekonomické a sociální“* (Pipeková, 2006, s. 293).

Dle Černé (2015) se pojem práce vztahuje k pojmu zaměstnání, přičemž zaměstnání obsahuje prvky mzdy za odvedenou práci, uzavření pracovně právního vztahu a možnost výpovědi z práce.

Potřeba pracovního začlenění vychází ze základních potřeb, které již v minulosti popsal Maslow, pokud tato potřeba není z jakýchkoli důvodů naplněna, vede ke stresovým situacím a psychické nepohodě člověka. (Jankovský, 2006).

*„Motivy k práci mohou být různé a mohou mít rozmanitý, relativní význam“.* (Vágnerová, 1999). U osob s mentálním postižením tak mohou být v popředí motivy k práci např. sociální kontakt, aktivity spojené s prací, seberealizace či osamostatňování a nezávislost.

Význam práce s ohledem na mentální postižení dle Černé (2015)

- ekonomická nezávislost a vyšší životní standard,
- pozitivní sebeurčení člověka,
- pozitivní ovlivnění postoje společnosti k postiženým.

Podle Novosada (2009) se do pracovní rehabilitace řadí profesní příprava, kariérové poradenství, průzkum trhu pracovních příležitostí, vytváření a ochrana pracovních příležitostí. V současnosti je zaměstnávání osob se zdravotním postižením legislativně ošetřeno zákonem č. 435/2004 Sb. Ustanovení § 67 zákona č. 435/2004 Sb. definuje osoby se zdravotním postižením, kterým je poskytována zvýšená

ochrana na trhu práce. Jsou jimi osoby plně invalidní, částečně invalidní, zdravotně znevýhodněné osoby. (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 12. 3. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

### **Chráněné pracovní místo**

§ 75 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti vymezuje tento termín jako „*pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce*“. Na takto vytvořené pracovní místo se váže také státní příspěvek. (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 12. 3. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

### **Tranzitní program**

Jde o sociální službu poskytovanou osobám s mentálním postižením, která jim podává pomocnou ruku a podporu v přechodu z praktických škol do zaměstnání. Neposkytuje však pouze služby postiženým, ale také zaměstnavatelům, kteří projeví zájem o zaměstnávání lidí s postižením. (Valenta, Müller, 2009)

*„Ke speciálním programům podporovaného zaměstnávání patří i „Tranzit“. Jde o program pro žáky posledních ročníků praktických či speciálních škol, jehož základem jsou individuální praxe na pracovištích, probíhající jednou až třikrát týdně za podpory pracovního asistenta. Konečným cílem je získat po ukončení školy odpovídající místo. Součástí tohoto programu je nácvik např. samostatného dojíždění do práce, samostatného telefonování a vyřizování osobních záležitostí, seznamování se s pracovním procesem na tom, kterém pracovišti, získávání pracovních dovedností apod.“* (Valenta, Müller, 2009).

Osoby s mentálním postižením v institucionální péči, kteří nemají možnost pracovat na běžném trhu práce, využívají služeb **sociálně terapeutických dílen**. Zde se jim vytváří příležitost pro smysluplné trávení volného času za využití individuálních potřeb, schopností a dovedností každého jedince. (sagapo.cz [online]cit. 7. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/dozp-org/uvod-std>)

Mohou si vybrat z pestré nabídky rukodělných činností:

- košíkářství, keramika,

- malba na sklo, výroba ze dřeva,
- výroba svíček, mýdel,
- tkaní koberců, šití apod.

Činnosti sociálně terapeutických dílen jsou vymezeny § 67 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Služba je bezplatná a je poskytována na základě smlouvy a zpracovaného individuálního plánu klienta. (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 12. 3. 2017, dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.)

### **Podporované zaměstnání**

Pipeková (2006) uvádí, že odporované zaměstnání nabízí pracovní uplatnění lidem se zdravotním postižením v běžném provozu, kde jsou pro ně zajištěny vhodné podmínky.

Tuto formu pomoci k úspěšnému zapojení do pracovního procesu využívají také klienti v institucionální péči. Jde o komplex služeb zacílených na získání a udržení pracovního místa. Slouží osobám, které k získání a udržení pracovního místa potřebují dlouhodobou podporu přímo na pracovišti. (Votava, 2003)

### **Hlavní oblasti podpory:**

- aktivní přístup uživatele (zaměstnance) programu,
- možnost samostatného rozhodování o vlastní kariéře a časovém rozvržení pracovního procesu,
- zapracování přímo na pracovišti a možnost pracovat na tzv. otevřeném trhu práce společně s lidmi bez zdravotního postižení,
- průběžná podpora odvíjející se od potřeb zaměstnance při osvojování potřebných dovedností a návyků, směřující k jeho postupnému osamostatnění. (Pipeková, 2006)

V oblasti pracovní rehabilitace jde také především o aktivní účast úřadů práce na uskutečňování státní politiky zaměstnanosti a k vytváření pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. *„Pokud jsou prostředky pracovní rehabilitace*

*takto uplatňovány, pak mohou významně ovlivnit hodnotu života lidí se zdravotním postižením“ (Jankovský, 2006, s.163).*

### **3 INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE**

Současné společenské smýšlení a vnímání ústavní péče je velmi vzdálené od dob minulých, kdy nejenom osoby s mentálním postižením, byly segregovány v socialistických ústavech, aby nebyli na očích ideologicky smýšlející společnosti. Byly jim plněny základní životní potřeby - jíst, pít. Po revoluci v roce 1989 dochází k humanizaci institucionální péče, na trh přicházejí nestátní organizace, občanská sdružení, zakládají se stacionáře, pobytová zařízení apod. (Matoušek, 1999)

Dnešní společnost velmi usiluje o to, aby osoby s mentálním postižením prožili svůj život v přirozeném prostředí. Doma se svou rodinou, naplnění láskou a péčí svých nejbližších. Bohužel není vše zcela ideální a někdy není v silách rodiny tuto péči poskytnout. Péče o postiženého člena rodiny je mnohdy psychicky i fyzicky velmi náročná. Společnost nabízí možnost odlehčení rodině s postiženým ve speciálním školství, denních stacionářích apod. (Novosad, 2009)

Pokud ani tato forma pomoci není dostačující, suplují náhradní domov pobytová zařízení. Institucionální péče má pomáhat a sloužit klientům nahradit jejich domov, přiblížit je běžnému životu a podporovat v naplnění smyslu života.

Podle Matouška (1999) vytváří pocit domova určitý soubor věcí, k němuž má člověk vztah, pobytové instituce by měly této potřebě vycházet vstříc v maximální míře a tím umožnit klientům obklopit se svými věcmi podle vlastních potřeb a přání.

#### **3.1 Vymezení institucionální péče**

Na dnešní pojetí institucionální péče můžeme pohlížet z více stran. Se změnami systému přichází také nové trendy, informace, nové styly myšlení, mění se vžitá pravidla.

Podle Švarcové (2000) můžeme zachytit tři základní druhy trendů:

- **humanizace** – akceptování postižené osoby jako rovnocenné, se stejnými možnostmi v životě,
- **normalizace** – snaha o co nejvyšší míru podpory postiženému žít běžným životem, a to i v institucionální péči,
- **integrace** – začlenění postiženého do běžného společenského života.

Matoušek (1999) rozlišuje hlavní funkce institucionální péče následovně:

- podpora a péče,
- léčba, výchova a resocializace,
- omezení, vyloučení represe.

Na institucionální péči lze pohlížet také z pohledu zákona č. 108 / 2006 Sb. o **sociálních službách**, který vešel v platnost dne 1. ledna 2007. Tento zákon kromě jiných změn přinesl transformaci Ústavů sociální péče na Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Mezi další žádané změny, které tento zákon ustanovil, řadíme důraz na kvalitu poskytování sociálních služeb, proto se také **standardy kvality sociálních služeb** doporučené Ministerstvem práce a sociálních věcí staly závazným právním předpisem datované s účinností od 1. 1. 2007. Standardy kvality sociálních služeb jsou vymezeny v **příloze č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb.**, provádějícího předpisu zákona č. 108/2006 Sb. V daném zákoně, je také vymezeno, jakým způsobem a za jakých podmínek lze poskytovat sociální služby. Zájemce o poskytování služby podá žádost o **registraci** a na základě **oprávnění** k poskytování sociálních služeb budou zapsáni do registru poskytovatelů sociální služby. Jako dohled nad plněním podmínek registrace a ověření si dodržováním standardů kvality sociálních služeb vznikl institut **inspekce** poskytování sociálních služeb. (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 12. 3 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

**Klasifikace sociálních služeb dle zákona MPSV č. 108 / 2006 Sb.**

Druhy sociální služby:

- služby sociálního poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

### **Formy poskytování sociální služby:**

- ambulantní forma – klient dochází do zařízení,
- terénní forma – služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta,
- pobytová forma – služby jsou poskytovány v zařízení sociálních služeb a souvisí s ubytováním klientů.

**Osoby s mentálním postižením mohou tak využívat služby podle své potřeby. Základní i odborné sociální poradenství. Služby sociální péče – osobní asistence, podpora samostatného bydlení, denní i týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení. V rámci služeb sociální prevence je to zejména Raná péče, která je určena dětem a rodinám dětí ve věku 0-7 let, dále pak sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitaci. (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 12. 3. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))**

Důležitou součástí nového modelu sociálních služeb je poskytování **příspěvku na péči**, který je právně zakotven v zákoně č. 108/2006 Sb. a provádějící vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb. Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby při zvládnání základních životních potřeb. Výše příspěvku se odvíjí od stupně závislosti (I. – IV. stupně závislosti). (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 13. 3. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

## **3.2 Standardy kvality sociálních služeb**

Jak bylo již výše popsáno, je v současném sociálním systému, kladen důraz na kvalitu poskytování sociálních služeb, a to prostřednictvím Standardů kvality



sociálních služeb. Jednoduše lze říci, že jde o soubor pravidel, kterými se má daná sociální služba řídit v oblasti fungování. Popisují, jak bude služba vypadat a jakým způsobem bude poskytována. Standardy kvality slouží nejen zaměstnancům, ale také klientům sociálních služeb a jsou nápomocny inspekci k ověřování kvalit sociálních služeb. (aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 13. 3. 2017, dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.)

V institucionální péči jsou standardy kvality sociálních služeb velmi důležité ve vztahu ke klientům, jelikož mají přímý vliv na klientovu adaptaci v prostředí domova, jeho pohodlí, důstojnost, akceptaci vlastních potřeb aj. Matoušek (2007) uvádí, že do kvality péče je zahrnut respekt k právům obyvatel, realizace práva na vlastní volbu, podpora individua, ochrana soukromí a osobních informací, pružnost postupů, spolupráce s jinými organizacemi, aktivizace a stimulace obyvatel, respektování emocionálních potřeb. Metodicky by standardy kvality sociálních služeb měli směřovat k podpoře nezávislosti, osobního růstu a právům uživatele sociální služby.

**Dělení standardů kvality sociálních služeb dle přílohy č.2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách:**

- procedurální,
- personální,
- provozní.

**Procedurální standardy** – orientují se na klienta, obsahují kritéria vztahující se k navázání spolupráce mezi klientem a službou a o možnostech jejího poskytování

1. cíle a způsoby poskytování sociální služby,
2. ochrana práv osob,
3. jednání se zájemcem o službu,
4. smlouva o poskytování sociální služby,
5. individuální plánování a průběh sociální služby,
6. dokumentace o poskytované sociální službě,

7. stížnosti na kvalitu či způsob poskytování sociální služby,
8. návaznost poskytované sociální služby na další služby.

#### **Personální standardy – orientace na pracovníky a management sociálních služeb**

9. personální zajištění,
10. profesní rozvoj pracovníků.

#### **Provozní standardy – orientace na vlastní provoz zařízení sociální služby**

11. místní a časová dostupnost sociální služby,
12. informace o poskytované službě,
13. prostředí a podmínky,
14. nouzové a havarijní situace,
15. zvyšování kvality v poskytované službě.

(aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 12. 3. 2017, dostupné z: [http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.](http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/))

### **3.3 Základní funkce a rizika institucionální péče**

Z historického pohledu byl vývoj institucionální péče a práce s klienty ovlivňován více faktory. Péče o osoby s mentálním postižením si od počátků lidstva prošla těžkými obdobími. Do středověku nebyla ústavní péče institucionalizovaná. Podle Mühlpachra (2003) převládal strach a magické myšlení, které mělo být příčinou takového onemocnění. Funkci v péči o nemocného, který byl posedlý zlým duchem, zde zastupoval exorcismus, magické ochranné prostředky, amulety, symboly.

S vytvořením třídní společnosti ve starověku začal panovat názor, že jen ti, kteří se dokáží přizpůsobit, mohou vyrůstat v rodinném prostředí, kde se o ně musí postarat rodina. Ti, co takové „štěstí“ nemají, měli by být vyhubeni. Používalo se také vyobcování, což v tehdejší společnosti znamenalo jistou smrt. (Černoušek, 1994).

Ve středověku se začalo šířit křesťanství a s ním přichází pohled na nemoc jako na trest boží. Prosadil se silný vliv křesťanství a v období raného středověku vznikaly při jednotlivých kláštorech nemocniční zařízení, tzv. **hospitaly**. (Mühlpachr, 2003).

Dle Vencovského (1996) se v období renesance setkáváme poprvé s nastolením prvních pravidel v péči o duševně choré, proto aby nebyly společnosti na obtíž. Stanovené předpisy nebyly motivovány zájmem o zdravotní stav postižených.

S osvícením přichází zakládání velkých špitálů, které ale nesloužili k lékařské péči o mentálně retardované, ale byly koncipované jako pracovní káznice, kde osoby s mentálním postižením byli nuceni k práci, jelikož vede k lepšímu morálnímu vývoji. (Foucault, 1994)

Až v novověku dochází k výrazným změnám v péči o postižené jedince, zavádí se lékařská péče a postupně se humanizuje přístup k osobám s postižením. Dochází ke specializaci jednotlivých institucí, ve kterých tvoří osoby s mentálním postižením samostatnou skupinu. V tomto období se také zakládají starobince, nemocnice, trestnice či polepšovny.

V České republice jsou začátky institucionální péče spojeny se založením Ernestina neboli Ústav idiotů Jednoty paní sv. Anny, toto zařízení sloužilo potřebám a péči o osoby s mentálním postižením. Zařízení založil roku 1871 v Praze lékař Karel Slavoj Amerling (1807-1884). Funkce tohoto zařízení byly naplňovány prostřednictvím pracovních činností a rozumové výchovy. Klienti tohoto zařízení byli rozvíjeni za pomoci ručních prací a zdravotního tělocviku. (Pipeková, 2006)

Postupně dochází k zřizování dalších institucionálních zařízení, kde jsou klienti již děleni podle věku, postižení, pohlaví. Zaměřením byly zřizované instituce léčebně ošetrovatelského charakteru, péči o postižené zastávaly řádové sestry a zdravotnický personál. Dochází také k úplnému vyčlenění osob s mentálním postižením ze společnosti.

Velké změny přichází až po roce 1989, změnami v politice ČR. Tyto změny úzce souvisí i s vývojem sociálních služeb. *„Světové trendy v péči o lidi s mentálním*

*postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče poskytované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů, nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaných bydleních v běžné městské zástavbě“ (Švarcová, 2006, s. 163).*

### **Matoušek (1999) rozlišuje tři základní funkce institucionálního zařízení:**

#### 1. Podpora a péče

Tato funkce se pokouší o nahrazení péče v rodinném prostředí. Patří k nejvýznamnějším funkcím institucionální péče, kterou uživatelé potřebují a bez níž by byla kvalita jejich života velmi nízká. U osob s mentálním postižením je podpora a péče většinou celoživotní.

#### 2. Léčba, výchova a resocializace

Poskytuje se zejména v rehabilitačních zařízeních, nemocnicích a všude tam, kde se předpokládá posun jedince ve zdravotním stavu.

#### 3. Omezení, vyloučení represe

Uplatnění této funkce se praktikuje tam, kde je zapotřebí zabránit páchání patologických jevů ve společnosti a u lidí, kteří mohou být nebezpeční pro okolí. Funkčně tomuto odpovídají zařízení věznic, psychiatrické léčebny, či zařízení pro uprchlíky.

*„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat se třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování“ (Matoušek, 1999, s. 19).* Také proto společnost dbá na rozšiřování nabídek sociální pomoci, kdy po přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, klesl počet osob s mentálním postižením žijících v pobytových zařízeních. S tím souvisí i příspěvky na péči, které mnohým rodinám umožnily postarat se o své blízké v prostředí rodiny či hledat alternativu péče mezi pobytovou a ambulantní nebo terénní službou. Rodiny tak mohou využívat široké spektrum institucí související s péčí o osoby s mentálním postižením.

S péčí v institucionálních zařízeních, jako jsou Domovy pro osoby se zdravotním postižením, souvisí také rizika institucionální péče. Podle (Mühlpachr, 2001) se tato rizika liší od sebe tím, v jaké životní fázi či situaci se klient do institucionální péče dostal.

#### **Rizika dle (Mühlpachr, 2001):**

- Hospitalismus – skupina příznaků projevujících se při dlouhodobém pobytu v zařízení, na vzniku hospitalismu se podílí více faktorů, mezi nejzásadnější patří dlouhodobé odloučení od rodiny, nucená nečinnost, izolace od okolního světa.
- Zhoršení komunikace – lidé s mentálním postižením mají narušenou slovní komunikaci jako po obsahové tak i formální stránce, je důležité vytvořit si s osobou komunikační kanál a předejít tak zhoršené komunikaci, úpadku do apatie, či návratu do rannějších vývojových stádií z nedostatku porozumění.
- Ponorková nemoc – dala by se označit jako stav vzrůstajícího napětí a nesnášenlivosti, která je charakteristická pro uzavřené společnosti, kdy je omezen dostatek podnětů.
- Chybění druhého pohlaví – i lidé s mentálním postižením mají potřebu žít přirozeným partnerským životem, stýkat se s osobami opačného pohlaví, navzájem se obohacovat.
- Šikanování – u lidí s mentálním postižením je riziko vzniku šikany ze stran personálu vyšší, klienti tak mohou zažívat fyzické, psychické týrání.
- Ztráta soukromí – je vlastně první aspekt, o který lidé v institucionální péči přicházejí, dělí se o pokoj s jinou osobou, nemají svobodu v rozhodování, jsou obklopeni cizími věcmi, které nemohou využívat podle svého přání.

Všechny tyto nepříznivé vlivy, nebo jejich kombinace může u osob v institucionální péči vyvolat vážné psychické trauma, které postiženou osobu dlouhodobě poznamená. Podle Pipekové (2006) naráželi dříve uživatelé institucionálních služeb na nezájem společnosti a nerespektování jejich osobnosti, dnes se klienti setkávají s mnohem větším pochopením. Problémem se tak stává spíše nedostatek finančních

prostředků, který může brzdit rozvoj institucionálních zařízení v mnoha oblastech (personální, materiální atd.).

## 4 OKRES BRUNTÁL

Okres Bruntál se nachází v Moravskoslezském kraji, v oblasti Severní Moravy a Slezska. V jeho severní části je státní hranice s Polskem. Okres Bruntál vznikl 1. července 1960 a jeho ústředním městem se stal Bruntál. (wikipedia.org [online] cit. 6. 3. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Okres\\_Brunt%C3%A1l](https://cs.wikipedia.org/wiki/Okres_Brunt%C3%A1l)).

Dle Českého statistického úřadu je okres Bruntál vzhledem k rozloze (1537 m<sup>2</sup>) největším okresem Moravskoslezského kraje a devátým největším okresem v ČR. V současné době je v tomto okrese 67 obcí, z toho 9 má status města. (czso.cz, [online] cit. 6. 3. 2017, dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika\\_okresu\\_bruntal](https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_okresu_bruntal)).

### **Města v okrese Bruntál:**

- Andělská hora – 422 obyvatel,
- Bruntál – 17 677 obyvatel,
- Břidličná – 3 900 obyvatel,
- Horní Benešov – 2 513 obyvatel,
- Janov – 369 obyvatel,
- Krnov – 26 078 obyvatel,
- Město Albrechtice – 3 596 obyvatel,

- Rýmařov – 9 318 obyvatel,
- Vrbno pod Pradědem – 5 691 obyvatel.

(mesta.obce.cz [online] cit. 6. 3. 2017, dostupné z:  
<http://mesta.obce.cz/vyhledat2.asp?okres=3801%20>).

Na území Bruntálského okresu žije necelých 94. tisíc obyvatel a co do počtu, patří k nejmenším v celém Moravskoslezském kraji. V rámci pracovního trhu jsou zde zastoupeny z 13 % průmyslové firmy, z 14,6 % stavební firmy, 8,5 % patří zemědělství a 17 % odvětví obchodu a služeb. K 31. 12. 2016 byla výše podílu nezaměstnanosti v okrese Bruntál 9,4 %. Z toho bylo v evidenci Úřadu práce 1 104 osob se zdravotním postižením z celkových 7 652 uchazečů o zaměstnání. (czso.cz, [online] cit. 6. 3. 2017, dostupné z:  
[https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika\\_okresu\\_bruntal](https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_okresu_bruntal)).

#### **4.1 Vymezení sociálních zařízení v okrese Bruntál**

Jak už bylo v předešlé kapitole popsáno, patří Bruntálsko k nejméně zalidněným regionům Moravskoslezského kraje. Přesto se zde nachází rozsáhlá síť poskytovatelů sociálních služeb, kteří poskytují osobám s mentálním postižením ambulantní, terénní i pobytové služby, a to jak v sociálním poradenství, sociální péči i sociální prevenci.

Mezi největší nestátní organizace poskytovatelů sociálních služeb patří v tomto regionu bezesporu Slezská diakonie.

Zastoupení v Bruntálském okrese mají i státní příspěvkové organizace, zřizované Moravskoslezským krajem. Patří sem Sagapo, p. o. Bruntál a Harmonie, p. o. Krnov. V rámci těchto organizací se poskytují služby osobám s mentálním postižením pobytovou, terénní i ambulantní formou.

#### **4.2 Charakteristika jednotlivých zařízení v okrese Bruntál**

**Slezská diakonie**

Je nestátní organizací, která vychází z křesťanských zásad a poskytuje sociální služby všem lidem v nepříznivé sociální situaci. Dne 27. listopadu 1990 byla Slezská diakonie zaregistrována jako samostatný subjekt – občanské sdružení na Ministerstvu vnitra ČSFR. (slezskadiakonie.cz [online] cit. 28. 3. 2017, dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/o-nas/histori>).

Slezská diakonie je v Bruntálském okrese zastoupena v několika městech. Své služby osobám s mentálním postižením tak poskytuje ve městech Krnov, Bruntál, Široká Niva.

### **Služby sociální péče Slezské diakonie**

RÚT Krnov, Bruntál – zařízení sociální rehabilitace, určené lidem s mentálním postižením či jiným duševním onemocněním. Posláním této služby je poskytovat individuální podporu při získávání návyků a dovedností v běžné životě. Poskytuje podporu při získávání zaměstnání, trávení volného času či vzdělávání.

NOE Bruntál, Krnov – Podporované bydlení. Služba je určena pro osoby s mentálním postižením, kteří chtějí bydlet samostatně a potřebují podporu ve zvládnání běžných denních záležitostí.

Archa Široká Niva – Chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením. Obyvatelé mají možnost využití asistenta dle svých individuálních potřeb při zvládnání běžných záležitostí v domácnosti.

Benjamín Krnov – Denní stacionář, poskytuje podporu v aktivním prožívání dne osob s mentálním postižením.

EFFATHA Krnov – Sociálně terapeutická dílna, dále jen STD, pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Poskytuje podporu v získávání a upevňování pracovních dovedností.

(slezskadiakonie.cz [online] cit. 28. 3. 2017, dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/o-nas>.)



Obce	Sociálně terapeutická dílna	Denní stacionář	Chráněné bydlení	Sociální rehabilitace	Podporované bydlení
KRNOV	EFFATHA	Benjamín		Noe	RÚT
BRUNTÁL				Noe	RÚT
ŠIROKÁ NIVA			Archa		

Tab. 1 přehled sociálních služeb Slezské diakonie.

Mezi nestátní a neziskové organizace v Bruntálském okrese zabývající se osobami s mentálním postižením patří např. STD Polárka Bruntál, STD Diakonie, ČCE Rýmařov či Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením, která je určena klientům bez rozdílu věku. Účelem společnosti je prohlubování práv osob s mentálním postižením a důraz na zvyšování kvality jejich života.

(givt.cz. [online] cit. 7. 3. 2017, dostupné z: <https://givt.cz/bruntalska-dilna-polarka>, diakonierymarov.cz. [online] cit. 10. 3. 2017, dostupné z: <http://www.diakonierymarov.cz/>).

### **Sagapo, p. o. Bruntál**

Organizace Sagapo, p. o. Bruntál je příspěvkovou organizací zřízenou Moravskoslezským krajem. „Hlavním účelem organizace je účelové poslání spočívající v poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v souladu s rozhodnutím o registraci, jakož i zajišťování fakultativních činností s poskytováním sociálních služeb souvisejících“ (sagapo.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/>).

Organizačně je zařízení rozděleno do čtyři částí. Svým klientům tak nabízí služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením, v Sociálně terapeutické dílně, Podporovaném bydlení a také v Chráněném bydlení.

**Domov pro osoby se zdravotním postižením** – pobytové služby poskytuje organizace ve městech Bruntál, Horní Benešov a Vrbno pod Pradědem. Celková kapacita těchto domovů je 65 lůžek. „Posláním Sagapo, p.o. je poskytovat sociální služby

*domácího typu osobám, které z důvodu svého zdravotního postižení potřebují soustavnou péči druhé osoby a nemohou žít ve svém přirozeném prostředí“ (sagapo.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/dozp-org/uvod>).*

**Sociálně terapeutické dílny** – ambulantní sociální služba určená všem klientům s mentálním postižením v Bruntále a přilehlém okolí.

**Podporované bydlení** – terénní služba poskytována uživatelům v přirozeném prostředí vlastního bydlení.

**Chráněné bydlení** – uživatelé této pobytové služby mohou využívat zařízení ve městech Bruntál nebo Rýmařov. Celková kapacita je 22 lůžek.

(sagapo.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/dozp-org/uvod>).

### **Harmonie, p. o. Krnov**

Stejně jako předchozí vymezení organizace Sagapo, p. o. Bruntál, je i Harmonie p. o. Krnov zřizovaná Moravskoslezským krajem.

### **Dělí se do tří forem poskytování péče v různých městech okresu Bruntál:**

- domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP),
- chráněné bydlení (dále jen CHB),
- sociálně terapeutická dílna (dále jen STD).

Celková kapacita služeb v zařízení je 172 osob, z toho 60 osob je v DOZP, 82 v CHB a 30 v STD. Na přímé péči o klienty se podílí 103 osob v přímé péči o uživatele služby, dále to je 7 administrativních zaměstnanců a 14 pracovníků v obslužných provozech. Tato zařízení najdeme nejen v Krnově, ale také v Městě Albrechticích a Osoblaze. (po-harmonie.cz [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://po-harmonie.cz/sluzby/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim>).

Podrobnější charakteristika DOZP Harmonie Krnov je uvedena ve výzkumné části diplomové práce (viz. s. 52).



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA

Teoretická část diplomové práce je zpracována monografickou metodou. Zabývá se charakteristikou, dělením a etiologií mentálního postižení, vymezuje jednotlivé oblasti komprehenzivní rehabilitace, popisuje současnou institucionální péči. Praktická část diplomové práce obsahuje výzkumný projekt zabývající se možnostmi komprehenzivní rehabilitace v pobytovém zařízení Harmonie p. o. Krnov, okres Bruntál.

K výzkumu ucelené rehabilitace v DOZP Harmonie mě vedla předchozí znalost prostředí a některých pracovníků zařízení. Jako učitelka přípravné třídy Základní školy spolupracuji pět let s DOZP při různých příležitostech a akcích, které společně s dětmi vytváříme pro obyvatele domova. Zaujala mě také podobnost pedagogických metod a forem práce s metodami a možnostmi práce s osobami s mentálním postižením.

Výzkum byl veden kombinací **kvalitativní a kvantitativní metody**. Byl prováděn ve dvou etapách. Kvalitativní výzkum probíhal v průběhu prosince 2016, a to v rozličných denních dobách. Fáze kvantitativního šetření je datována od doby

přípravy strukturovaného dotazníku, tedy od 1. února 2017 do 14. února 2017. Dne 15. února 2017 byl dotazník odeslán elektronickou poštou do zařízení. Ukončení výzkumu pomocí dotazníkového šetření je datováno k 7. březnu 2017.

V první fázi, jsem zvolila výzkum za pomoci kvalitativního přístupu. Důvodem k jeho zvolení bylo zmapování chodu a prostředí domova. Ke sběru dat jsem využila metod nestrukturovaného pozorování činností pracovníků v přímé péči o klienta. Dalším důvodem k výběru kvalitativního přístupu byl samotný účel výzkumu, který spočíval v analýze možností a prostředků ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením. Zde jsem využila metodu analýzy dokumentace (individuální plány klientů, denní záznamy, výroční zpráva DOZP Harmonie 2015, kronika akcí).

Hendl (2005) vymezuje kvalitativní výzkum za šetření, které se zaměřuje na jednotlivce nebo skupiny a jejich chápání, nahlížení a interpretaci světa. Ke kvalitativnímu výzkumu se nepoužívají jako prostředek vyjadřování čísla, ale slovní popis výzkumníka.

Důvodem přistoupení ke kvantitativnímu výzkumu za pomoci metody strukturovaného dotazníku byla jeho časová nenáročnost a možnost sběru dat vyčerpávajícím způsobem. Cílem dotazníku bylo získání názorů a postojů pracovníků v přímé péči o klienty na ucelenou rehabilitaci ve zkoumaném pobytovém zařízení.

Kvantitativní výzkum lze vymezit jako *„záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, zkoumají) hypotézy o vztazích mezi jevy“* (Chráška, 2016, s. 11).

## **5.1 Cíle výzkumu**

Cílem výzkumu diplomové práce je zjistit možnosti a prostředky ucelené rehabilitace osob s mentálním postižením, které žijí v Domově pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) Harmonie Krnov z pohledu zaměstnanců.

### **Dílčí cíle**

- zjistit možnosti využití prostředků pracovní rehabilitace,
- určit, jaké metody ucelené rehabilitace, jsou považovány respondenty za nejméně rozvinuté,
- zjistit, zda je klientům v dostatečné míře poskytován kontakt se společenským prostředím,
- zjistit, jaká věková kategorie respondentů je více nakloněna dalšímu profesnímu rozvoji (další vzdělávání, kurzy).

Diplomová práce by mohla sloužit vedoucím i běžným pracovníkům jako nezaujatý pohled na ucelenou rehabilitaci v jejich zařízení a poskytnou tak i jiným domovům návod na zhodnocení toho, co se v systému ucelené rehabilitace daří a kde jsou ještě nedostatky. Mohla by působit také jako prostředek k motivaci laické veřejnosti o to, zajímat se, pomáhat a podporovat osoby s mentálním postižením.

## 5.2 Metody výzkumného procesu

Při realizaci kvalitativního výzkumu byly použity metody:

- analýza dokumentace,
- nestrukturované pozorování.

Analýza dokumentace je dle Hendla (2005) klasickou metodou analýzy jakýchkoliv dokumentů vzniklých v minulosti, které byly pořízeny jinou osobou, než je výzkumník a pro jiný účel, než jaký má daný výzkum. Analýzou dokumentace se rozumí nejen získávání dat z papírových záznamů, mohou nám k tomu sloužit i videozáznamy, počítačové záznamy aj.

Při realizaci výzkumu jsem metodu analýzy dokumentace použila při osobních návštěvách v zařízení. Všechny podklady, které jsem analyzovala, mi byly poskytnuty se souhlasem opatrovníků jednotlivých klientů. Klíčovými pracovníky klientů mi byly poskytnuty k prostudování individuální plány klientů a denní záznamy ze služby. Potřebné informace pro účel výzkumu jsem si zapisovala. Další

dokumenty, kronika akcí, informační letáky o zařízení, provozní řády, výroční zpráva 2015, mi byly poskytnuty sociální pracovníci zařízení. Opět jsem si jednotlivé údaje spojené s výzkumem zapisovala. Údaje se vztahovaly především k analýze jednotlivých druhů ucelené rehabilitace, k prováděným terapiím, možnostem uspokojování individuálních potřeb, kontaktu se společenským prostředím klientů, provozních a organizačních záležitostech. Pracovníci, kteří mi dokumenty poskytli k čerpání potřebných informací, chtěli zůstat nejmenovaní a jejich přání respektuji. Pro ucelení analýzy dokumentace jsem čerpala i z veřejných internetových stránek zařízení.

Pozorování: „*znamená sledování činností lidí, záznam (registrace nebo popis) této činnosti, její analýzu a vyhodnocení*“ (Gavora, 2000, str.76).

Dle Gavory (2000) je **nestrukturované pozorování** pružný nástroj, který obvykle stanovuje nové, nepředpokladatelné jevy a souvislosti, jelikož zde nejsou předem stanoveny pozorovací systémy, ale konkrétní jevy, osoby či události.

Metodu nestrukturovaného pozorování jsem praktikovala v DOZP Harmonie po domluvě s vedoucími pracovníky zařízení. Při pěti návštěvách, které byly časově rozvrženy v rozsahu 4 hodin, jsem byla přiřazena vždy k jiné klíčové pracovníci, kterou jsem měla možnost sledovat při práci s klientem. Metodu nestrukturovaného pozorování jsem provedla ve všech pěti domácnostech zařízení, a to v rozličných denních dobách. Mohla jsem tak zjistit, jak probíhá komplexní přístup ke klientů a péče o ně v průběhu celého dne. Pozorovala jsem nejen samotnou pracovníci při přímé práci s klienty, ale vnímala jsem i celodenní provoz domácnosti. V rámci této metody jsem zjišťovala, jak probíhá ucelená rehabilitace klienta po praktické stránce.

Při realizaci kvantitativního výzkumu byly použity metody:

- strukturovaný dotazník – elektronická forma,
- záměrný výběr.

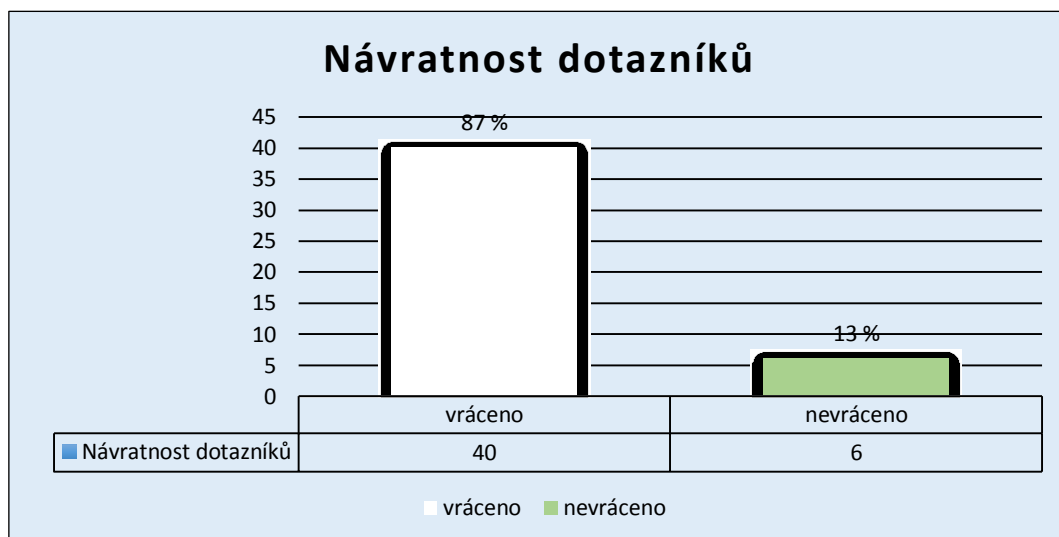
Dotazník: „*je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí*“ (Gavora, 2000, str. 99).

Ke kvantitativní metodě, dotazníku, jsem přistoupila z důvodu časové nenáročnosti a zachycení širšího spektra názorů pracovníků, než by bylo možné zachytit rozhovorem. Při sestavování otázek, jsem brala zřetel na jejich zaměření tak, aby zjišťovaly názor pracovníků na možnosti využití jednotlivých druhů komprehenzivní rehabilitace v zařízení.

Při záměrném výběru dle Chrásky (2016), nerozhoduje náhoda, ale úsudek výzkumníka či úsudek zkoumané osoby.

## Vypracování dotazníku

Elektronický dotazník byl vypracován a určen všem 46 pracovníkům DOZP Harmonie na pozicích: sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách a zdravotnický personál. Úkolem dotazníku bylo vytěžit informace a názory na ucelenou rehabilitaci osob s mentálním postižením od větší skupiny respondentů. Dotazníkové šetření bylo provedeno anonymně a obsahovalo 20 otázek. První čtyři otázky byly pouze informativního charakteru, se zaměřením na získání informací o věku, pohlaví, délce praxe a vzdělání. Zbýlých 16 otázek se týkalo výzkumného záměru. Jedna třetina dotazů byla zformulována pomocí otevřených otázek. Zbýlých deset dotazů mělo formu uzavřených otázek a respondenti dostali možnost vybírat si z nabízených odpovědí. V otázkách 6, 16 a 18 bylo použito doplňkových otázek. Návratnost dotazníku byla 87 % z odeslaných formulářů a je přehledně zpracována v grafu.





#### graf. 1 návratnost dotazníků

Vysoká návratnost byla díky ochotě odpovídat na otázky a rychlosti zpětné vazby oslovených respondentů. Jen velmi malé procento respondentů neodpovědělo.

### 5.3 Charakteristika zkoumaného prostředí

Pro kvalitativní výzkum bylo zvoleno zařízení DOZP Harmonie Krnov, okres Bruntál, které poskytuje pobytové služby osobám se zdravotním postižením. Domov Harmonie poskytuje celoročně služby dospělým mužům i ženám s mentálním postižením s vyšší mírou podpory. V současnosti je zařízení rozděleno na pět domácností s celkovou kapacitou 60 lůžek, které jsou plně využity.

Dle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, poskytuje DOZP Harmonie Krnov tyto služby:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí a zajištění celodenní stravy,
- poskytnutí pomoci ve všech běžných denních činnostech, včetně trávení volného času,
- 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.

(aplikace.mvcr.cz, [online] cit. 2. 6. 2017, dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.)

Zařízení se nachází v klidné části Krnova, asi patnáct minut vzdálené od centra města. Budova je zrekonstruovaná z bývalé základní školy a z nové přístavby. Ve třech patrech zařízení je situováno dvacet devět dvoulůžkových a dva jednolůžkové pokoje. Všechny pokoje mají stavebně oddělené sociální zázemí, uzpůsobené i

potřebám imobilních klientů. Pro osoby se sníženou schopností pohybu a orientace je zajištěn bezbariérový přístup pomocí lůžkového výtahu. K objektu patří také zahrada vybavená altánky pro odpočinek a společenské akce, krbem, lavičkami a jednoduchými sportovními prvky pro protažení celého těla.

#### **5.4 Charakteristika zkoumaného vzorku**

Respondenti kvantitativního výzkumu jsou pracovníci pobytového zařízení DOZP Harmonie Krnov, okres Bruntál, podílející se na přímé péči o osoby se zdravotním postižením. Vybrání byli záměrným a vyčerpávajícím způsobem.

Kritéria změrného výběru respondentů:

- zaměstnanec DOZP Harmonie Krnov,
- pracovník v přímé péči o klienta, sociální pracovník, zdravotnický personál.

K výzkumnému účelu za pomoci dotazníku byli zařazeni do projektu muži i ženy ve věkovém rozmezí 18 - 60 let, s různou délkou praxe v sociálních službách a různým stupněm dosaženého vzdělání.

## 6 ANALÝZA MOŽNOSTÍ KOMPREENZIVNÍ REHABILITACE V DOZP HARMONIE KRNOV

Domov Harmonie poskytuje služby osobám s vyšší a vysokou mírou potřebné pomoci. Mimo ubytování a stravování zajišťuje svým klientům také další nabídku služeb. Posláním domova je poskytovat klientům s mentálním a vícečetným postižením celoroční podporu dle jejich individuálních potřeb. Důraz je kladen na citlivý přístup pracovníků vůči klientům, na zachování kontaktů s rodinným i společenským prostředím a individuální péči s ohledem na potřeby jedince. Mezi hlavní cíle služby patří udržení a získání dovedností potřebných k běžnému životu. Mezi hlavní zásady domova Harmonie patří utváření vhodných podmínek klientům domova tak, aby se cítili být součástí života města a v tomto duchu pozitivně ovlivňovat obyvatele Krnova. Jedinečnost klienta, jeho práva, zachování důstojnosti a podpora v dostatečné míře.

*„Smyslem a cílem **komprehenzivní** (ucelené) rehabilitace je maximálně možné sociální začlenění člověka se zdravotním postižením“ (Jankovský,2006, s. 19).*

### **Aktivizační činnosti**

Z analýzy individuálních plánů klientů vyplynulo, že **aktivizační činnosti klientů** s vysokou mírou podpory zajišťují klíčový pracovníci. Zaměřují se na udržení či zvýšení samostatnosti v oblasti stolování, oblékání, hygieny. Při pozorování byla patrná snaha pracovníků zadávat klientům jednoduché domácí práce. Klienti skládali a třídili prádlo dovezené z prádelny, umývali použité hrnky, utírali nádobí, otírali povrchy nábytku a jiné drobné úkony.

Klienti s nižší mírou podpory využívají k **ergoterapeutickým činnostem** sociálně terapeutickou dílnu „Relax“, která organizačně spadá pod DOZP, ale je provozována mimo budovu zařízení. Domov využívá k dopravě klientů vlastní auta. Sociálně terapeutická dílna nabízí široké spektrum pracovních činností pro zručné i méně zručnější klienty. Podle individuálních schopností mohou klienti pracovat v košíkářské či keramické dílně, malovat na sklo, vyrábět svíčky a mýdla, tkát koberce nebo se věnovat šití. V dílnách mají klienti možnost navazovat nová přátelství, komunikovat s lidmi a naučit se spolupráci.

### **Animoterapie**

K aktivizaci klientů s vyšší mírou podpory jsou v zařízení rozličné druhy domácích mazlíčků. Tato široká paleta zvířat umožňuje vybrat si podle oblíbenosti a podle individuálních schopností uživatelů zvířecí terapeutky - morče, andulka, králík, rybičky a na zahradě pes Fík.

### **Canisterapie**

Velmi oblíbenou aktivizační činností v zařízení je canisterapie (viz. příloha č.2). Do domova dochází odborník, který canisterapii provádí za pomoci psů. Pozitivní účinky canisterapie využívají všichni obyvatelé domova, a to formou polohovacích i aktivizačních psů.

### **Muzikoterapie**

Muzikoterapie je v zařízení uskutečňován formou skupinové terapie v rámci jednotlivých domácností. Tato forma terapie je mezi klienty velmi vítaná, zpívají se lidové i moderní písničky za doprovodu kytary nebo kláves. Do terapie je zahrnován

také poslech vážné a relaxační hudby či různá tanečně pohybová cvičení. Muzikoterapii využívá 90 % klientů.

### **Aromaterapie**

Klientům zařízení je poskytována možnost aromaterapie individuální nebo skupinovou formou. Je součástí relaxačních technik vedoucích ke zklidnění psychického napětí klientů. Při obou formách terapie je navozena příjemná atmosféra různých vůní umocněná poslechem relaxační hudby. K provádění aromaterapie není v zařízení daný prostor, proto se využívá prostředí pokojů nebo společné obývací místnosti.

### **Terapeutické panny**

Velkým hitem zařízení jsou terapeutické panny (viz. příloha č. 2), které aktivizují zejména klientky domova. Ty o ně pečují a uspokojují si tak potřebu mateřství či sdílení blízkosti.

### **Léčebná rehabilitace**

Léčebná rehabilitace v prostředí domova není zajišťována fyzioterapeutem. Poskytována je pouze léčebná a preventivní péče formou návštěv odborných lékařů (internista, psychiatr, stomatolog, onkolog) a praktického lékaře. Na zdravotním úseku domova pracují tři všeobecné sestry poskytující klientům pravidelně ošetrovatelskou péči (rozdávání léků, podávání stravy zavedenou sondou, prevence dekubitů a menší ošetření ran). Jiné specializované služby jsou poskytovány v návazných službách jiných organizací.

Určité prvky léčebné rehabilitace, uskutečňují zaškolení pracovníci, které jsou nabízeny v rámci pedagogické rehabilitace. Obyvatelé domova mají k dispozici masážní vanu, perličkovou koupel pro dolní končetiny, různé druhy masáží a bazální stimulaci (viz. příloha č. 2).

### **Bazální stimulace**

Aktuálně se bazální stimulaci věnují 3 zaškolení pracovníci zařízení, kteří prošli kurzy dalšího vzdělávání. Zajišťují ji prostřednictvím různých technik podle potřeb a preferencí klientů. Mezi nejčastěji používané prvky bazální stimulace patří somatická stimulace a polohování aplikované jednou týdně patnácti klientům po dobu 45 minut.

## **Komunikace**

V současné době je v zařízení kladen důraz na rozvoj komunikace za pomoci AAK (augmentativní a alternativní komunikace). Klíčoví pracovníci vytvářejí spolu s klienty komunikační slovník, komunikační tabulky za pomoci fotografií a piktogramů. K dispozici jsou také hlasové komunikátory a pro osoby s těžkým postižením počítačový software ozvučující jednotlivé obrázky (viz. příloha č. 2).

## **Volnočasové aktivity**

Klienti domova mohou trávit svůj čas v rámci jednotlivých domácností, kde mají obývací místnost, která slouží k setkávání s ostatními klienty, ke sledování televize či sledování filmů z přehrávače. Pro zajištění domácí atmosféry se v domově slaví všechny narozeniny a významné dny klientů. Také je zde možnost procházek po okolí, při pěkném počasí je k dispozici zahrada s altánkem a posezením. Pořádají se výlety do blízkých měst za účelem nakupování či kulturních akcí.

Z kroniky akcí Harmonie: (viz. příloha č. 3)

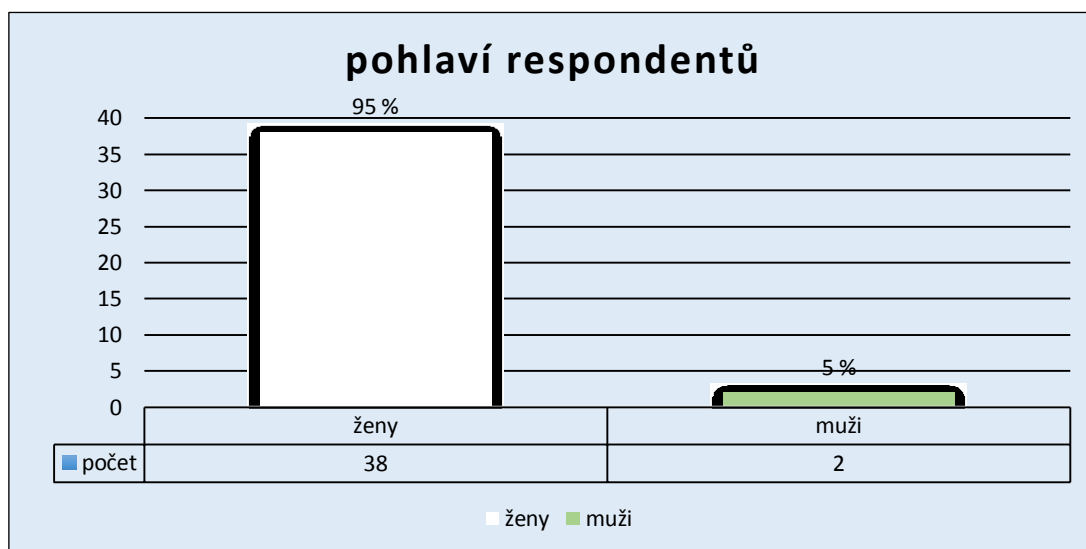
- den otevřených dveří,
- adventní zpívání s dětmi přípravného ročníku Základní školy Krnov,
- sportovní dny v Hrabyni,
- pálení čarodějnic,
- den země, aj.

Klienti zařízení mají po celý rok množství akcí pořádaných pracovníky v rámci domova i mimo něj. Hlavním úkolem těchto akcí je nejen zábava a smysluplné využití času pro zúčastněné, ale také zprostředkovat kontakt se společenským

prostředím, snaha o integraci do běžného společenského prostředí či obohatit vnitřní světy klientů

## 7 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

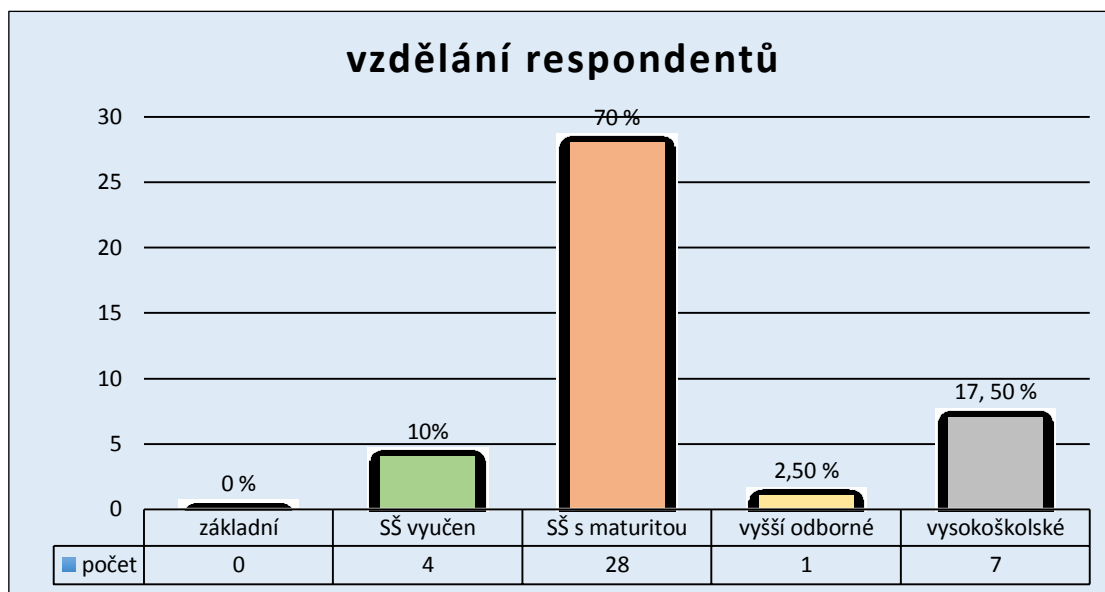
Otázka č. 1 spočívala v rozdělení pracovníků podle pohlaví.



graf č. 2 pohlaví respondentů.

Z odpovědí respondentů v uvedeném grafu je patrné, že v domově Harmonie pracují téměř výhradně ženy, a to v 38 dotázaných (95 %). Zbývající 2 respondenti byli muži (5 %).

Otázka č. 2 byla orientována na vytěžení informací o **nejvyšším dosaženém vzdělání** respondentů.

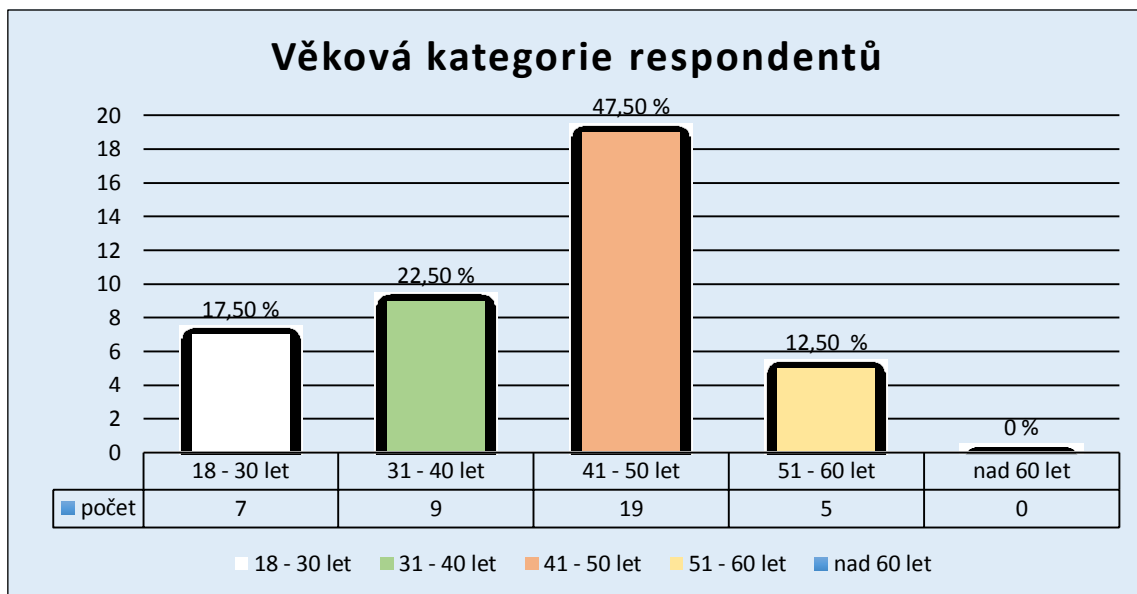


graf č. 3 vzdělání respondentů.

Z uvedeného grafu vyplynulo, že nejvíce respondentů absolvovalo střední školu s maturitou, a to 28 respondentů (70 %). Druhou největší skupinou byli respondenti s vysokoškolským titulem, a to přesně 7 respondentů (17,50 %). Respondenti s vyučením tvoří jen malou skupinu, přesně 4 respondenti (10 %). Úplně zanedbatelnou skupinou je respondent s vyšším odborným vzděláním, ten byl pouze 1, tedy (2,50 %). Žádný z respondentů (0 %) neměl pouze ukončené základní vzdělání, pro jeho hodnoty nejsou uvedeny v grafu.

Otázka č. 3 měla vytěžit jednotlivé **věkové kategorie** respondentů.

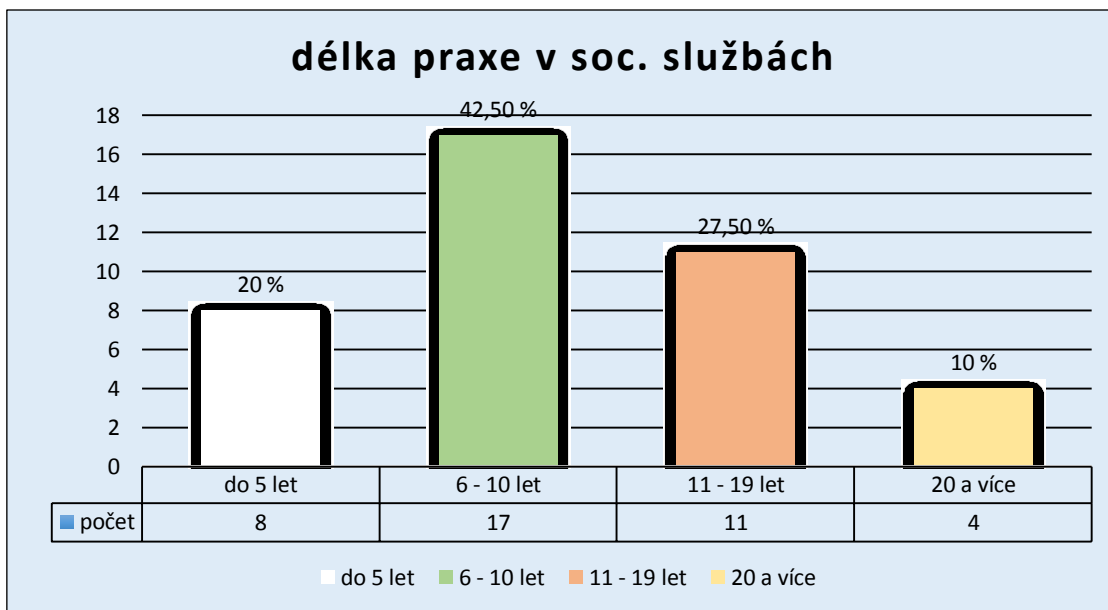




graf č. 4 věková kategorie respondentů.

Z uvedeného grafu je patrné, že **nejvíce** respondentů spadalo do věkové kategorie **41 - 50 let**. Tuto kategorii tvoří celkem **19 respondentů** (47,50 %). Všechny ženy. K další výrazné věkové kategorii 31 - 40 let se hlásilo 9 respondentů (22,50 %), z toho **1 muž**. Do věkové kategorie 18 - 30 let patřilo celkem 7 respondentů (17,50 %), zde **byl** také **1 muž**. Nejméně zastoupenou skupinou zde byli respondenti, kteří spadali do věkové kategorie 51 - 60 let. Respondentů této skupiny bylo pouze 5, (12,50 %). **Žádný** z respondentů nepadal do věkové kategorie **nad 60 let**.

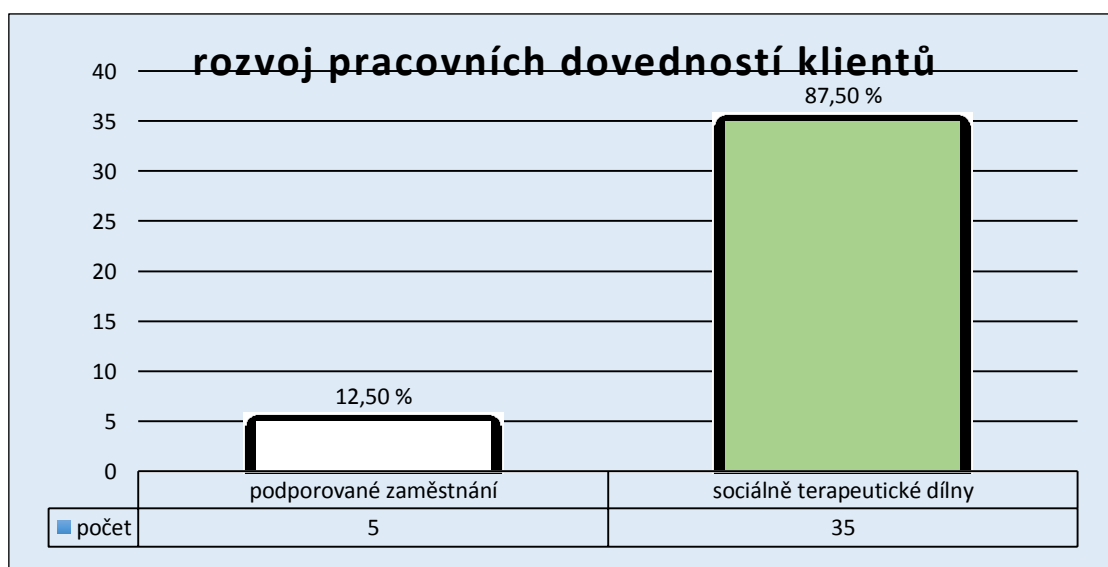
**Otázka č. 4** získávala informace o **délce praxe** respondentů v sociálních službách.



graf č. 5 délka praxe v soc. službách.

V grafu vztahujícím se k délce praxe je patrné, že **nejpočetnější** skupinou respondentů je **kategorie 6 - 10 let praxe**, k ní se vyjádřilo **17 respondentů (42,50 %)**. Dalších 11 respondentů spadalo do kategorie 11 - 19 let praxe, celkem 11 respondentů (27,50 %). Celkem 8 respondentů (20 %) se přihlásilo k délce praxe do 5 - ti let. **Nejméně** respondentů patří do kategorie **20 a více let**, pouze **4 respondenti (10 %)**

**Otázka č. 5** zjišťovala **nejčastější možnosti** rozvíjení a upevňování **pracovních dovedností** klientů **mimo prostředí domova**.



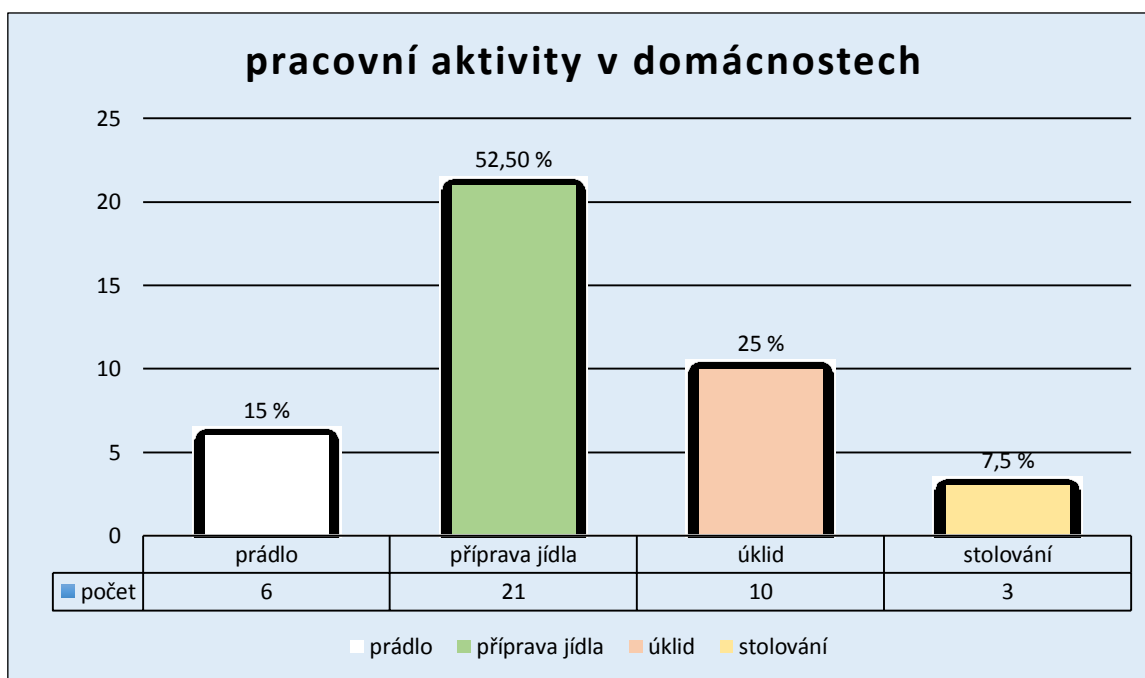
graf č. 6 rozvoj pracovních dovedností klientů.

Otázka byla položena uzavřenou formou a její možnosti výběru byly:

- podporované zaměstnání,
- sociálně terapeutické dílny.

**Respondenti** na otázku rozvoje pracovních dovedností téměř **jednoznačně** odpověděli, že klienti využívají mimo prostředí domova **sociálně terapeutickou dílnu**. Přesně **35 respondentů** (87,50 %). Pouze 5 respondentů (12,50 %) se vyjádřilo k možnosti, že jejich klienti mají pracovní místa v prostředí podporovaného zaměstnání.

**Otázka č. 6** byla zaměřena **nejčastější pracovní aktivity klientů** v rámci domácností jednotlivých komunit.



graf č. 7 pracovní aktivity v domácnostech.

Otázka byla uzavřená a respondenti se měli možnost vybírat z možností aktivit:

- péče o prádlo
- příprava jídla
- úklid domácnosti
- stolování

Celých **21 respondentů** (52,5 %) považovalo **přípravu jídla** za **nejvíce využívanou pracovní aktivitu** v rámci jednotlivých komunit. Úklid zvolilo za nejčastější aktivitu svých klientů 10 respondentů (25 %). Činnosti spojené s péčí o prádlo určilo 6 respondentů (15 %) jako hlavní pracovní náplň klientů v domácnostech zařízení. Ze všech oslovených se pouze 3 respondenti (7,5 %) vyjádřili k možnosti stolování.

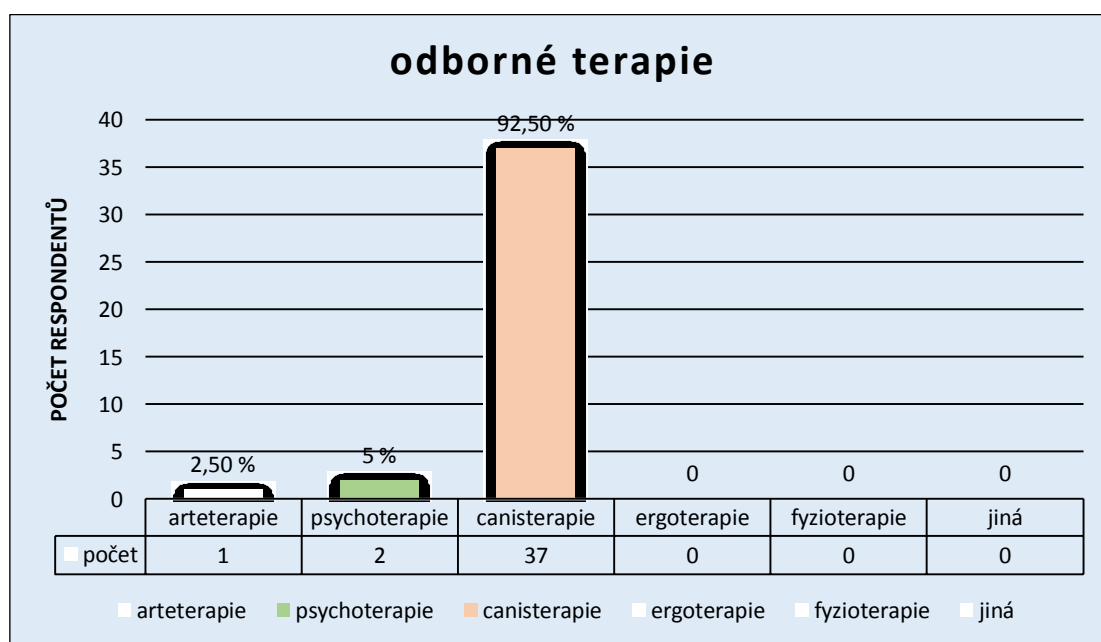
**Doplňující otázka 6 a) u zvolené možnosti uveďte konkrétní příklady.**

K této otevřené otázce se vyjádřilo 40 respondentů (100 %). Mezi konkrétní pracovní činnosti spojené s **péčí o prádlo**, respondenti nejčastěji uváděli **žehlení a skládání ručníků**. Velmi častými příklady u **přípravy jídla** bylo **vaření a pečení** oblíbených jídel. **K úklidu domácnosti** řadili respondenti ve většině případů **mytí a utírání nádobí**. K příkladům **stolování** pak respondenti uváděli hlavně **chystání hrnků a příborů** na jídelní stůl.

**Doplňující otázka 6 b) považujete je za dostatečné?**

Respondenti měli u této otázky možnost zvolit kladnou nebo zápornou odpověď. **Všichni jednoznačně považují** tyto pracovní aktivity svých klientů v rámci jednotlivých domácností **za dostatečné**.

**Otázka č. 7** směřovala ke zjištění **konkrétních terapií**, které jsou nejčastěji v rámci domova **zabezpečovány** pro klienty za pomoci **odborných terapeutů**.



graf č. 8 odborné terapie.

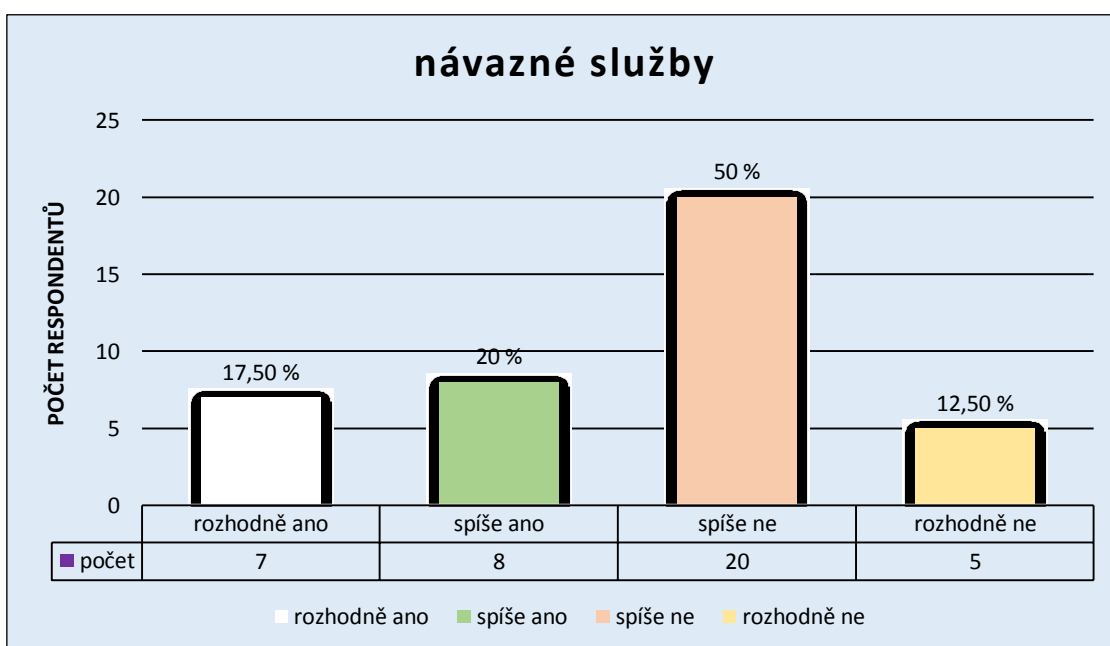
Respondenti mohli zvolit pouze jednu z daných terapií, tedy tu, kterou u svých klientů využívají nejvíce a zároveň je zprostředkována odborným terapeutem. Pro přesnější analýzu, byla respondentům nabídnuta i možnost jiné volby.

Uzavřená otázka dávala respondentům možnost volby z jednotlivých terapií:

- arteterapie,
- psychoterapie,
- canisterapie,
- ergoterapie,
- fyzioterapie,
- jiná.

Jak výše uvedený graf vypovídá, **volba** respondentů byla **jednoznačná**. Přesně **37 respondentů** (92,50 %) uvedlo, že péče poskytovaná odborným terapeutem je **canisterapie**. Pouze **2** respondenti (5 %) uvedli **psychoterapii** a **1** respondent (2,50 %) **arteterapii**. Žádný z respondentů neuvedl, že by v prostředí domova pracoval s klienty odborník na **ergoterapii** (0 %), **fyzioterapii** (0 %). Respondenti (0 %) nevyužili ani možnosti **uvést jiný druh terapie** zajišťované odborníky.

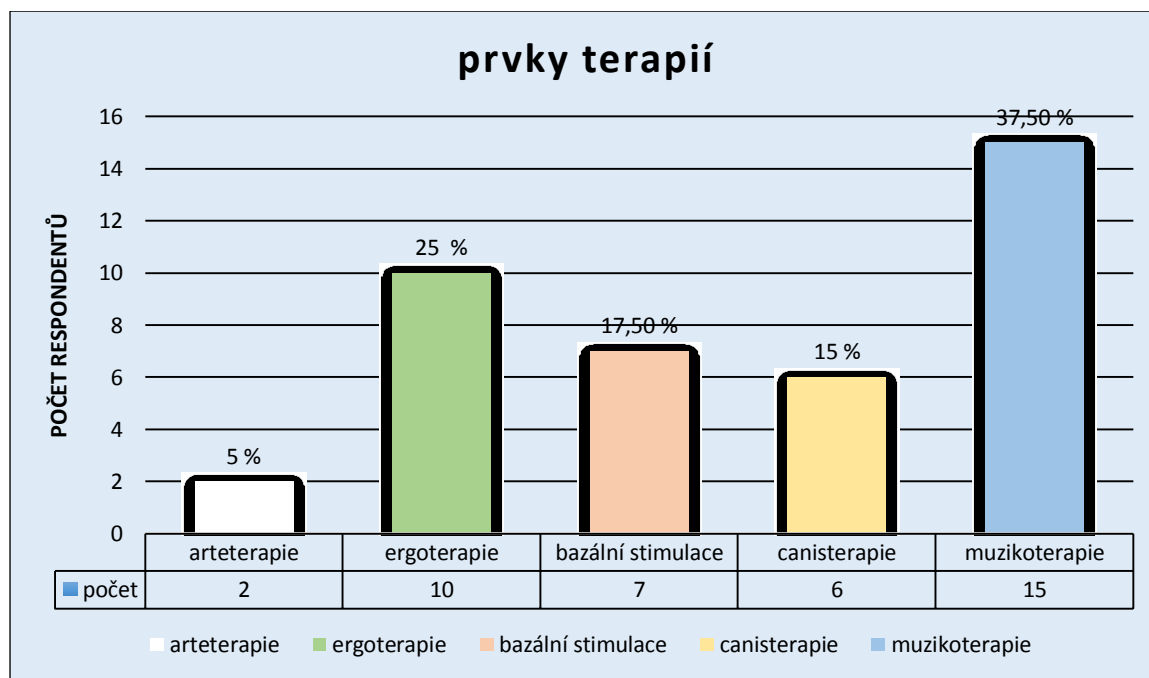
**Otázka č. 8** zjišťovala, zda klienti mají možnost v aplikaci terapií poskytovaných odbornými terapeuty, využívat také **návazné služby v jiných zařízeních**.



graf č. 9 návazné služby.

V grafu jde zjistit, jak respondenti odpovídali na možnosti návazných služeb v jiných zařízeních, kde by měli možnost využívat terapie pod odborným vedením. **Celá polovina, 20 respondentů (50 %)** odpovědělo, že **klienti spíše nemají možnost** využití návazných služeb zaměřených **na poskytování odborných terapií**. Naopak **8 respondentů (20%)** mělo opačný názor na využívání návazných služeb a odpovědělo, že klienti **spíše mají možnost** tyto služby využívat. Také **7 respondentů (17,50 %)** je přesvědčeno, že klientům **rozhodně jsou** poskytovány terapeutické možnosti v návazných zařízeních. Pouze **5 respondentů (12,50 %)** odpovědělo, že klienti **rozhodně nemají** možnost terapií v návazných službách.

**Otázka č. 9** byla zaměřena **na prvky terapií**, které zavádějí pracovníci do své práce s klienty nejčastěji.



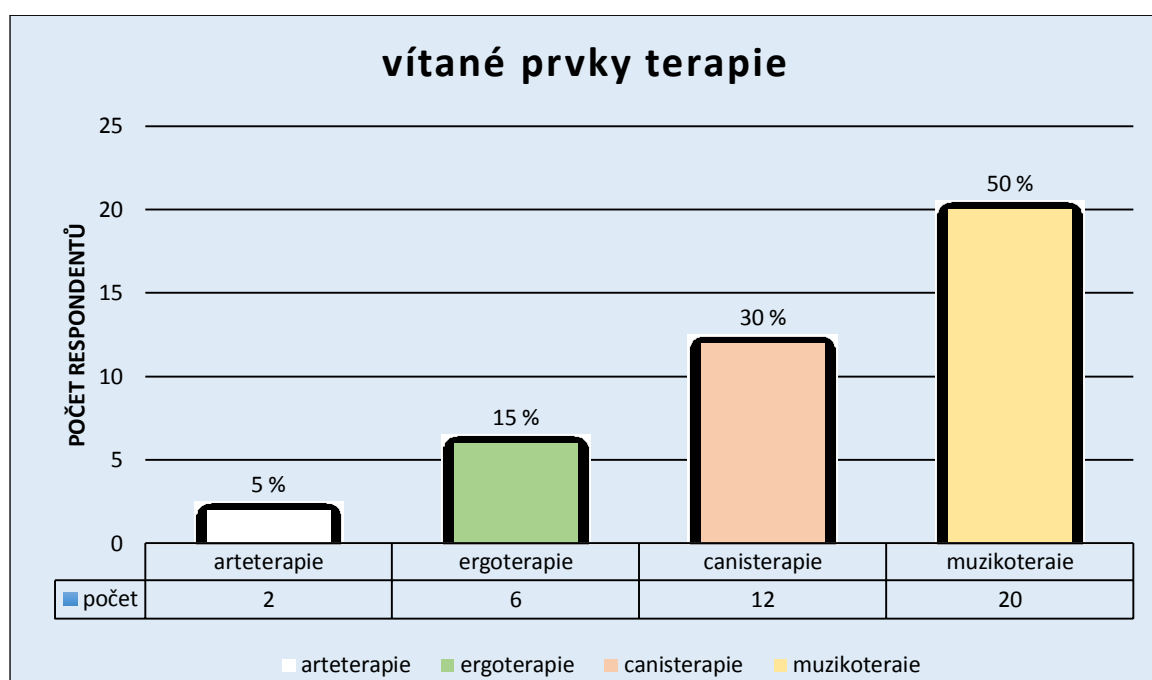
graf č. 10 prvky terapií.

K této otevřené otázce se respondenti vyjadřovali podle svého uvážení. Zvolit však mohli pouze prvky jedné terapie, které používají nejčastěji v přímé práci s klienty doma.

V rámci této otázky odpovědělo **15 respondentů (37,50 %)**, že **nejvíce** zařazují do své práce prvky **muzikoterapie**. Další rozsáhlou skupinou bylo **10 respondentů (25 %)**. Těm se jeví **ergoterapie** jako nejvíce používané prvky terapie ve své práci. Jen o něco málo, **7 respondentů (17,50 %)** zavádí do své práce **bazální stimulaci**. Dalších

**6 respondentů** (15 %) zavádí v rámci rozvoje klientů prvky **canisterapie**. **Nejméně** zastoupenou skupinu tvořili **2 respondenti** (5 %), kteří vkládají do práce s klienty prvky **arteterapie**.

Otázka č 10 měla za úkol zjistit, které **terapeutické prvky** jsou **klienty nejvíce vítány**.

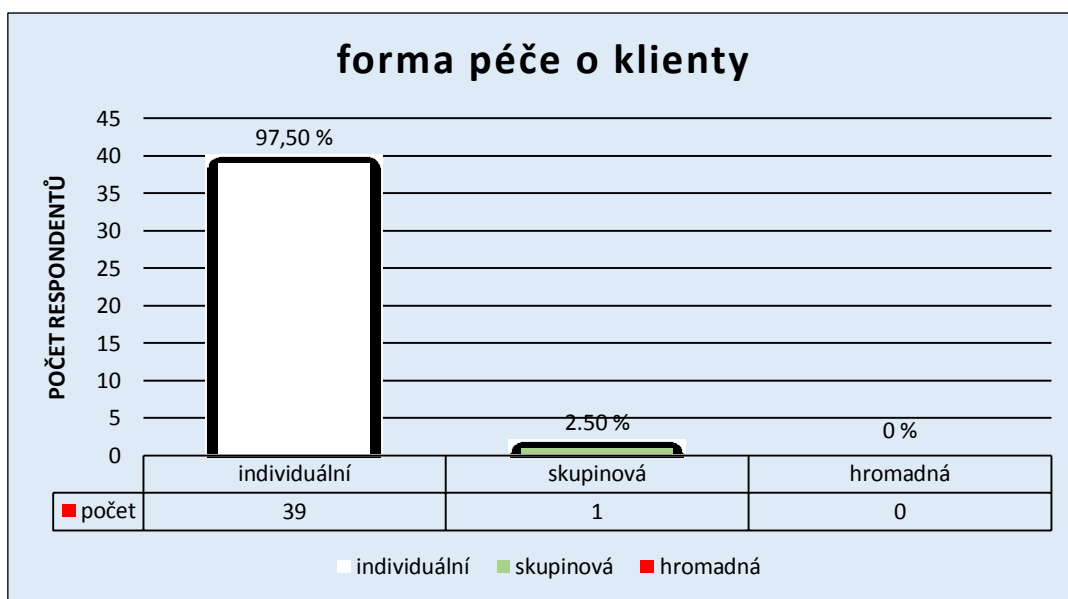


graf č. 11 vítané prvky terapie.

Otázka byla koncipována opět otevřenou formou. Měla za úkol zjistit oblíbené aktivity klientů domova z pohledu pracovníků. Ti mohli popsat opět jen jednu možnost.

Jak graf vypovídá **velmi oblíbenými činnostmi** klientů jsou **prvky muzikoterapie**, kterou uvedlo **20 respondentů** (50 %). Další oblíbenou formou aktivit u klientů je z pohledu **12 respondentů** (30 %) **canisterapie**. V menší míře oblíbenosti je **ergoterapie**, kterou uvedlo **6 respondentů** (15 %). Na pomyslném posledním místě v oblíbenosti činností klientů, podle **2 respondentů** (5 %), se jako **nejméně** oblíbenou jeví **arteterapie**. Jiné prvky terapií nebyli respondenty popsány.

Otázka č. 11 zjišťovala nejčastější formy péče o klienty domova.



graf č. 12 forma péče o klienty.

Uzavřená otázka měla vytěžit, jakou nejčastější formu péče používají pracovníci v aplikaci práce s klienty. Respondenti měli na výběr z těchto možností:

- individuální,
- skupinová,
- hromadná.

Graf vystihuje, že téměř všichni respondenti, tedy 38 respondentů (97,50 %), pracuje s klienty v přímé péči **individuální formou**. Pouhý 1 respondent (2,50 %) se vyslovil pro **skupinovou formu** péče o klienty. Hromadnou formu péče o klienty nepospal nikdo z oslovených respondentů.

Otázka č. 12 se zaměřovala na **možnosti léčebné rehabilitace** poskytované v domově.

nabízené možnosti	počet odpovědí	n <sup>2</sup>
bazální stimulace	36	24,66 %
zdravotní tělocvik	0	0 %
polohování	33	22,60 %
masáže	39	26,71 %



koupele	38	26,03 %
jiné	0	0 %
<b>CELKEM</b>	<b>146</b>	<b>100 %</b>

tab. 2 možnosti léčebné rehabilitace

Respondenti dostali možnost výběru z předem daných odpovědí. Mohli také zároveň zakroužkovat více odpovědí. Četnost 100 % vychází ze všech 146 odpovědí respondentů.

Z výše uvedené tabulky jde zjistit, že metody léčebné rehabilitace jsou omezeny na **masáže**, jak uvedlo **39 respondentů**, tj. (26,71 %). Dále se provádí **koupele**, které označilo **38 respondentů** (26,03 %). Další metodou léčebné rehabilitace prováděné v domově je **bazální stimulace**, jak odpovědělo **36 dotázaných** respondentů (24,66 %) a **33 respondentů** (22,60 %) uvádělo také **polohování** klientů v rámci léčebné rehabilitace. Naopak **žádná** z odpovědí respondentů neobsahovala **metodu zdravotního tělocviku**. Respondenti **nevyužili** ani možnosti napsat **jinou metodu**, která by se prováděla jako léčebná rehabilitace klientů v zařízení.

**Otázka č. 13** zjišťovala s jakými **odborníky léčebné rehabilitace spolupracují** respondenti nejvíce.

nabízené možnosti	počet odpovědí	n <sup>2</sup>
fyzioterapeut	8	5,71 %
odborní lékaři - specialisté	40	28,57 %
praktiční lékaři	31	22,14 %
psychiatri	34	24,29 %
psychologové	14	10 %
jiní	13	9,29 %
<b>CELKEM</b>	<b>140</b>	<b>100 %</b>

tab. 3 spolupráce s odborníky léčebné rehabilitace.

Respondenti odpovídali z vybraných možností, které mohli vybrat vyčerpávajícím způsobem, počet odpovědí nebyl omezen. Respondenti uvedli celkem 140 odpovědí, tedy 100 %.

Dle tabulky je zjevné, že respondenti, tedy celých **40 respondentů**, nejčastěji **spolupracují s odbornými** lékaři např. internisté, onkologové, dermatologové, ortopedové aj. Z **celkových odpovědí** respondentů je to **28,57 %**. Početná skupina **31**

**respondentů** také uvedla **častou spolupráci** s praktickými lékaři klientů. **Odpovědi** byly zastoupeny ve **22,14 %**. Velmi často byla respondenty využita odpověď o spolupráci s **psychiatry**, a to ve **34 případech (24,29 %)**. Dalšíh **14 respondentů (10 %)** uvádělo spolupráci s **psychology** a také **8 odpovědí** respondentů (5,71 %) bylo označeno jako spolupráce s **fyzioterapeutem**. Do možnosti **jiné** odpovědi 15 respondentů vepsalo **spolupráci se zdravotní sestrou (9,29 %)**.

**Otázka č. 14** se respondentů dotazovala na jejich **názor**, zda **existují nedostatky v oblasti léčebné rehabilitace** v jejich zařízení.

respondenti uváděli ...	počet odpovědí	n <sup>2</sup>
zdravotní tělocvik	29	32,95 %
prostory k aplikaci léčebných terapií	21	23,86 %
rehabilitační pracovník	33	37,50 %
fyzioterapeut	5	5,68 %
<b>CELKEM</b>	<b>88</b>	<b>100 %</b>

tab. 4 nedostatky LR v zařízení.

K položené otázce se respondenti vyjadřovali otevřeně k tomu, zda je podle jejich mínění něco, co by v oblasti léčebné rehabilitace potřebovali a uvítali v domově. K otázce se vyjádřilo všech 40 respondentů, kteří uvedli celkem 88 odpovědí (100 %).

Celých **33 respondentů (37,50 %)** by přivítalo, kdyby v domově pracoval **rehabilitační pracovník** a zřejmě proto by také **29 respondentů (32,95 %)** podpořilo v rámci léčebné rehabilitace **zdravotní tělocvik** určeným klientům k rozvoji tělesné a duševní aktivity. Dalším **21 respondentům (23,86 %)** chybí v domově **prostory** určené k aplikaci léčebných terapií. Také **5 respondentů (5,68 %)** vidí nedostatky v **absenci fyzioterapeuta**.

**Otázka č. 15** se zaměřovala na možnosti **využívání veřejných služeb** mimo zařízení.

nabídka veřejných služeb	počet odpovědí	n <sup>2</sup>
pedikúra	31	34,44 %
manikúra	15	16,67 %
kadeřník	27	30,00 %
jiné	17	18,89 %
<b>CELKEM</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>

Tab. 5 veřejné služby.

Smyslem této otázky bylo vytěžit informace od respondentů, zda klienti využívají veřejné služby a mají tak dostatek možností k zapojení se do běžného života dle svých potřeb a přání. Respondenti reagovali na předem dané odpovědi, které mohli zakroužkovat všechny a vlastní poznatky zapsat do odpovědi „jiné“. Respondenti popsali **90 odpovědí** (100 %).

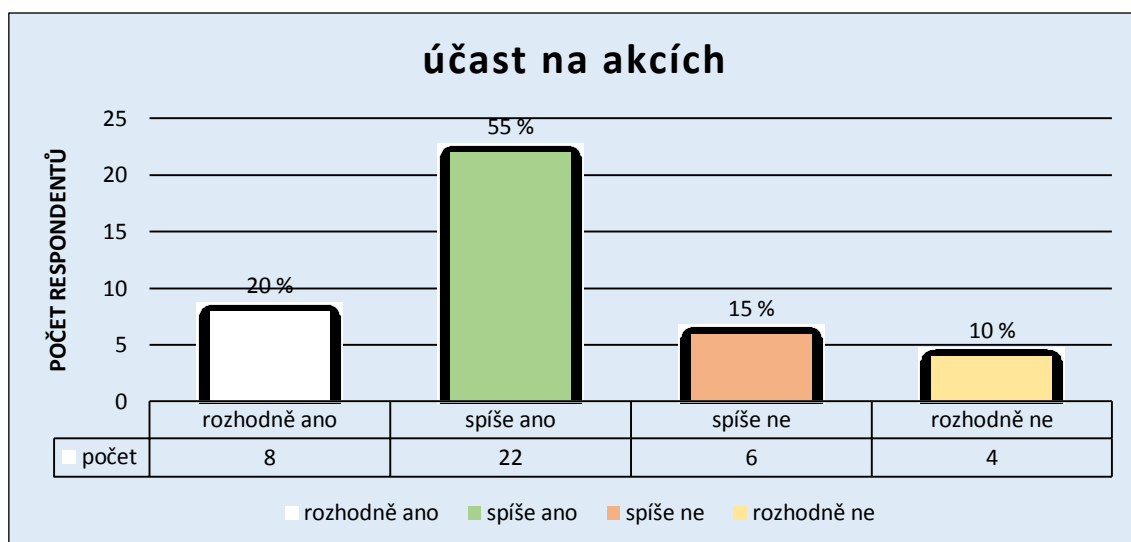
Otázka nabízela tyto odpovědi:

- pedikúra,
- manikúra,
- kadeřník,
- jiné.

Z výše uvedené tabulky je patrné, že **služby pedikúry** zmiňovalo **31 respondentů** (34,44 %) a tvoří tak **nejpočetnější** skupinu odpovědí. Kadeřníka a s ním spojené služby určilo 27 respondentů (30,00 %). **Nejmenší** skupinou respondentů, tedy **15 respondentů** (16,67 %), tvořila skupina odpovědí **manikúra**.

Dalších **17 respondentů** (18,89 %) také využilo možnosti popsat **jiné služby**, které jejich klienti mohou využívat dle svých požadavků a potřeb. Nejčastěji zde respondenti odpovídali, že jejich klienti využívají služeb **restaurací** (5), **cukráren** (4). Dále odpovědi respondentů (3) směřovali ke službám spojeným s **nakupováním**. Klienti využívají také veřejné služby formou návštěv **kina** (3) a **divadla** (2).

**Otázka č 16** se dotazovala, zda klienti mají **dostatek možností k účasti na veřejných, sportovních či kulturních akcích** mimo zařízení.



graf č. 13 účast na akcích.

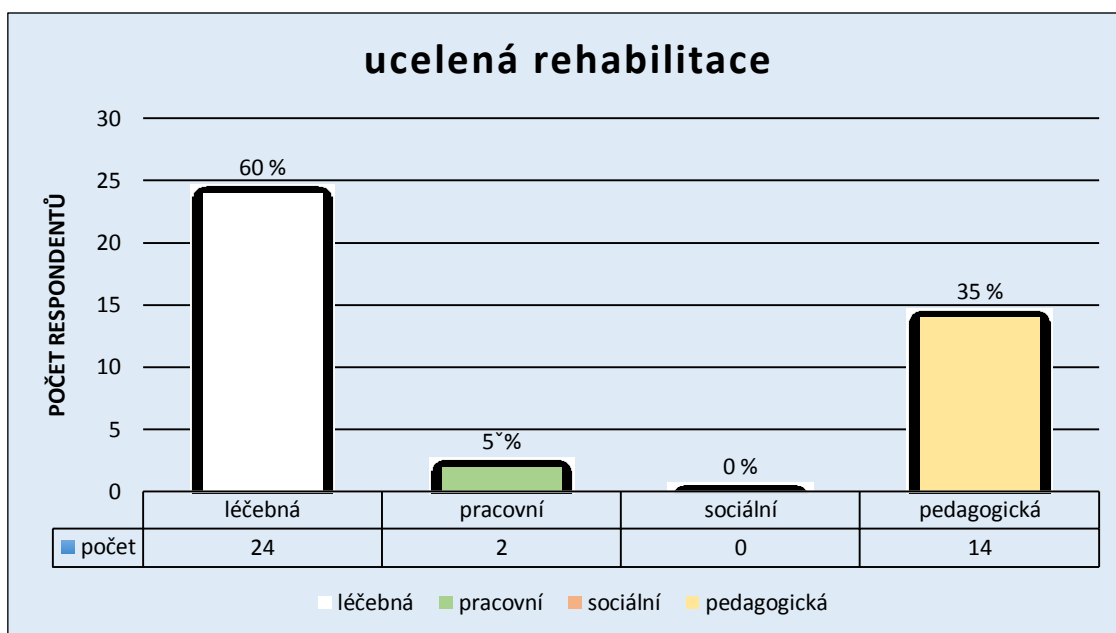
Uzavřená otázka směřovala k získání informací o možnostech klientů účastnit se společenského života ve městě i mimo něj. Zda mají dostatek možností ke kontaktům s veřejností a příležitostí k získání nových poznatků o svém okolí.

Graficky je výše znázorněno, že více jak polovina, tedy **22 respondentů** (55 %), se přiklání k názoru, že klienti **spíše mají** dostatek možností **účastnit se** veřejného života **na různých akcích**. Dalšíh **8 respondentů** (20 %) je **přesvědčeno** o dostatku příležitostí účastnit se sportovních, kulturních a veřejných akcích. Na druhou stranu **6 respondentů** (15 %) si myslí, že klienti **nemají mnoho příležitostí** k návštěvám těchto akcí a **4 respondenti** (10 %) jsou o **nedostatku příležitostí přesvědčeni**.

**Doplňková otázka a) uveďte jeden příklad akce, které se účastnili vaši klienti.**

Cíle této doplňkové otázky bylo získat lepší představu o uskutečněných akcích a zjistit jejich různorodost. Respondenti (7) zmiňovali **ME v krasobruslení, ČEZ Aréna Ostrava, Krnovské hudební slavnosti (7), výlet do Hradce nad Moravicí (4), Zoo Olomouc (2), Květinový bál (2), společná rukodělná dílna s Domovem pro seniory Krnov (1).**

**Otázka č. 17** zjišťovala, kterou ze složek **ucelené rehabilitace** považují respondenti ve svém zařízení za **nejméně rozvinutou**.



graf č. 14 ucelená rehabilitace.

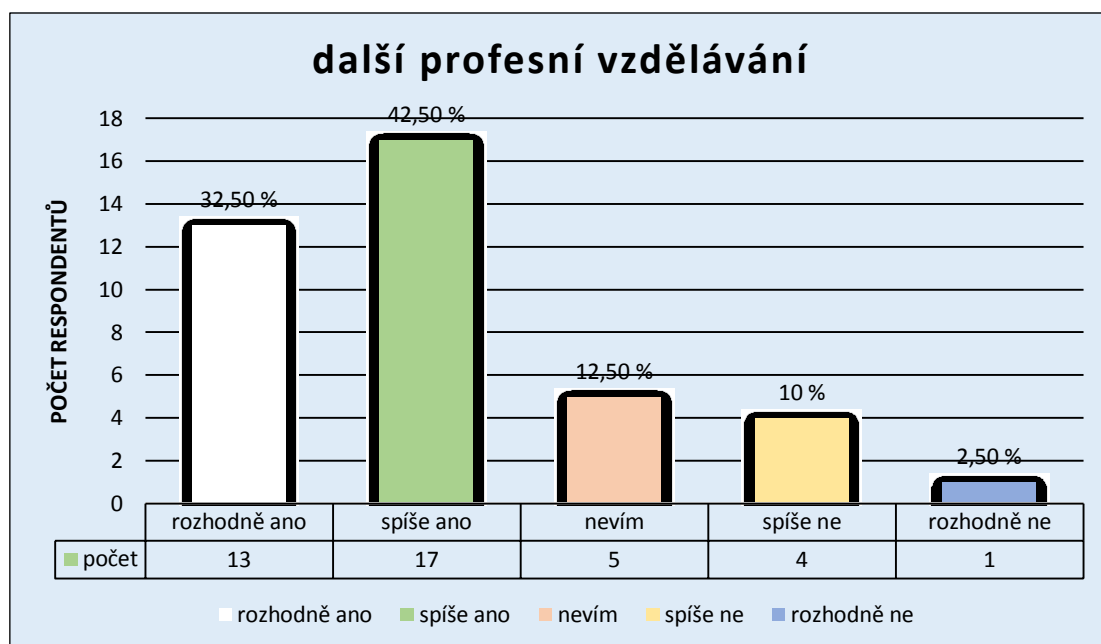
Otázka, která byla položena uzavřenou formou, zjišťovala názor respondentů na nejméně rozvinutou složku ucelené rehabilitace v jejich zařízení.

Byli jim nabídnuty základní složky komprehenzivní rehabilitace osob se zdravotním postižením:

- léčebná,
- pracovní,
- sociální,
- pedagogická.

Z grafu vyplynulo, že **24 respondentů** (60%), vidí **léčebnou rehabilitaci** jako **nejméně rozvinutou** oblast v jejich zařízení. Toto zjištění potvrzuje i předchozí analýza otázek 12 a 13, které se týkali metod léčebné rehabilitace (LR) a spolupráce s odborníky v oblasti LR. Respondenti také zřejmě reagovali na fakt, že v otázce 14, která zjišťovala nedostatky v tomto směru, cítili nespokojenost. Za další **málo rozvinutou** oblast ucelené rehabilitace v domově, považovalo **14 respondentů** (35 %) **pedagogickou složku rehabilitace**. Pouze **2 respondenti** (5 %), považují **pracovní rehabilitaci** v jejich zařízení za nejméně rozvinutou. **Žádný** z respondentů (0 %) se nevyjádřil k oblasti **sociální rehabilitace**.

Otázka č. 18 měla za cíl zjistit **zájem pracovníků o další profesní vzdělávání**.



graf č. 15 další profesní vzdělávání.

V této škálové otázce měli respondenti za úkol vyjádřit se ke svému zájmu absolvovat různá školení, kurzy či jiné druhy vzdělávání, které by je mohli obohatit a zkvalitnit jejich práci s klienty domova.

Nejvíce respondentů, tedy **17 respondentů** (42,50 %) se vyjádřilo „**spíše ano**“. Z uvedených **respondentů** bylo **12** spadajících do **věkové kategorie 41 - 50 let**, **3 respondenti** byli v rozmezí **31 - 40 let** a zbývající **2 respondenti** patřili do skupiny pracovníků ve věku **51 - 60 let**.

Dalších **13 respondentů** (32,50 %) je **přesvědčeno** o svém zájmu dále se profesně vzdělávat a růst. Z toho **6 respondentů** spadalo do skupiny **31 - 40 let věku**, **6 respondentů** věkové kategorie **41 - 50 let** a pouze **1 respondent** ve věku **18 - 30 let**.

Odpověď „**nevím**“ zda projevit zájem o vzdělávání, zvolilo **5 respondentů**. Všichni, tedy **5 respondentů** bylo ve věku **18 - 30 let**.

„**Spíše ne**“ uvedli **4 respondenti** (10 %). Věkově spadali **2 respondenti** do kategorie **51 - 60 let**, **1 respondent** do kategorie **18 - 30 let** a **1 respondent** do kategorie **41 - 50 let**.

**Rozhodně proti** dalšímu vzdělávání byl pouze **1 respondent** (2,50 %). Tento **1 respondent** byl ve věkové skupině **51 - 60 let**.

**Doplňková otázka a) v jaké oblasti byste přivítali školení, kurz nebo další vzdělávání.**

Tato otázka se zaměřuje na zjištění specifikace zájmů pracovníků o další vzdělávání. Nejvíce respondentů by přivítalo možnost vzdělávání v rámci **Augmentativní a alternativní komunikace** (9), dále v možnostech zaškolení v oblasti **aktivního trávení volného času klientů** (5), také by přivítali kurzy **bazální stimulace** (3), **vzdělávání v sociální oblasti** (2) a **zdravotní oblasti** (1).

Smyslem **otázky č. 19** bylo poznat **pohutky pracovníků k výběru tohoto povolání.**

respondenti odpovídali...	počet odpovědí	n <sup>2</sup>
absolvování akreditovaného kurzu	9	47,37 %
zajímavá práce, bez stereotypu	5	26,32 %
pomáhat lidem	3	15,79 %
baví mě to	2	10,53 %
<b>CELKEM</b>	<b>19</b>	<b>100 %</b>

tab. 6 výběr povolání

K této otázce se **vyjádřila méně než polovina** respondentů, přesněji **19 respondentů**, proto počet jejich odpovědí tvoří 100 %.

**Nejvíce, tedy 9 respondentů** (47,37 %) vedlo k výběru této profese **absolvování akreditovaného kurzu pro pracovníky v sociálních službách.** Všichni tito respondenti spadali do věkové kategorie **41 - 50 let** a měli středoškolské vzdělání ukončené maturitou. Pro **5 respondentů** (26,32 %) to byla **možnost zajímavé práce bez stereotypu.** Zde byli zastoupeni **2 respondenti** věkové kategorie **18 - 30 let** a **3 respondenti** v rozmezí **31 - 40 let.** Opět měli všichni respondenti ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Pouze **3 respondenti** (15,79 %) se vyjádřili k motivaci **pomáhat lidem.** Takto odpověděli **2 respondenti** ve věku **51 - 60 let** a **1 respondent** ve věku **41 - 50 let.** Jako nejvyšší dosažené vzdělání udávali tito respondenti vyučení. **2 respondenti** (10,53 %) odpověděli, že jejich **práce je baví.**

Z toho **1 respondent** spadal do věkové kategorie **41 - 50 let** a jeho ukončené vzdělání bylo středoškolské s maturitou a **1 respondent** byl v rozmezí **31 - 40 let** a byl vyučen.

**Otázka č. 20** měla za úkol zjistit **co by chtěli pracovníci**, podle jejich názoru, **v domově změnit**.

respondenti odpovídali...	počet odpovědí	n <sup>2</sup>
více pracovníků v soc. službách	25	34,25 %
více mužů	14	19,18 %
změna přístupu pracovníků ke klientům	12	16,44 %
změnit polohu zařízení	9	12,33 %
více prostorů pro různé účely	8	10,96 %
změna některých nadřízených pracovníků	5	6,85 %
<b>CELKEM</b>	<b>73</b>	<b>100 %</b>

Tab. 7 změny v zařízení

Otevřená otázka směřovala k vytěžení informací o potřebách změn, které cítí pracovník. Poskytuje náhled na jejich vnímání interních záležitostí a klima domova při každodenní práci s klienty. Také vypovídá o nedostatcích technického, provozního i lidského rozměru. Všechny 40 respondentů využilo možnosti se k otázce vyjádřit. Většina respondentů uváděla jednu až dvě možnosti, celkem se sešlo 73 odpovědí, tedy 100 %.

Z tabulky je zřejmé, že více jak polovina, tedy **25 respondentů** (34,25 %), by přivítalo v zařízení **více pracovníků v sociálních službách**. To by jim umožnilo více aktivního času stráveného s klienty a také by na jednoho pracovníka připadlo méně klientů. Je zjevné, že v sociálních službách chybí zastoupení mužské populace, to by změnilo **14 respondentů** (19,18 %). Je překvapivé, že **12 respondentů** (16,44 %) by změnilo **přístup pracovníků ke klientům**, zejména u některých pracovníků, kterým podle respondentů chybí dostatek empatie a pracovitost. **Změnit polohu zařízení** by chtělo **9 respondentů** (12,33 %), toto přání se opírá o fakt, že domov Harmonie stojí na kopci a vyjetí kopce s invalidními vozíky při procházkách je pro některé pracovnice nad rámec jejich silových možností. **Více prostorů** k různým účelům by chtělo mít v zařízení **8 respondentů** (10,96 %) a **5 respondentů** (6,85 %) by přivítali **změny ve vedení některých předních pracovníků zařízení**.



## **8 INTERPRETACE VÝZKUMU**

Poslední kapitola diplomové práce je věnována shrnutí výsledků šetření výzkumného projektu, který byl uskutečněn v DOZP Harmonie, Krnov, okres Bruntál. Informace vyplývající z analýzy dokumentace a nestrukturovaného pozorování mohou mít nižší výpovědní kvalitu, jelikož mohou být ovlivněny vlastním úsudkem a nevypovídají nic o názoru pracovníků. Z tohoto důvodu byly stanoveny dílčí cíle výzkumu, na kterém se dotazníkovou metodou podíleli pracovníci DOZP Harmonie, Krnov.

Kapitola obsahuje také návrhy a opatření, které jsou vhodné ke zlepšení podmínek rozvoje klienta v rámci ucelené rehabilitace.

### **8.1 Shrnutí kvalitativního šetření**

Provedená analýza plynoucí ze zkoumání dokumentace a nestrukturovaného pozorování zaměřená na možnosti ucelené rehabilitace v DOZP Harmonie Krnov, ukázala, že pracovní, sociální a pedagogická rehabilitace je poskytována klientům v dostatečné míře. Panují zde sice dílčí nedostatky, ty se však odvíjejí od provozních a organizačních možností zařízení. Největší nedostatky v systému ucelené rehabilitace se projeví v léčebné složce rehabilitace. Zejména v nedostatku zajištění odborných terapií a stavebně technickým překážkám.

**Pracovní rehabilitace** klientů zařízení je rozvíjena dvěma způsoby. První možností, jak rozvíjet pracovní rehabilitaci, je formou terapeutické dílny „Relax“. Druhá, nejvíce využívaná forma rozvoje pracovních dovedností je zprostředkována přímo pracovníky zařízení.

Z pozorování bylo patrné, že přes veškerou snahu pracovníků, není v jejich možnostech věnovat se klientům podle jejich přání. Na každého klíčového pracovníka připadají 3 - 4 klienti. Pracovníci ve své dvanáctihodinové pracovní době musí plnit i povinnosti vyplývající z náplně práce, a to zejména přímou hygienickou péčí o klienty, psaní dokumentace, musí pokrývat časté návštěvy lékařů v jejich ordinacích, řešit nenadále vzniklé problémy aj. Také jsou nuceni počítat s rychlou unavitelností a náladovostí klientů.

**Léčebná rehabilitace** v rámci domova je poskytována zdravotním úsekem, kde je odborným personálem zajištěna medikace, polohování, primární ošetření.

Mnoho klientů zařízení má kombinované postižení, které je limituje v pohybu a koordinaci pohybového aparátu. V domově chybí odborník - fyzioterapeut, rehabilitační pracovník, nejsou zde ani prostory určené pro zdravotní tělocvik či jiné terapie. Klienti domova Harmonie musí k různým rehabilitacím využívat návazných služeb jiných zařízení Krnova, což je pro některé klienty finančně nebo technicky náročné. Některé prvky terapií jsou zajišťovány proškolenými pracovníky v sociálních službách, tato varianta je však nedostatečná, jelikož vyvíjí tlak na pracovní nasazení zaměstnanců, které může vyvrcholit odchodem ze sociálních služeb.

Pokud se na **sociální rehabilitaci** budeme dívat, jako na zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a snahu o integraci osob s mentálním postižením do společnosti, je zařízení na vysoké úrovni. Z analýzy Kroniky akcí, individuálních plánů a denních záznamů bylo zřejmé, že klienti jsou pracovníky plně podporováni v realizaci společenského kontaktu nejen mimo zařízení. Klienti často využívají veřejných služeb ve městě Krnově i v blízkém okolí, účastní se různých sportovní,

kulturních a veřejných akcí, ale také se mnoho akcí realizuje v rámci domova, do kterých se zapojují převážně žáci a studenti krnovských škol.

Jedinou překážkou v kontaktu s okolním prostředím by mohla být geografická poloha zařízení, které se nachází na kopci. Pro pracovníka je velmi složité a fyzicky náročné jít s imobilním klientem upoutaným na invalidní vozík na procházku. Jedinou možností, jak dostat více klientů na jiné místo ve městě, je opět využití aut.

Vzhledem k věkové relaci klientů DOZP Harmonie, neprobíhá **pedagogická rehabilitace** na úrovni vzdělávání ve školách všech typů. V domově jde pedagogická rehabilitace ruku v ruce s aktivizačními činnostmi pracovní rehabilitace klientů v rámci celoživotního učení. Jde zejména o nácvik a upevňování dovedností spojených s osobní hygienou, péčí o vlastní zevnějšek a sebeobslužné činnosti. Zcela novým prvkem, který je postupně zaváděn, je komunikace pomocí AAK a metod snadného čtení. Tyto prvky AAK jsou zaváděny klíčovými pracovníky jednotlivých klientů, bez jakékoli předchozí zkušenosti nebo školení.

### **Návrhy a opatření**

K možnosti řešení současného stavu, by mohlo pomoci, přijetí **více pracovníků** v sociálních službách do zařízení nebo **zřízení pracovního místa - ergoterapeuta**, který by se věnoval klientům domova v jejich přirozeném prostředí. Samotní pracovníci by tak měli více času na zabezpečení přímé péče o klienty.

Ke zlepšení péče léčebné rehabilitace by přispěl vznik pracovního místa **rehabilitačního pracovníka** a **vytvoření místnosti či prostoru** k aplikaci různých druhů skupinových a individuálních terapií, které by sloužilo klientů s vysokou mírou podpory nebo klientům jejichž finanční možnosti jsou omezeny.

V zařízení pracují převážně ženy, které nedisponují velkou fyzickou silou, proto se přikláním k masivnějšímu **přijímání mužské populace** na pozice **pracovníků v sociálních službách**. Otázkou však zůstává na kolik je tato práce s ohledem na finanční ohodnocení pro muže atraktivní.

Pracovníci zařízení jsou většinou absolventi maturitních oborů a akreditovaných kurzů pracovníků v sociálních službách, nemohou mít tedy odborné znalosti v oblasti metod a forem AAK. Zárukou rozvoje dobré komunikace by mohlo být **odborné metodické vedení a proškolení** jednotlivých pracovníků zařízení v rámci dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách.

## 8.2 Shrnutí dotazníkového šetření

**Dílčí cíl:** Zjistit možnosti využití prostředků pracovní rehabilitace.

Podle respondentů podílejících se na výzkumném dotazníku, je pracovní rehabilitace, její prostředky a možnosti, **naplňovány dostatečným způsobem**. Pracovní aktivity klientů jsou zabezpečovány nejen prostřednictvím sociálně terapeutické dílny, ale také rozvíjeny v rámci jednotlivých domácností, kde klienti provádí činnosti spojené s jejich chodem.

**Dílčí cíl:** Určit, jaké metody ucelené rehabilitace, jsou respondenty považovány za nejméně rozvinuté.

Metody **léčebné rehabilitace** byly větší polovinou respondentů označeny za nejméně rozvinutou složku ucelené rehabilitace v jejich zařízení. Velkým nedostatkem byla pro respondenty absence rehabilitačního pracovníka, chybějící spolupráce s fyzioterapeutem či nedostatek prostoru k provádění léčebných terapií. Dalo by se konstatovat, že prostředky léčebné rehabilitace jsou v zařízení omezeny na spolupráci s lékaři (praktický, odborný), psychiatry a zajišťováním polohování a bazální stimulace zaškoleným pracovníkem v sociálních službách. Koupele a masáže jsou prováděny jen v rámci možností domova.

**Dílčí cíl:** Vytěžit, zda je klientům v dostatečné míře poskytován kontakt se společenským prostředím.

Velké procento respondentů uvedlo, že klienti **mají dostatek možností** k zúčastňování se různých akcí mimo prostředí domova, a to nejen městských, ale i mimoměstských. Kontakt se společenským prostředím je zajišťován také častými návštěvami města a s tím spojeným využíváním veřejných služeb. Klienti podle

svých přání a potřeb mohou využívat služeb pedikúry, kadeřníka, cukrárny, restaurace a mnoho dalších.

**Dílčí cíl:** Zjistit, jaká věková kategorie respondentů, je více nakloněna dalšímu profesnímu rozvoji (další vzdělávání, kurzy).

Překvapivé bylo zjištění, že nejvíce nakloněni dalšímu profesnímu rozvoji a dozdělávání v oblasti péče o osoby s mentální postihem, byla skupina respondentů středního věku, tedy 41 - 50 let. Předpoklad, že zájem o vzdělání bude od podstatně mladších respondentů se nevyplnil. Většina mladších respondentů, tedy věková kategorie 18 - 30 let se vyjádřila, že neví, zda by se chtěli i nadále profesně rozvíjet, absolvovat rozšiřující kurzy či školení nebo studovat na různých školách ke splnění vyšší kvalifikace. Jen jediný respondent se vyjádřil, že se rozhodně chce profesně rozvíjet.

## ZÁVĚR

Tato diplomová práce mapovala možnosti komprehenzivní rehabilitace osob s mentálním postižením v DOZP Harmonie, Krnov, okres Bruntál z pohledu pracovníků podílejících se na přímé péči o klienty.

Přesto, že doba je hektická, lidé postrádají čas a je po nich vyžadována samostatnost. Současný sociální systém se snaží vytvářet pozitivní změny v přístupu k osobám vyžadující podporu a péči. Jde o dlouhou cestu k nastavení vhodných podmínek lidem s handicapem, která se od let minulých značně změnila. Snaží se nebrat postiženou osobu jako méněcennou, nýbrž naopak. Podpora, komplexní přístup či finanční jistota, to je jen zlomek z toho, co přináší současný sociální systém ve vztahu k lidem vyžadujícím pomoc. Praxe pracovníků v sociálních službách se, ale i nadále potýká s problémy vyplývající z nedostatku financí. Dotýká se nejen nízkých platů a tím i nedostatečné motivace pro mužskou populaci k výkonu tohoto povolání, ale také celkového navýšení počtu pracovníků v sociálních službách. Pro poskytování ucelené rehabilitace klientů v plné šíři, jsou tato navýšení nezbytná. S tím souvisí vyčerpanost a frustrace pracovníků, kteří po pár letech výkonu povolání odchází a

mladá generace nejeví o tyto pracovní pozice velký zájem. O tom hovoří i fakt, že na Střední pedagogické škole Krnov, byl zrušen obor Sociální péče – pečovatelská činnost. Stejně nutné je v domovech pro osoby se zdravotním postižením vytvářet podmínky pro odborné terapie, které jsou neoddělitelnou a někdy jedinou možností rozvoje osob s mentálním postižením.

Přesto, že ne všechny oblasti celistvosti systému jsou v domově dokonalé, nachází klienti zařízení příjemné a hezké prostředí s pracovníky, kterým se daří vytvářet lidem vhodný domov, pocit bezpečí i poskytovat potřebnou péči. Institucionální péče současnosti nemůže nahradit lásku a péči nejbližších, ale snaží se kompenzovat a suplovat pocit domova, sounáležitosti a zajišťovat potřeby svých klientů po všech stránkách.

## SEZNAM LITERATURY

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4.

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-086-4.

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.

DOLEJŠÍ, Mojmir. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- JOHNSTONE, David. *Further opportunities: learning difficulties and disabilities in further education*. New York: Cassell, c1995. ISBN 9780304331079
- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.
- LESER, Markus. *Mensch-Tier-Beziehungen - Tiereinsatze im Heimbereich*. Bern: Curaviva, 2008. ISBN 978-3-9523215-1-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2. přeprac. a rozš. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-76-1.
- MATULAY, Karol. *Mentálna retardácia*. Martin: Osveta, 1986. Edícia pre postgraduálne štúdium lekárov, zv. 91.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, 2006. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 8021025115.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Kapitoly ze sociální patologie*. Brno: Institut mezioborových studií, 2003.
- NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-80-7435-174-7.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

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

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

RŮŽIČKOVÁ, Kamila. *Vybrané kapitoly z rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. Edice speciální pedagogiky (Gaudeamus). ISBN 80-7041-139-2.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 4., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2009. ISBN 978-80-7320-137-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 8071788023.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

### **Internetové zdroje:**

AAIDD. Definice mentálního postižení. Aaidd.org. [cit. 12. 2. 2017]. who.int. Dostupné z: <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WNwZnIggXIU>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Okres Bruntál. czso.cz [online] © 2017 [cit. 6. 3. 2017]. Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika\\_okresu\\_bruntal](https://www.czso.cz/csu/xt/charakteristika_okresu_bruntal)

ČESKO. Zákon 435 ze dne 23. července 2004 o zaměstnanosti. In: Sbírká zákonů České republiky. 2004, částka 143, s. 8291. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.



**ČESKO.** Zákon č. 329 ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů (zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením). In: Sbírka zákonů České republiky. 2011, částka 115, s. 3970-3994. Dostupný z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.

**ČESKO.** Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1257-1289. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244.

**ČESKO.** Vyhláška č. 505 ze dne 29. listopadu 2006, kterou se provádí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách In: Sbírka zákonů České republiky. 2006, částka 164, s. 7042 - 7047. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>. ISSN 1211-1244

**ČESKO.** Zákon č. 155 ze dne 4. srpna 1995 o důchodovém pojištění. In: Sbírka zákonů České republiky. 1995, částka 41, s. 1996-1999. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>.

**ČESKO.** vlada.cz, [online] cit. 20. 2. 2017, dostupné z: [https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/aktuality/Narodni-plan-OZP-2015-2020\\_1.docx](https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/aktuality/Narodni-plan-OZP-2015-2020_1.docx)

**DIAKONIE.** Diakonie Rýmařov. diakonierymarov.cz. [online] cit. 10. 3. 2017, dostupné z: <http://www.diakonierymarov.cz/>

**ERGOTERAPIE.** Ergoterapie. ergoterapie.cz. [online], cit. 22. 2. 2017, dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/>).

**GIVT.** Dílna Polárka. givt.cz. [online] cit. 7. 3. 2017, dostupné z: <https://givt.cz/bruntalska-dilna-polarka>

**MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ.** Poruchy duševní. uzis.cz. [online] cit. 10. 2. 2017 dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

**MU BRUNTAL.** Elektronický katalog sociálních služeb města Bruntál. mubruntal.cz [online] cit. 6. 3. 2017, dostupné z: <http://socialnisluzby.mubruntal.cz/filtr/basic/7>

**PO-HARMONIE.** Služby. po-harmonie.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://po-harmonie.cz/sluzby/domov-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim>

**SAGAPO.** Domov pro osoby se zdravotním postižením. sagapo.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/dozp-org/uvod-dozp>

**SAGAPO.** Sociálně terapeutická dílna. sagapo.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/dozp-org/uvod-std>

**SAGAPO.** Chráněné bydlení. sagapo.cz. [online] cit. 8. 3. 2017, dostupné z: <http://www.sagapo.cz/dozp-org/uvod-chb>

**SLEZSKÁ DIAKONIE.** O nás. Slezskadiakonie.cz. [online] cit. 28. 3. 2017, dostupné z: <http://www.slezskadiakonie.cz/o-nas/histori>

**VEŘEJNÁ SPRÁVA ONLINE.** Okres Bruntál. města.obce.cz. [online] cit. 6. 3. 2017. dostupné z: <http://mesta.obce.cz/vyhledat2.asp?okres=3801%20>

**WHO.** Klasifikace. who.int. [online] cit. 12. 2. 2017, dostupné z: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

**WIKIPEDIE.** Okres Bruntál. cz.wikipedia.org. [online] cit. 6. 3. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Okres\\_Brunt%C3%A1l](https://cs.wikipedia.org/wiki/Okres_Brunt%C3%A1l).

**WIKIPEDIE.** Mentální retardace. cz.wikipedia.org. [online] cit. 15. 2. 2017, dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace)

**WIKISKRIPTA.** Fenylylketonurie. wikiSkripta.eu, [online], cit. 15. 2. 2017, dostupné z: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Fenylylketonurie>

## SEZNAM ZKRATEK

AAIDD	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities Americká asociace pro duševní a vývojové poruchy
AAK	Augmentativní a alternativní komunikace
ADL	Aktivity zaměřené na sociální aktivity
aj.	a jiné
CNS	Centrální mozková soustava
ČCE	Česká církev evangelická
ČEZ	České energetické závody
ČSFR	Československá federativní republika
ČR	Česká republika
DMO	Dětská mozková obrna
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
CHB	Chráněné bydlení

IP	Individuální plán
LR	Léčebná rehabilitace
ME	Mistrovství Evropy
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	Mentální retardace
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
NS	Nervová soustava
obr.	obrázek
OSN	Organizace spojených národů
OZP	Osoba se zdravotním postižením
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
p. o.	Příspěvková organizace
SPC	Speciálně pedagogické centrum
STD	Sociálně terapeutická dílna
tab.	tabulka
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
UR	Ucelená rehabilitace
WHO	World Health Organization Světová zdravotnická organizace
ZOO	Zoologická zahrada

## SEZNAM TABULEK

Tab. 1.	přehled sociálních služeb Slezské diakonie
Tab. 2.	možnosti léčebné rehabilitace
Tab. 3.	spolupráce s odborníky léčebné rehabilitace
Tab. 4.	nedostatky LR v zařízení
Tab. 5.	veřejné služby
Tab. 6.	výběr povolání
Tab. 7.	změny v zařízení

## SEZNAM GRAFŮ

Graf. 1	návratnost dotazníků
Graf. 2.	pohlaví respondentů
Graf. 3.	vzdělání respondentů
Graf. 4.	věkové kategorie respondentů
Graf. 5.	délka praxe v sociálních službách

- Graf. 6.                   rozvoj pracovních dovedností klienta
- Graf. 7.                   pracovní aktivity v domácnostech
- Graf. 8.                   odborné terapie
- Graf. 9.                   návazné služby
- Graf. 10.                  prvky terapií
- Graf. 11.                  vítané prvky terapií
- Graf. 12.                  forma péče o klienty
- Graf. 13.                  účast na aktivitách
- Graf. 14.                  ucelená rehabilitace
- Graf. 15.                  další profesní vzdělávání

## **PŘÍLOHY**

Příloha č. 1 – elektronický dotazník

Příloha č. 2 – terapeutické pomůcka, terapie

Příloha č. 3 – akce DOZP Harmonie Krnov

## **Příloha č. 1 - elektronický dotazník**

Dobrý den,

jsem studentka 2. ročníku navazujícího magisterského studia Speciální pedagogiky. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymního dotazníku, který bude sloužit k výzkumnému účelu mé diplomové práce na téma „Komprehenzivní rehabilitace osob s mentální retardací v okrese Bruntál“. Délka vyplnění bude přibližně 10 minut.

Vyplněné dotazníky prosím vraťte na emailovou adresu: [kotlpe@seznam.cz](mailto:kotlpe@seznam.cz).

Děkuji předem za spolupráci a Váš čas.

Bc. Kotlářová Petra

**Otázky všeobecně informační** – prosím zakroužkujte správnou odpověď.

### **1. Jakého jste pohlaví?**

- Žena
- muž

### **2. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní
- střední (vyučen)
- střední s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

### **3. Do jaké věkové kategorie spadáte?**

- 18 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více

**4. Jaká je délka Vaší praxe v sociálních službách?**

- do 5 – ti let,
- 6 – 10 let,
- 11 - 19 let,
- 20 a více.

**Výzkumné otázky**

**5. Jakou nejčastější možností využíváte k rozvíjení a upevnění pracovních dovedností klientů mimo prostředí domova?**

(zakroužkujte jednu z možností)

- podporované zaměstnání,
- sociálně terapeutické dílny.

**6. Jaké pracovní aktivity jsou klientům nabízeny v rámci péče o domácnost na jednotlivých komunitách?**

(zakroužkujte jednu z možností)

- péče o prádlo,
- příprava jídla,
- úklid domácnosti,
- stolování

**a) u zvolené možnosti uveďte konkrétní příklad**

--

**b) považujete je za dostatečné?**

- ano
- ne

**7. Jaké nejčastější terapie jsou klientům v domově poskytovány odbornými terapeuty?**

(zakroužkujte jednu z možností)

- arteterapie,
- ergoterapie,
- canisterapie,
- fyzioterapie,



- psychoterapie,
- jiné \_\_\_\_\_.

**8. Mají klienti možnost v aplikaci terapií poskytovaných odbornými terapeuty, využívat také návazné služby v jiných zařízeních.**

- rozhodně ano,
- spíše ano,
- spíše ne,
- rozhodně ne.

**9. Uveďte prosím, jaké prvky terapií zavádíte nejčastěji do své práce s klienty?**  
(zakroužkujte jednu z možností)

- arteterapie,
- ergoterapie,
- bazální stimulace,
- canisterapie,
- muzikoterapie.

**10. Které terapeutické prvky jsou klienty, podle Vašeho názoru, nejvíce vítány?**  
(popište pouze jednu z možností)

**11. Jaká forma péče o klienta je nejčastěji poskytována v domově?**  
(uved'te jednu z možností)

- individuální,
- skupinová,
- hromadná.

**12. Vyberte nejčastější metody léčebné rehabilitace poskytované klientům v rámci zařízení.**  
(můžete zakroužkovat více možností)

- zdravotní tělocvik,
- bazální stimulace,
- polohování,
- masáže,
- koupele,
- jiné \_\_\_\_\_.

**13. Se kterými odborníky léčebné rehabilitace nejvíce spolupracujete?**

(můžete zakroužkovat více možností)

- fyzioterapeut,
- odborní lékaři - specialisté,
- praktičtí lékaři,
- psychiatři,
- psychologové,
- jiní \_\_\_\_\_.

**14. Existuje v oblasti léčebné terapie něco, co vám schází?**

**15. Jaké druhy veřejných služeb má klient možnost využívat mimo prostředí domova?**

(můžete zakroužkovat více možností)

- pedikúra,
- manikúra,
- kadeřník,
- jiné \_\_\_\_\_.

**16. Mají klienti dostatek možností k účasti na veřejných, sportovních a kulturních akcích mimo domov?**

- rozhodně ano,
- spíše ano,
- spíše ne,
- rozhodně ne.

a) Uveďte prosím jednu akci, které jste se nedávno s klienty účastnili a stručně popište.

**17. Kterou z oblastí ucelené rehabilitace, považujete v domově za nejméně rozvinutou?**

- léčebná,
- pracovní,
- sociální,
- pedagogická.

**18. Máte zájem o další vzdělávání v oblasti péče o klienta?**

- rozhodně ano,
- spíše ano,
- spíše ne,
- rozhodně ne.

**a) Pokud ano, v jaké oblasti byste přivítali školení, kurz nebo další vzdělávání?**

**19. Co Vás vedlo k výběru tohoto povolání?**

**20. Kdyby bylo ve vaší moci cokoli v domově změnit, co by to bylo?**

**Děkuji Vám za čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.**

## Příloha č. 2 - terapeutické pomůcky, terapie



**Terapeutická panna - miminko**



**Terapeutické panny pro seniory**



**Komunikační pomůcka**



**AAK - obrázkový materiál**



**Canisterapie**



**Bazální stimulace**

**Příloha č. 3 - akce DOZP Harmonie Krnov**



**Dětský den v přípravné třídě ZŠ Krnov. Květinový bál.**



**Den země.**

**Pálení čarodějnic.**



**Výlet do Hrabyně.**

**Sportovní den v SVČ Krnov**

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Petra Kotlářová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Zdeňka Kozáková, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Komprehenzivní rehabilitace osob s mentální retardací v okrese Bruntál
<b>Název v angličtině:</b>	Comprehensive rehabilitation of persons with mental disabilities in Bruntal area
<b>Anotace práce:</b>	Diplomová práce se zabývá komprehenzivní rehabilitací osob s mentálním postižením v okrese Bruntál. Teoretická část práce se zabývá vymezením, definicemi, etiologií a symptomatologií mentálního postižení. V dalších kapitolách jsou popsány jednotlivé složky ucelené rehabilitace a vlastnosti institucionální péče. Poslední kapitola je věnována popisu okresu Bruntál a jeho možnostem v zajištění komprehenzivní rehabilitace mentálně postižených osob. Praktická část diplomové práce obsahuje výzkumný projekt zabývající se možnostmi komprehenzivní rehabilitace v pobytovém zařízení Harmonie p. o. Krnov, okres Bruntál.
<b>Klíčová slova:</b>	Komprehenzivní rehabilitace, mentální postižení, institucionální péče, složky ucelené rehabilitace, pobytové zařízení, klient, dotazník, vlastní šetření.
<b>Anotace v angličtině:</b>	The diploma thesis deals with comprehensive rehabilitation of mentally disabled people in the district Bruntál. The theoretical part depicts the issues of mental disorder; it deals with its definitions, etiology and symptoms. The individual components of coherent rehabilitation and institutional care properties are described in other chapters. The last chapter deals with describing of the district Bruntál and its possibilities to ensure the comprehensive rehabilitation of mentally disabled people. The practical part of the diploma thesis contains a research focused on possibilities of the comprehensive rehabilitation in a residential facility Harmonie p. o. Krnov, district Bruntál.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Comprehensive rehabilitation, mental disability, institutional care, comprehensive rehabilitation components, residential facility, client, questionnaire, own investigation
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Dotazník Terapeutické pomůcky, terapie Akce DOZP Harmonie Krnov
<b>Rozsah práce:</b>	84
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk

