

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

PROBLEMATIKA SOBĚSTAČNOSTI UŽIVATELŮ SOCIÁLNÍ SLUŽBY  
SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ DÍLNY ARPIDA

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Maliňáková

Autor práce: Petra Varinská, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 31. března 2015

.....

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Lucii Maliňákové za cenné rady, připomínky a metodické vedení.

## Obsah

Úvod.....	5
1 Zdravotní postižení .....	6
1.1 Tělesné postižení.....	8
1.2 Mentální postižení.....	10
1.2.1 Příčiny vzniku mentálního postižení.....	10
1.3 Kombinované postižení .....	14
1.3.1 Dětská mozková obrna (DMO).....	14
1.4 Principy a cíle práce se zdravotně postiženými .....	17
2 Práce jako forma seberealizace člověka .....	19
2.1 Pracovní aktivity pro lidi se zdravotním postižením .....	19
2.1.1 Chráněné dílny a jiné specifické pracovní příležitosti.....	20
2.1.2 Podporované zaměstnávání.....	22
2.1.3 Pracovní rehabilitace a rekvalifikace .....	22
2.1.4 Sociálně terapeutické dílny .....	22
3 Ověření soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA.....	24
3.1 Stanovení cíle a hypotéz .....	24
3.1.1 Cíl šetření.....	24
3.1.2 Hypotéza .....	24
3.1.3 Zdůvodnění hypotézy .....	24
4 Metody a techniky sběru dat k ověření soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA.....	26
5 Popis terénu.....	28
6 Prezentace výsledků šetření .....	31
6.1 Výsledky výzkumného šetření.....	31
6.2 Shrnutí popisu soběstačnosti u uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA na základě výsledků výzkumu .....	39
6.3 Verifikace hypotézy .....	39
7 Diskuze .....	41
Závěr .....	43
Seznam použitých zdrojů.....	44
Elektronické zdroje .....	46
Seznam příloh .....	47
Abstrakt.....	63
ABSTRACT.....	64

## Úvod

K tématu bakalářské práce, kterou jsem nazvala Problematika soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA, jsem dospěla dlouholetým zájmem o sociální oblast. Absolvovala jsem Střední odbornou školu zdravotnickou

a Střední odborné učiliště v Českém Krumlově obor Sociální péče-sociální činnost se zaměřením na etnické skupiny. Součástí tohoto studia byla odborná praxe, při které jsem měla možnost seznámit se s různými sociálními zařízeními. Nejvíce mne oslovila ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, ve které jsem praxi vykonávala opakovaně.

Po absolvování střední školy jsem se rozhodla dále studovat VOŠ Prachatice obor Sociální práce. I zde jsem si zvolila praxi v ARPIDĚ. Byla jsem zařazena do Sociálně terapeutické dílny. Děsila jsem se práce s dospělými. Měla jsem obavy, že mě tato skupina nepřijme mezi sebe. Neměla jsem žádné předchozí zkušenosti. Ale odbornost, kterou jsem byla vybavována po celé studium na VOŠ v Prachaticích mi pomohla překonat mé prvotní obavy. Celková skupina klientů i zaměstnanců mě přijala mezi sebe a já se stala její součástí. Mohla jsem se podílet na programu dne a na různých aktivitách týkající se této skupiny. I zde jsem našla naplnění a radost z práce.

V rámci studia na Teologické fakultě jsem navštívila zařízení ještě několikrát. Odborné znalosti získané na vysoké škole mi dodaly hlubší vhled do problematiky osob se zdravotním postižením, a to vše mi dodalo odvalu zvolit si pro svou bakalářskou práci téma Soběstačnost a sociální fungování uživatelů sociálně terapeutické dílny ARPIDA.

Cílem práce je odborné teoretické zpracování problematiky soběstačnosti u osob se zdravotním postižením a u vybrané cílové skupiny (uživatelé sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA) ověřit soběstačnost výzkumným šetřením.

Text je rozdělen do 7 kapitol. V bakalářské práci bude popsáno zdravotní postižení, jako je tělesné postižení, lehké a středně těžké mentální postižení a kombinované postižení. Zmíněné typy postižení jsem zvolila záměrně, jelikož sociální služba sociálně terapeutické dílny ARPIDA je určena osobám s tímto postižením. Hlavním tématem, které se celou prací prolíná, je soběstačnost uživatelů.

Stěžejní autorkou z jejíž díla jsem nejčastěji čerpala je Marie Vágnerová. Dále jsem vycházela i z jiných odborných pramenů a internetových zdrojů.

# 1 Zdravotní postižení

*[Tato kapitola bude věnována zejména tělesnému, mentálnímu a kombinovanému postižení, jelikož cílová skupina sociálně terapeutické dílny centra ARPIDA, kde budu provádět výzkumné šetření, má toto postižení.]*

"Pojem „postižení“ může být chápán v různém významu, čemuž stále ještě napomáhá poměrně značná terminologická nejednotnost a to nejen u nás, ale také v zahraničí. Na tuto skutečnost upozornila Vítková (1999, cit. dle Jankovský, 2006). Týká se to jednak druhů postižení, ale také samostatného pojmu „postižení“. V současné péči se stále více dostává do popředí člověk jako takový, ...a teprve následně se hovoří o tom, zda se jedná o člověka zdravého či s postižením. Dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření. Současnému pojetí péče (...) mnohem lépe odpovídá vnímání postižení jakožto dimenze, tedy určitého rozměru života" (s. 36).

Při používání sousloví osoba se zdravotním postižením, je důležité, aby slovo osoba stálo na prvním místě, jelikož osoba je vždy tím nejdůležitějším slovem, termín postižení je až na druhém místě (srov. Michalík, 2011, s. 33).

Existuje mnoho vymezení pojmu postižení:

Dle Vágnerové "zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému." (Vágnerová, 2004, s. 161) Tato ztráta či poškození může způsobit narušení, omezení nebo chybění některé ze standardních funkcí (srov. Vágnerová, 2004, s. 161).

Zákon o sociálních službách vymezuje zdravotní postižení jako "tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby" (Zákon o sociálních službách, 2015, on-line, úpl. cit.).

"Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti hovoří v širších souvislostech o zdravotním postižení a rozděluje zdravotně postižené občany pro účely uplatnění v soustavném zaměstnání do tří kategorií podle stupně zdravotního postižení:

- osoba zdravotně znevýhodněná (dříve občan se změněnou pracovní schopností)

- osoba se zdravotním postižením ( pobírá částečný invalidní důchod)
- osoba s těžším zdravotním postižením (pobírá plný invalidní důchod)" (Fischer, Škoda, 2008, s. 33-34).

Existuje mnoho příčin, které mohou způsobit vznik postižení. K příčinám, které mohou zapříčinit vznik postižení, patří genetické dispozice, prenatální, perinatální a postnatální vlivy prostředí. Vznik postižení může způsobit onemocnění či úraz. V rámci vzniku postižení rozlišujeme kategorie vrozených či později získaných postižení, které mají vliv na další rozvoj jedince (srov. Vágnerová, 2004, s. 162).

V důsledku vrozeného postižení (resp. v raném věku získané) je velmi ovlivněn vývoj dítěte, jelikož díky postižení, nemůže získat určité zkušenosti jako osoby bez postižení. Na vrozené postižení je jedinec adaptován, a proto není pro něj tak traumatizující (srov. Vágnerová, 2004, s. 162).

Později získané postižení představuje větší psychické trauma, člověk může srovnávat, uvědomuje si, co ztratil, a svůj aktuální stav považuje za jednoznačně horší, ne-li nepřijatelný. Z objektivního hlediska má výhodu zachování dřívějších zkušeností – po určitou dobu se rozvíjel standardním způsobem a má mnohé kompetence, jež mu budou v dalším životě užitečné a které jeho vrstevník s vrozeným postižením nemá (Vágnerová, 2004, s. 162-163).

Získané postižení může způsobit jedinci větší újmu, jelikož si uvědomuje, co ztratil a jeho aktuální stav, mu nedovoluje vykonávat stejné činnosti, jako dříve. Svůj stav považuje za horší. I přes získané postižení zůstaly jedinci určité kompetence, které mu budou užitečné v určitých oblastech života, o proti tomu jedinec s vrozeným postižením má nevýhodu, že tyto kompetence nemá (srov. Vágnerová, 2004, s. 162-163).

"Nejběžnějším a nejobvyklejším způsobem vnitřní diferenciaci zdravotně postižených je model podle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se tak setkáme s postižením:

- tělesným,
- mentálním (i postižení duševní a poruchy artistického spektra),
- zrakovým,

- sluchovým,
- řečovým (narušení komunikačních schopností)" (Michalík, 2011, s. 34).

"K nim je však nutno přiřadit i další skupiny, na něž se obvykle zapomíná. Jedná se o následující postižení:

- kombinovaná (kombinace jednotlivých postižení),
- nemoc civilizačními chorobami" (Michalík, 2011, s. 34).

## 1.1 Tělesné postižení

"Tělesné postižení se projevuje buďto dočasnými anebo trvalými problémy v motorických dispozicích člověka. Jedná se především o poruchy nervového systému, pokud mají za následek poruchu hybnosti" (Jankovský, 2006).

Tělesné postižení zapříčiňuje **omezení samostatnosti**, v jehož důsledku činí osobu s postižením závislou na jiných lidech, mnohdy činí postižení zábranu pro získání určitých zkušeností v životě. Míra soběstačnosti se odvíjí od zachování pohybových funkcí končetin (srov. Vágnerová, 2004, s. 251). K odpoutání se ze závislosti na druhých lidech je důležitá pohybová funkce dolních končetin, která může být nástrojem pro získání nových zkušeností (srov. Vágnerová, 2004, s. 252).

Nesmíme opomenout důležitost hybnosti horních končetin. Jelikož díky ní, je osoba schopna **sebeobsluže** a může lépe vyjádřit citový vztah k člověku, ke kterému má blízko. Motorika horních končetin je potřebná pro kteroukoliv manuální práci. Pokud má osoba s postižením sníženou motoriku horních končetin, může jí to zabránit v osamostatnění (srov. Vágnerová, 2004, s. 252).

"Hybnost mluvidel a mimická pohyblivost jsou důležité pro rozvoj komunikace. Pohybové postižení tohoto typu významně ovlivňuje sociální uplatnění člověka, jeho pozici ve společnosti, akceptaci ostatními lidmi a v závislosti na tom i jeho sebehodnocení" (Vágnerová, 2004, s. 252).



"Pohybové postižení může mít různé příčiny, na nichž závisí charakter omezení event. i pravděpodobnosti kombinace s dalšími postiženími" (Káš 1997, Bedra a Berkow 1999, Komárek a kol. 2000, Mumenthaler a Mattle 2001, cit. dle Vágnerová, 2004):

"Pohybové postižení je důsledkem poruch v oblasti mozku a míchy. Může vzniknout v důsledku geneticky podmíněné odchylky vývoje, prenatalního či perinatálního poškození (např. DMO a rozštěp páteře) nebo jako následek různých chorob a úrazů (roztroušená skleróza mozkomíšní, Parkinsonova choroba). Pokud pohybová vada vznikne jako projev organického postižení CNS, často se projeví i narušením psychických funkcí, např. mentální retardací, demencí" (Vágnerová, 2004, s. 252).

"Pohybové postižení je důsledkem poruchy kostí a kloubů. Může jít o vrozenou poruchu nebo později vzniklá onemocnění. Obvykle se jedná o poruchu růstu kostí nebo takové poškození struktury kostní tkáně, které brání standardní funkci opěrného aparátu, a tudíž i pohybu. Zánětlivá onemocnění resp. mechanická poškození kloubů mají rovněž za následek omezení pohybu. Postižení pohybového aparátu může být pouze mechanické, může být důsledkem chybění končetiny nebo její části (např. amputace)" (Vágnerová, 2004, s. 252).

"Pohybové postižení je důsledkem poruchy svalstva. Tyto poruchy se projevují zhoršením funkcí svalové tkáně nebo dokonce jejich úbytkem" (Vágnerová, 2004, s. 252).

### **Sociální význam tělesného postižení**

Znevýhodnění osob s tělesným postižením může činit jejich patrná odlišnost vzhledu, nebo jejich výraznost pohybových projevů (srov. Vágnerová, 2004, s. 258).

### **Postoj zdravé společnosti k tělesně postiženým**

Okolí má obvykle nižší očekávání od osob s tělesným postižením, většinou bývají podceňováni, ale většinou jsou jejich projevy akceptovány. Osoby tohoto typu postižení mohou u ostatních vzbuzovat krajní postoje. Společnost může tyto osoby odmítat dokonce i izolovat, nebo mohou být terčem posměchu. Na druhé straně mohou být tyto osoby ochraňovány. Ani jedna z popsaných možností není pro osobu s tělesným postižením správná, jelikož jí činí více závislou na druhých (srov. Vágnerová, 2004, s. 258).

## 1.2 Mentální postižení

"Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky" (Vágnerová, 2004, s. 289).

"Naproti tomu Americká asociace pro mentálně retardované používá následující definici: Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, **sebeobsluha**, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce" (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2005, s. 111).

Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny **dokončit školu, vyučit se v učebním oboru** a dobře se uplatnit v zaměstnání. Oproti tomu lidé s těžkým a hlubokým postižením jsou závislí na druhých (Švarcová, 2006, s. 13-14).

"Lidé s lehkou mentální retardací by měli mít nezpochybnitelné právo na **samostatný život**, jsou-li samostatného života schopní, a lidé s hlubokým postižením by měli mít stejně nezadatelné právo na všestrannou ochranu a pomoc, pokud je vzhledem k závažnosti svého postižení potřebují" (Švarcová, 2006, s. 14).

### 1.2.1 Příčiny vzniku mentálního postižení

"Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS (centrální nervové soustavy). Tato porucha může vzniknout různým způsobem. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje" (Vágnerová, 2004, s. 290).

## **Genetická podmíněnost mentální retardace**

"Mentální retardace může být geneticky podmíněná. V tomto případě je jejím základem porucha struktury nebo funkce genetického aparátu. Z genetického hlediska můžeme rozlišit (Vágnerová, 2004):

- Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autonomů. Typickým příkladem je trisomie 21 chromozomu, známá jako Downův syndrom.
- Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů. Příkladem je syndrom lomivého X postihující převážně chlapce.
- Mentální retardace vzniklá na bázi onemocnění způsobeného genovou poruchou.

K poškození inteligence dochází různým způsobem, často v důsledku určitého chorobného procesu.

- Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje. Jde spíše o krajní variantu normy, jedinec s tímto postižením má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností. V tomto případě bývají obvykle obdobně postiženi i rodiče a sourozenci, event. další příbuzní" (s. 290).

## **Teratogenní faktory**

"Teratogenní faktory mohou negativně ovlivnit prenatální vývoj jedince a mohou být příčinou vzniku mentální retardace. Tyto faktory, poškozují normální vývoj dítěte, působí prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu. Mohou to být (Vágnerová, 2004):

- faktory fyzikální, např. ionizující záření nebo porodní poškození mechanickým stlačením hlavičky a následným krvácením do mozku, vlivem nedostatku kyslíku apod.
- faktory chemické, např. některé léky, alkohol nebo jiné drogy
- faktory biologické, např. virové a mikrobiální. Typickým příkladem je virus zarděnek, který naruší vývoj embrya komplexním způsobem" (s. 291).

## **Postnatální poškození mozku**

"Postnatální poškození mozku v raném věku dané zánětlivým onemocněním, úrazem, otravou apod. Do této kategorie jsou zařazována pouze postižení vzniklá přibližně do 1,5-2 let" (Vágnerová, 2004, s. 292).

## **Klasifikace mentálního postižení**

*[V této části bude věnována pozornost vzhledem k sociálnímu šetření pouze na lehkou mentální retardaci a středně těžkou mentální retardaci]*

## **Kvantitativní hodnocení – stupeň mentální retardace**

"Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost, tj. kvantita úbytku (resp. zachování) příslušných kompetencí. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností mentálně postiženého jedince s normou, tj. pomocí psychologické diagnostiky inteligence" (Vágnerová, 2004, s. 301).

## **Lehká mentální retardace 50-70 IQ**

*[Oblasti soběstačnosti, na které jsem se ve výzkumu soustředila, jsou zvýrazněné]*

Vágnerová uvádí, že osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny v dospělosti přemýšlet jako děti středního školního věku. Tyto osoby **nejsou schopny myslet abstraktně**. Myšlení těchto osob je konkrétní. K dorozumívání se s okolím používají jednodušší a kratší věty a jejich výslovnosti obsahuje občas nepřesnosti. Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny se učit, ale musí být zde brát ohled na jejich možnosti (srov. Vágnerová, 2004, s. 301 - 302). "V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně začlenitelní, potřebují pouze dohled a oporu" (Vágnerová, 2004, s. 301- 302).

Většina osob s lehkou mentální retardací jsou schopny dosáhnout samostatnosti v úkonech, které pro ně nejsou příliš složité a nevyžadují přesnost, jako je **osobní péče** (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky). Osobám s lehkou mentální retardací mohou způsobit potíže, činnosti, které vyžadují přesnost a abstraktní myšlení, jako je teoretická práce ve škole (srov. Švarcová, 2006, s. 33). " Většina jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické

schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce" (Švarcová, 2006, s. 34).

### **Středně těžká mentální retardace 35-49 IQ**

Osoby se středně těžkou mentální retardací mají myšlení předškolního dítěte. Při komunikaci s druhými špatně artikulují a jejich řeč je chudší (srov. Vágnerová, 2004, s. 302). **"Učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoli je třeba četné opakování. Jsou schopni osvojit si běžné návyky a jednoduché dovednosti, především v oblasti obsluhy. Mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost. Potřebují trvalý dohled"** (Vágnerová, 2004, s. 302).

"Naproti tomu Švarcová uvádí, že u jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také **opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost**" (Švarcová, 2006, s. 34). **"Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání"** (Švarcová, 2006, s. 34). "V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život" (Švarcová, 2006, s. 34).

### *Možnosti a předpoklady inkluzivního začleňování mentálně handicapovaných osob do společnosti*

"Největší skupinu v populaci mentálně handicapovaných osob tvoří jedinci s lehkým stupněm mentální retardace, u kterých je prognóza sociální integrace zpravidla velmi dobrá. Pokud k tomu dostanou příležitost, jsou tito lidé schopni zcela samostatně nebo jen s minimální podporou bydlet, pracovat a žít v běžné sociální komunitě. Pokud potřebují pomoc nebo podporu, jsou pro ně vhodné služby typu chráněného či podporovaného bydlení a podporovaného (příp. chráněného) zaměstnávání" (Slowík, 2007, s. 119).

## 1.3 Kombinované postižení

[Tato kapitola se zaměří vzhledem k sociálnímu šetření na kombinované postižení DMO (dětská mozková obrna).]

### 1.3.1 Dětská mozková obrna (DMO)

"DMO je neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku v rané fázi jeho vývoje (prenatálně, perinatálně či na počátku postnatálního období)" (Vágnerová, 2004, s. 144).

"DMO není nakažlivá (na rozdíl od poliomyelitidy, známé též jako dětská obrna) ani dědičná. Přes veškerý dosavadní výzkum není toto onemocnění vyléčitelné, ani neexistuje jeho spolehlivá prevence. Současná medicína přesto nabízí nemocným s DMO pomoc alespoň částečným zmírňováním některých projevů nemoci vedoucím ke zlepšení jejich kvality života (symptomatologická léčba)" (Fischer, Škoda, 2008, s. 38).

"Příznaky DMO zahrnují široké spektrum rozsahu postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnými pohybovými vzorci, jako je psaní nebo stříhání nůžkami, může mít obtíže s udržení rovnováhy a s chůzí, může trádat mimovolními pohyby, jako jsou například kroutivé pohyby rukou nebo vůlí neovladatelné pohyby úst. Může být přítomen motorický neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání, **nedostatečná představivost**, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad, výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči, vady řeči. Příznaky DMO jsou značně individuální a u téhož nemocného se mohou v průběhu času různě měnit" (Fischer, Škoda, 2008, s. 38).

## **Formy DMO**

"Ve vymezení forem DMO je možné nalézt v různých informačních zdrojích určité nejednotnosti. Vítková (2004, cit. dle Fischer, Škoda, 2008) udává následující formy DMO:

- Spastické formy DMO
  - Diparetická forma
  - Hemiparetická
  - Kvadraparetická forma
- Nespastické formy DMO
  - Dyskinetická forma
  - Hypotonická forma" (s. 39).

"Naproti tomu Vágnerová (2004) rozděluje DMO na:

- Spastická forma DMO
  - Diparéza
  - Hemiparéza
  - Kvadraparéza
- Dyskineticko – dystonická forma
- Ataktická, mozečková forma" (s. 145-146).

## **Formy DMO dle Vágnerové:**

"Spastická forma je nejčastější variantou, tvoří ji asi 60-70 % všech DMO. Základním příznakem je trvale zvýšené svalové napětí. Spasticita je způsobena postižením centrálního motoneuronu, pyramidové dráhy. Předpokládá se, že může vzniknout ve třetím trimestru prenatálního života. Pohybové postižení, které je dáno obrnou, může mít různý rozsah i závažnost. Lze rozlišovat parézu (částečnou obrnu) a plegii (úplnou obrnu). Podle lokalizace postižení se dále člení na:

- Diparézu, tj. postižení dolních končetin.
- Hemiparézu, tj. jednostranné postižení horní a dolní končetiny, často bývá závažněji postižena ruka.

- Kvadruparézou, postihující horní i dolní končetiny. V rámci postižení všech končetin bývá často narušena také hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se projeví poruchou řeči, tzv. dysartrií. Tato forma bývá často kombinovaná s poruchami inteligence" (Vágnerová, 2004, s. 145).

"Dyskineticko-dystonická forma je vzácnější, postihuje přibližně 20 % postižených DMO. Bývá rovněž označována jako extrapyramidová varianta. Projevuje se mimovolními, pomalými a kroutivými nebo záškubovitými pohyby různých svalových skupin. V zátěži a v napětí bývají tyto pohyby nápadnější, a přestože se mohou laikům jevit jako úmyslné mimické či pantomimické projevy, nelze je vůlí ovládat. Porucha je způsobena poškozením v oblasti bazálních ganglií. Předpokládá se, že vzniká v důsledku těžké porodní asfyxie. S poruchou inteligence kombinovaná nebývá" (Graham a kol. 1999, cit. dle Vágnerová, 2004, s. 146).

"Ataktická, mozečková forma je relativně vzácná, trpí jí pouze 5-10 % nemocných DMO. Postihuje především pohybovou koordinaci, typické bývají obtíže v udržení rovnováhy a při rychlejším pohybu. Nejnápadnějším počátečním příznakem je hypotonie, tj. snížení svalového napětí, a opoždění pohybového vývoje. Tato varianta je typickým příkladem vývojově podmíněného rozvoje poruchy, její jednotlivé symptomy se objevují postupně, v závislosti na dozrávání příslušných mozkových struktur, které jsou předpokladem pro rozvoj určitých motorických dovedností. Bývá rovněž dost často kombinována s poruchou inteligence" (Vágnerová, 2004, s. 146).

### **Pozornost, paměť a poruchy učení**

"Lidé s DMO, podobně jako všichni, kdo trpí organickým postižením mozku, mívají problémy s koncentrací, přesouváním a rozdělováním pozornosti. Jejich pozornost často mívá různé nedostatky: bývá hůře soustředěná, krátkodobá, ulpívá, nevýběrová a často ji lze hodnotit jako celkově nezralou. Stejnou příčinu mají i odchylky v oblasti paměťových funkcí. Paměť bývá nepříznivě ovlivněna horší pozorností a snadnější unavitelností. S větší pravděpodobností mohou trpět i poruchami učení, které vznikají jako důsledek poškození určitých oblastí mozku" (Vágnerová, 2004, s. 149).



## **1.4 Principy a cíle práce se zdravotně postiženými**

### **Obecné principy**

"Současným ideálem je směřování k tomu, aby lidé s ...postižením mohli využívat běžné zdroje, tedy instituce, jež poskytují služby veřejnosti. To znamená, aby žili v místním společenství způsobem, který co možná nejvíce odpovídá životu ostatních lidí bez postižení. S tím souvisí představa o co možná největší samostatnost klientů. Podpora ze strany pracovníků sociálních a jiných služeb by měla být poskytována jen v záležitostech, které uživatel sám nezvládá. Naopak tam, kde si umí poradit, by měl mít dostatečný prostor pro svoje řešení. Služby nemají řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám. S tím souvisí i snaha o to, aby byl uživatel na službě co nejméně závislý" (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2005, s. 113).

### **Cíle práce se zdravotně postiženými**

"Cílem sociální práce může být integrace (inkluze) lidí s ...postižením do společnosti. Prvním předpokladem je sama přítomnost těchto lidí v běžném prostředí, v hromadných dopravních prostředcích, obchodech, restauracích apod. Mnohá místa mohou lidé s ...postižením navštěvovat nejen jako zákazníci, ale mohou zde i pracovat. Využívání běžných služeb – ať už s podporou další osoby, nebo bez ní – zvyšuje jejich samostatnost a představuje první krok k integraci" (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2005, s. 113-114).

"Dalším cílem může být, aby lidé s ...postižením co nejvíce rozvíjeli svoje schopnosti a dovednosti, a díky tomu se mohli do společnosti zapojit. To znamená, aby se naučili např. navázat kontakt a komunikovat. K učení je třeba vytvořit příležitost. Tu jim v určité míře poskytuje každý společenský kontakt, ale sám kontakt nemusí stačit. Tam, kde nestačí, je třeba navrhnout výukový program. Stejně důležitým krokem k integraci je i osvětové působení na většinovou společnost, informování o možnostech těchto lidí, o tom, v čem potřebují pomoci a co mohou zvládnout sami. Cílem osvěty je změnit pohled veřejnosti na lidi s postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat" (Hrušková, Matoušek, Landishová, 2005, s. 114).

"Ideál života v komunitě zahrnuje mnoho oblastí, ve kterých lidé s ...postižením mohou potřebovat pomoci. Podporu člověk může potřebovat již v době, kdy žije jako dítě v rodině, později v bytě s dalšími lidmi, nejlépe takovými, které si zvolí sám. Podporovat klienta je často nutné, když se kvalifikuje pro práci, hledá ji a začíná s ní. Zaměstnání je nejen zdrojem příjmu, ale i příležitostí rozvíjet své schopnosti a setkávat se s dalšími lidmi (s postižením nebo bez něj). Proto je žádoucí usilovat u všech klientů, u nichž je to možné, o pravidelné zaměstnání. Klient má právo i na trávení volného času podle vlastních zájmů. Většina lidí s ...postižením potřebuje při těchto činnostech podporu, která doplňuje jejich schopnosti. Cílem práce s postiženými je i směřování k postupnému zmenšování podpory, tedy k tomu, aby stále více pro sebe dělal sám klient. Tento cíl je možné uplatňovat bez ohledu na míru postižení. Každý člověk se může v něčem zlepšovat a následně zvládat některé činnosti nebo jejich části sám" (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2005, s. 114).

### **Soběstačnost**

Soběstačnost je pro osoby se zdravotním postižením velmi důležitá, je to potřeba, která se zdá pro lidi samozřejmá, ačkoliv pro osoby se zdravotním postižením není. Osoby se zdravotním postižením se učí soběstačnosti již od narození, jako ostatní lidé, ačkoli kvůli jejich sníženému intelektu nedosáhnou soběstačnosti v plné míře. Tím, že nejsou natolik soběstační, potřebují pomoc jiné osoby.

Autorka uvedené literatury se ve svém díle zaměřuje na oblasti soběstačnosti u seniorů. Tyto oblasti jsem ponechala záměrně, jelikož si myslím, že jdou přirovnat i k oblastem soběstačnosti u osob se zdravotním postižením. "V rámci soběstačnosti je důležité se zaměřit především na:

- sebeobsluhu - dovednosti spojené s osobní hygienou, oblékáním a stravováním
- každodenní činnosti - dovednosti spojené s každodenním životem,
- lokomoci - dovednosti spojené s pohybem a přemísťováním
- komunikaci - dovednosti nutné k dorozumění, ke schopnosti sdělit své potřeby okolí a rozumět požadavkům prostředí" (Kozáková, 2006, s. 18).

## **2 Práce jako forma seberealizace člověka**

"Seberealizací rozumíme rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností jedince, tedy uplatnění přirozených i utvářených dispozic jedince k určité činnosti, k určité práci či sociální aktivitě. Seberealizace se však týká i zájmů a činností, které člověk pociťuje jako důležité, a jako taková patří k základním lidským potřebám. Seberealizace a s ní související uplatnění na trhu práce může být u lidí se zdravotním postižením daleko obtížnější. Předpokladem její úspěšnosti je správná lokalizace, podchycení i programové rozvinutí těch vloh a schopností člověka s postižením, které nejsou omezeny nebo deformovány orgánovou nebo funkční poruchou, nemocí či úrazem" (Novosad, 2009, s. 45).

"Uplatnění osob s mentálním postižením na pracovním trhu ovlivňuje jejich životní situaci z několika hledisek. Nejde jen o ekonomickou situaci, sociální statut, ale také o vlastní seberealizaci. Práce je řazena k základním potřebám jedince a tato potřeba musí být satureována, jinak může vést k frustraci. Práce je charakteristickým atributem dospělosti a samostatnosti každého člověka, bez ohledu na to, jestli se jedná o člověka zdravého nebo zdravotně postiženého" (Pipeková 2004, 2006, Šiška 2000, 2005; cit dle Pipeková, 2006, s. 293).

"Poskytnout osobám s mentálním postižením možnost zaměstnání neznamena jenom umožnit jim výdělek, ale přiznat jim jejich sociální postavení v rámci rodiny a společnosti. 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 svých příbuzných" (Pipeková, 2006, s. 293).

### **2.1 Pracovní aktivity pro lidi se zdravotním postižením**

"Profesní aktivita může uspokojovat celou řadu potřeb. Nejde jen o pocit vlastní užitečnosti, ale také o aktivizaci mnoha schopností a dovedností, o uchování potřebných návyků. V rámci výkonu profese se rovněž udržují mnohé sociální kompetence: schopnost navazování kontaktu, komunikace, respektování určitých norem a zvyklostí apod. Bez významu není ani uchování potřebné úrovně sebevědomí a sebeúcty. Pokud postižený zůstává izolován doma, ztrácí jednu osobně důležitou roli a postupně může

dojít k úpadku jeho kompetencí, event. celé osobnosti. I v této situaci je pravděpodobnější, že její řešení bude extrémní" (Vágnerová, 2004, s. 184).

Pracovní aktivita a s ní spojený pravidelný denní režim hodným způsobem stimulují a udržují mnohé kompetence mentálně postižených. Dává jejich životu náplň a smysl. Je však třeba, aby tato činnost odpovídala jejich možnostem, úrovni jejich myšlení, koncentrace pozornosti, nevyžadovala rychlé reakce a častou změnu pracovních operací. Mentálně postižení se nejlépe uplatní v klidném prostředí, kde se nestřídá velké množství neznámých lidí. Práce by neměla být náročná na senzomotorickou koordinaci a přesnost. Pro tyto účely dobře slouží chráněné dílny, kde je možné přizpůsobit pracovní náplň i tempo této činnosti kompetencím mentálně postižených. I pro tyto lidi bývá pracoviště místem potřebného sociálního kontaktu, představuje pro ně určité zázemi. Zvládnutí profesní role nezávisí jen na inteligenci, ale i na dalších schopnostech, osobních vlastnostech, motivaci a na obecné sociální adaptabilitě. Přijatelné sociální chování je mnohdy důležitější než úroveň kognitivních a motorických kompetencí "(Vágnerová, 2004, s. 312).

### **2.1.1 Chráněné dílny a jiné specifické pracovní příležitosti**

"Podle definice MPSV ČR jsou **chráněné dílny** specifická pracoviště pro občany, kteří mají ztíženou možnost, případně se vůbec nemohou uplatnit na volném trhu práce. Poskytují jim pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Tito lidé mohou v chráněné dílně získat stabilní zaměstnání odpovídající jejich schopnostem a zdravotnímu stavu, a vytvářet tak hodnoty stejně jako většina lidí běžné populace" (Pipeková, 2006, s. 294).

"Je zde poskytována zvýšená ochrana a režim práce je přizpůsoben celkovému zdravotnímu stavu pracujícího jedince. Práce dodává sebedůvěru, pocit potřebnosti a užitečnosti, vede tedy k celkovému osobnímu uspokojení a splnění jedné ze základních potřeb člověka stojícího na vrcholu Maslowovy pyramidy hodnot – seberealizace" (Pipeková, 2006, s. 294).

"V chráněných dílnách se se zaměstnanci postupuje podle individuálních plánů. Pro každého se z nabízených možností uplatnění hledá nejvhodnější místo podle jeho schopností a dovedností. Režim chráněných dílen je upraven podle zdravotního stavu zaměstnanců s výrazným zohledněním individuálního přístupu. Chráněné dílny slouží

především k tréninku pracovních dovedností, pracovního režimu a práce v kolektivu. Smyslem pracovní rehabilitace v chráněných dílnách je průprava pro práci v nechráněných podmínkách" (Pipeková, 2006, s. 294-295).

Chráněnou pracovní dílnu vymezuje zákon o zaměstnanosti 435/2009 Sb. v §76 takto "Chráněná pracovní dílna je pracoviště zaměstnavatele, vymezené na základě dohody s Úřadem práce a přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněné pracovní dílny poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek" (Zákon o zaměstnanosti § 76, 2015, on-line, úpl. cit.).

"Dle Novosada chráněnými dílnami a chráněnými pracovišti se rozumí pracoviště provozovaná právníky nebo fyzickými osobami, kde pracuje přes 50 procent občanů se zdravotním postižením, kteří by se na otevřeném trhu práce uplatnili jen velmi těžko nebo vůbec (specifickým chráněným pracovištěm je také pracoviště dislokované v domácnosti občana). Práce probíhá v menších kolektivech, většinou na zkrácený úvazek a měla by zohledňovat zdravotní omezení zaměstnanců. Na rozdíl od pracovní terapie či ergoterapie náleží občanům v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích mzda a vztahují se na ně všechna práva a povinnosti zakotvené v zákoníku práce a zákoně o zaměstnanosti" (Novosad, 2009, s. 50 - 51).

"V rehabilitačních chráněných dílnách pracují pod vedením pracovních terapeutů lidé v menších homogenních skupinách. Za svou práci zpravidla dostávají motivační finanční odměnu. Klienti dílen sestavují s klíčovým pracovníkem a členy týmu rehabilitační plán, prostřednictvím docházky do dílen se snaží obnovit či získat pracovní návyky – pravidelnost docházky, odpovědnost, schopnost vydržet zátěž, udržet soustředění a další kognitivní funkce, vyhovět nárokům interakce ve skupině lidí" (Probstová, 2005, s. 149-150).

"Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. v §75 vymezuje **chráněné pracovní místo** takto je to pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření chráněného pracovního místa poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek" (Zákon o zaměstnanosti § 75, 2015, on-line, úpl. cit.).

### 2.1.2 Podporované zaměstnávání

"Smyslem podporovaného zaměstnávání je vyrovnání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí se ztíženým přístupem na otevřený trh práce v důsledku zdravotního postižení. Cílem je získání a zachování si vhodného zaměstnávání a zvýšení míry samostatnosti uživatelů podporovaného zaměstnávání (Krejčířová, 2005; cit. Dle. Pipeková, 2006, s. 295). Služba podporovaného zaměstnávání zahrnuje pracovní asistenci, zastupování a pomoc při jednání s úřady, poradenství a individuální konzultace, doprovázení apod. Podpora je poskytována také zaměstnavateli v souvislosti s administrativou související s přijetím uživatele do pracovního poměru, s úpravou pracovního místa a pracovní náplně, s vytvořením podmínek pro přijetí zaměstnance do pracovního kolektivu, motivací apod." (Pipeková, 2006, s. 295).

### 2.1.3 Pracovní rehabilitace a rekvalifikace

Osoby se zdravotním postižením mají podle zákona o zaměstnanosti právo na pracovní rehabilitaci. Jí se podle toho zákona rozumí souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky úřadů práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání či jiné výdělečné činnosti (Michalík, 2011, s. 75).

### 2.1.4 Sociálně terapeutické dílny

"Sociálně terapeutické dílny patří do systému služeb sociální prevence. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v § 67 vymezuje sociálně terapeutické dílny takto: sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se **sníženou soběstačností** z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,

b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,

c) **nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti** a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,

d) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností"  
(Zákon o sociálních službách § 67, 2015, online, úpl. cit.).

## **3 Ověření soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA**

### **3.1 Stanovení cíle a hypotéz**

#### **3.1.1 Cíl šetření**

Cílem kvantitativního šetření je analyzovat soběstačnost uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny centra ARPIDA. Budu vycházet z analýzy dokumentů, pozorování a rozhovorů s uživateli.

#### **3.1.2 Hypotéza**

**H1** Předpokládám, že soběstačnost uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA je porušena v oblastech, které stanovuje příloha č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

#### **3.1.3 Zdůvodnění hypotézy**

Oblasti, které byly zjišťovány v rámci soběstačnosti, byly stanoveny dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb. (mobilita, jak je osoba schopna se orientovat, komunikace, zda si osoba umí zajistit řádnou stravu a najíst se, oblékání, tělesná hygiena, fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost). Tyto oblasti určují zvládnání základních životních potřeb uživatele, což je základem soběstačnosti, jak uvádí následující literatura.

Fišer a Škoda tvrdí, že uživatelé s kombinovaným postižením převážně s DMO mají nedostatečnou představivost, což jim omezuje možnost být v některých oblastech soběstační (srov. Fišer, Škoda, 2008) viz kapitola kombinované dětská mozková obrna.

Dle Vágnerové tělesné postižení uživatelů je příčinou omezení samostatnosti a posiluje jejich závislost na jiných lidech, tudíž jsou uživatelé v některých oblastech méně soběstační (srov. Vágnerová, 2004) viz kapitola tělesné postižení.

Švarcová uvádí, že uživatelé s lehkou mentální retardací mají uvažování dítěte ve středním věku, nejsou schopni myslet abstraktně a však jsou schopni dokončit základní



školní docházku, vyučit se v učebním oboru a většina z nich dosáhne nezávislosti v osobní péči např. oblékání, jídlo, hygienické návyky (srov. Švarcová, 2006) viz kapitola klasifikace mentálního postižení.

Dle Švarcové osoby se středně těžkou mentální retardací srov. jsou omezeni ve schopnosti starat se o vlastní osobu z tohoto důvodu mají nižší soběstačnost. V dospělosti jsou tito lidé schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou úkoly pečlivě vysvětleny a pokud je zajištěn odborný dohled (srov. Švarcová, 2006) viz kapitola klasifikace mentálního postižení.

Cílovou skupinu sociálně terapeutické dílny ARPIDA tvoří osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením.

## **4 Metody a techniky sběru dat k ověření soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA**

### **Metoda**

Pro naplnění výzkumného cíle viz kapitola 3. 1. 1 je využita metoda terénního výzkumu.

### **Techniky sběru dat**

K výzkumnému šetření mé bakalářské práce a jeho zpracování jsem použila následující techniky:

- Zúčastněné pozorování klientů při pracovních aktivitách
- Nestandardizovaný rozhovor s uživateli
- Analýza dokumentů

### **Pozorování**

Ve svém výzkumu jsme použila techniku sběru dat zúčastněné pozorování. Tuto techniku jsem použila, abych zjistila soběstačnost uživatelů sociálně terapeutické dílny ARPIDA při pracovních aktivitách v zařízení.

### **Analýza dokumentů**

Analýza dokumentů patří k standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. Dokumenty – všechno napsané nebo prostě zaznamenané – mohou být podrobeny analýze z různých hledisek (Hendl, 2005, s. 132). Otevírá přístup k informacím, které by se jiným způsobem těžko získaly (Hendl, 2005, s. 132). Ke sběru dat, která by mi klienti nebyli sami schopni sdělit, jsem využila techniku analýza dokumentů. Právě a jedině touto technikou zjistím kategorie, které jsem si stanovila (vzdělání uživatelů, mimořádné výhody, typ postižení, příspěvek na péči, invalidní důchod).

### **Charakteristika vzorku respondentů**

Respondenty pro účely této práce jsem vybírala záměrně, přičemž jsem aplikovala předem daná kritéria k jejich výběru. Zaměřila jsem se na osoby se zdravotním postižením, které pravidelně navštěvují Sociálně terapeutickou dílnu centra ARPIDA.

Výzkumný vzorek tvoří 11 uživatelů sociálně terapeutické dílny, z čehož je 9 mužů a 2 ženy. Převážná většina uživatelů má kombinované postižení.

Na základě analýzy dokumentů, pozorování a rozhovorů jsem si vytvořila kategorii, ve kterých budu zkoumat soběstačnost

**Soběstačnost**, do této kategorie jsem zařadila: mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost. Tyto oblasti jsem stanovila záměrně dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

## 5 Popis terénu

Výzkum pro bakalářskou práci probíhal během měsíců října 2014 do února 2015 v zařízení ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, z. ú.

"Centrum ARPIDA poskytuje komplexní koordinovanou péči v duchu uceleného systému rehabilitace (prostředky léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) osobám s tělesným (motorickým) a kombinovaným postižením" (ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, 2015, online, úpl. cit).

"Cílem poskytované péče je dosažení pokud možno optimálního vývoje každého jednotlivého klienta (uživatele) ve smyslu jeho maximální možné soběstačnosti a integrace v jeho přirozeném sociálním prostředí, tedy především v rodině" (ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením, 2015, online, úpl. cit).

### **Poskytované služby centrem ARPIDA:**

- Sociální služby
- Zdravotnictví
- Školy

### **Sociální služby centra ARPIDA jsou zajišťovány:**

- "denním stacionářem pro osoby tělesným a hlubokým mentálním postižením při centru ARPIDA, z. ú.
- denním stacionářem pro osoby s tělesným a mentálním postižením, při centru ARPIDA, z. ú.
- osobní asistencí pro klienty škol a školských zařízení při centru ARPIDA, z. ú.
- ranou péčí pro děti s tělesným a kombinovaným postižením od narození do 7 let věku a jejich rodiny
- sociálně terapeutickými dílnami při centru ARPIDA, z. ú.
- sociální rehabilitací při centru ARPIDA, z. ú." (Sociální služby centra ARPIDA, 2015, online, úpl. cit.).

## **Sociálně terapeutické dílny při centru ARPIDA**

"Posláním sociální služby je umožnit dospělým lidem se zdravotním postižením začlenit se do vhodných pracovních činností v akceptujícím a vstřícném prostředí a dosáhnout pocitu užitečnosti a plnohodnotného života. Sociálně terapeutické dílny motivují a podporují své uživatele v úsilí o pracovní a sociální integraci do běžného prostředí, vytváří pro takové začlenění vhodné příležitosti a získání potřebných dovedností" (Služby centra ARPIDA, 2015, online, úpl. cit.).

### **Cílová skupina sociálně terapeutické dílny ARPIDA**

- "osoby s tělesným, mentálním (lehkým až středně těžkým) nebo kombinovaným postižením ve věku od 18 let do 64 let,
- sociální služba je vhodná především pro absolventy Praktické školy dvouleté, popřípadě ZŠ praktické při centru ARPIDA.
- sociální služba není poskytována osobám s psychiatrickým onemocněním, osobám s agresivním chováním (které ohrožují sebe nebo své okolí) nebo osobám, které jsou plně závislé na osobní asistenci či na stálém lékařském dohledu" (Služby centra ARPIDA, 2015, online, úpl. cit.).

### **Popis sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA**

"Služba je koncipována jako dlouhodobá a pravidelná podpora vytváření, obnovy, udržování a zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie, a to s ohledem na schopnosti, přání a dlouhodobé cíle uživatelů služby specifikované v „Individuálním plánu spolupráce“. Součástí služby je také nácvik a zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnost, udržování osobní hygieny, pozornost je věnována rozvíjení schopností uživatelův oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální. Přírozenou součástí poskytování sociální služby je také tzv. „návazná podpora“ klienta, která ho s ohledem na jeho individuální potřeby, možnosti a přání motivuje a podporuje ve využívání sociálních služeb, aktivit a dalších příležitostí zvyšujících míru sociální a pracovní integrace mimo působnost nebo v rámci komplexu poskytovaných služeb a aktivit centra Arpida". (Služby centra ARPIDA, 2015, online, úpl. cit.).

### **Cíle služby sociálně terapeutické dílny:**

- "podporovat uživatele při získávání a zdokonalování pracovních dovedností a při vytváření a rozvíjení představy o jeho vhodném pracovním uplatnění (otevřený trh práce, chráněná dílna, volný čas) a posilovat tak jeho zájem o získání a udržení si pracovního místa,
- udržovat a posilovat sociální schopnosti a dovednosti uživatele s cílem dosažení jeho větší samostatnosti, nezávislosti, soběstačnosti a sociálního začlenění do života komunity (obec, město, vrstevníci, neformální skupiny, spolky apod.),
- poskytnout uživateli informace a podporu v oblastech dalšího možného rozvoje jeho osobnosti a ve využití dalších možných veřejných zdrojů a služeb" (Služby centra ARPIDA, 2015, online, úpl. cit.).

## 6 Prezentace výsledků šetření

### 6.1 Výsledky výzkumného šetření

**Tabulka č. 1 Předškolní a základní vzdělání respondentů**

Školská zařízení	Počet respondentů	Celkem
MŠ	11	11
ZŠ	11	11

Zdroj: vlastní výzkum

Mateřskou školu a základní školu navštěvovali všichni respondenti.

**Tabulka č. 1/1 MŠ**

MŠ	Počet
Běžná MŠ	9
MŠ při centru ARPIDA	2
Celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů absolvovala běžnou mateřskou školu.

**Tabulka č. 1/2 ZŠ**

ZŠ	Počet
ZŠ při centru ARPIDA	8
ZŠ a praktická škola, Štítného 3, ČB	3
Celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti navštěvovali specializovanou základní školu.

Vlastní poznámky: *Většina respondentů navštěvovala běžnou mateřskou školu - v mateřské škole si děti převážně hrají, ale všichni respondenti navštěvovali specializovanou základní školu, jelikož se tam vzdělávají podle upraveného učebního plánu.*

**Tabulka č. 2 Nižší odborné vzdělání respondentů**

Nižší odborné vzdělání	Počet
Praktická škola dvouletá při centru ARPIDA	8
Vyučen	2
Nemá	1
Celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů absolvovala nějaké odborné zaměření pro praktický život.

Vlastní poznámky: *Za nižší odborné vzdělání považují dvouletý učební obor a praktickou školu dvouletou při centru ARPIDA.*



### Tabulka č. 3 Přiznání mimořádných výhod

Mimořádné výhody	Počet
Jsou přiznány	9
Nejsou přiznány	2
Celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Většině respondentů jsou přiznány mimořádné výhody.

### Tabulka č. 3/1 Přiznané mimořádné výhody - typy průkazů

Mimořádné výhody	Počet
ZTP	-
ZPT/P	9
Celkem	9

Zdroj: vlastní výzkum

Většině respondentům jsou přiznány mimořádné výhody typu ZTP/P.

### Tabulka č. 4 Stupně invalidního důchodu

Stupně invalidního důchodu	Počet
1. stupeň	2
2. stupeň	-
3. stupeň	8
4. stupeň	-
Nepobírají	1
Celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce respondentů pobírá 3. stupeň invalidního důchodu.

**Tabulka č. 5 Stupně příspěvku na péči**

Stupeň příspěvku na péči	Počet
1. stupeň	1
2. stupeň	4
3. stupeň	3
4. stupeň	1
Nepřiznán	2
Celkem	11

Zdroj: vlastní výzkum

Největšímu počtu respondentů byl přiznán 2. stupeň příspěvku na péči.

### **Soběstačnost**

**Tabulka č. 6 Mobilita**

Mobilita	Ano	Ne	Celkem
Samostatná doprava do zařízení	8	3	11

Zdroj: vlastní výzkum

Většina respondentů je schopna se dopravit do zařízení samostatně bez pomoci.

**Tabulka č. 7 Orientace**

<b>Orientace</b>	Ano	Ne	Celkem
Rozeznávat zrakem a sluchem	11	-	11
Orientovat se časem	4	7	11
Orientovat se místem	11	-	11
Orientovat se osobou	11	-	11
Přiměřeně reagovat na situace	5	6	11
Orientovat se v obvyklém prostředí a situacích	11	-	11

Zdroj: vlastní výzkum

Orientace zrakem, místem, osobou a v obvyklém prostředí nečiní respondentům žádný problém. Oproti tomu orientace časem činí respondentům větší problémy, a to z toho důvodu, že nejsou schopni abstraktního myšlení.

**Tabulka č. 8 Komunikace**

<b>Komunikace</b>	Ano	Ne	Celkem
Dorozumět a porozumět mluvené řeči	11	-	11
Dorozumět a porozumět psané zprávě	-	11	11
Doužívat běžné komunikační prostředky (telefon, PC)	-	11	11

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni klienti jsou schopni se dorozumět mluvenou řečí.

**Tabulka č. 9 Stravování**

<b>Stravování</b>	Ano	Ne	Celkem
Vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny	11	-	11
Nalít nápoj	11	-	11
Naporcovat si stravu	11	-	11
Naservírovat si stravu	4	7	11
Najíst se a napít se	11	-	11
Uvařit stravu	-	11	11

Zdroj: vlastní výzkum

Většině respondentům nedělá problém činit jednodušší úkony (např. nalít nápoj, naporcovat stravu, najíst se a napít se), zatímco složitější úkony jako uvařit si stravu jim činí velké obtíže.

Vlastní postřehy: *Někteří respondenti neumí číst, aby si mohli přečíst recept. Někteří neznají čísla, nedokázali by něco zvážit nebo odhadnout množství - chybí abstraktní myšlení viz Vágnerová (kap. Klasifikace mentálního postižení).*

**Tabulka č. 10 Oblékání a obouvání**

<b>Oblékání a obouvání</b>	Ano	Ne	Celkem
Vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem	8	3	11
Oblékání a svlékání	11	-	11
Obouvání a vyzouvání	11	-	11

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti se umějí obléct a vysvléct, about a vyzout. Menší problémy mají s výběrem vhodného oblečení a obuvi.

**Tabulka č. 11 Tělesná hygiena**

Tělesná hygiena	Ano	Ne	Celkem
Použít hygienické zařízení	11	-	11
Mýt se a osušit si jednotlivé části těla	11	-	11
Česat se	11	-	11
Provádět ústní hygienu	11	-	11
Holit se	2	7	9

Zdroj: vlastní výzkum

S tělesnou hygienou respondenti nemají žádné obtíže. Jediný náročnější úkon je pro ně holení, a to především z toho důvodu, že nemají tak rozvinutou jemnou motoriku. U tohoto posledního úkonu bylo respondentů celkem 9, protože dvě z respondentů jsou ženy.

**Tabulka č. 12 Fyziologické potřeby**

Fyziologické potřeby	Ano	Ne	Celkem
Včas používat WC	11	-	11
Provést očistu	11	-	11

Zdroj: vlastní výzkum

Všichni respondenti dodržují základy hygieny a nepotřebují pomoc.

**Tabulka č. 13 Péče o zdraví**

Péče o zdraví	Ano	Ne	Celkem
Dodržovat stanovený léčebný režim	-	11	11
Provádět stanovená léčebná a ošetřovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky	-	11	11

Zdroj: vlastní výzkum

Tato oblast úzce souvisí s orientací v čase, jelikož si respondenti neuvědomují průběh dne, tudíž potřebují pomoc s dávkováním a užíváním léků.

**Tabulka č. 14 Osobní aktivity**

<b>Osobní aktivity</b>	Ano	Ne	Celkem
Vstupování do vztahů s jinými osobami	11	-	11
Stanovit si a dodržet denní program	-	11	11
Zaměstnání	-	11	11
Volnočasové aktivity	-	11	11
Vyřizovat své záležitosti	-	11	11

Zdroj: vlastní výzkum

Klienti mají omezené intelektové schopnosti a to je omezuje v adaptačních dovednostech, jako jsou právě výše zmíněné volnočasové aktivity (viz kapitola mentální postižení).

**Tabulka č. 15 Péče o domácnost**

<b>Péče o domácnost</b>	Ano	Ne	Celkem
Nakládání s penězi	5	6	11
Obstarávání si běžného nákupu	5	6	11
Ovládání běžných domácích spotřebičů	4	7	11
Vykonávání běžných domácích prací (např. úklid)	6	5	11

Zdroj: vlastní výzkum

Většina uživatelů je schopna dojít na menší nákup s malým obnosem peněz.

Vlastní postřehy: *Jak respondenti sami uvedli, vždy jim musí být udělen pokyn, aby danou činnost vykonali, např. vynes koš, zastel si postel, uklid' si pokoj a podobně.*

## **6.2 Shrnutí popisu soběstačnosti u uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA na základě výsledků výzkumu**

Uživatelé sociálně terapeutické dílny ARPIDA jsou soběstační v úkonech, které pro ně nejsou příliš náročné jako např. hygiena, dodržování fyziologických potřeb, oblékání, vybrat si hotové potraviny a nápoje. Úkony, které vyžadují přesnost a představitost, jsou pro uživatele velmi náročné a jsou v nich nesoběstační např. péče o zdraví -dodržet stanovený léčebný režim, uvařit si stravu, stanovit si denní program, vybrat si volnočasové aktivity popřípadě vyřizovat si své záležitosti.

## **6.3 Verifikace hypotézy**

**H1** Předpokládám, že soběstačnost uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA je porušena v oblastech, které stanovuje příloha č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

Následující text rekapituluje výsledky uvedené v tabulkách č. 6 - 15.

V kategorii, soběstačnosti uživatelů sociálně terapeutické dílny ARPIDA, jsem si vymezila oblasti dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 505/2006 jako jsou: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. V rámci oblasti mobility jsem zjišťovala, zda se uživatelé dokážou samostatně dopravit do zařízení. Výsledkem bylo, že převážná většina se dokáže samostatně dopravit do zařízení. V oblasti orientace měla více než polovina klientů problém v orientaci časem. Další oblast zahrnovala komunikaci, ve které bylo zjištěno, že všichni klienti porozumí mluvené řeči, oproti tomu nedokáží porozumět psané zprávě. V oblasti stravování z výzkumu vyplynulo, že uživatelé jsou schopni si vybrat hotový nápoj a potraviny, jsou schopni se najíst, ale co jim činí velké obtíže, je uvařit si stravu. Oblast oblékání a obouvání nečiní klientům žádné obtíže. Oblasti tělesné hygieny a fyziologické potřeby též nečinily klientům žádné obtíže, jelikož tyto činnosti jsou zautomatizované a zafixované každodenním opakováním. Největší problém uživatelům činila oblast péče o zdraví. Klienti nedokáží dodržet stanovený léčebný režim, jelikož jim dělá problém orientovat se v čase a

nevědí, v jakém časovém horizontu mají léky užívat. Další oblastí výzkumu byly osobní aktivity. V této oblasti se mi podařilo zjistit, že všichni klienti si nedokáží stanovit denní program, nemají zaměstnání, nedokáží si stanovit volnočasové aktivity a vyřizovat si své záležitosti. Poslední oblast zahrnovala péči o domácnost. V této oblasti bylo zjištěno, že klientům činí obtíže nakládání s penězi (jelikož neznají hodnotu peněz), obstarávat běžný nákup - uživatelé si koupí v obchodě pouze to, na co mají chuť, ale nepřemýšlejí nad tím, co chybí doma a bylo by potřeba dokoupit.

**Na základě výsledků uvedených v tabulkách č. 6 - 15 byla potvrzena.**



## 7 Diskuze

Fischer, Škoda uvádí, že mezi příznaky DMO patří mimo jiné také nedostatečná představivost (srov. Fišer, Škoda, 2008). Zároveň i toto se v rámci mého výzkumu potvrdilo. Uživatelé nebyli schopni si stanovit denní program, naplánovat si různé činnosti, jak půjdou po sobě. Měli možnost si naplánovat den, jaké aktivity by chtěli vykonávat, ale nebyli toho schopni, jelikož nemají dostatečnou představivost.

Vágnerová uvádí, že osoby s lehkou mentální retardací nejsou schopny myslet abstraktně (srov. Vágnerová, 2004). Toto se mi při mém pozorování uživatelů sociálně terapeutické dílny potvrdilo. Většina uživatelů měla problém v orientaci v čase, kde je za potřebí abstraktní myšlení. Uživatelé měli problém s porozuměním psané zprávy, jelikož jejich představivost je oproti lidem bez postižení nižší. V rámci mého pozorování jsem zjistila, že uživatelé nejsou schopni uvařit stravu, jelikož i v této oblasti je zapotřebí abstraktního myšlení.

Jak uvádí Švarcová, lidé s lehkou mentální retardací jsou schopni zvládnout péči o vlastní osobu (srov. Švarcová, 2006). Stejně tak uvádí Vágnerová, že osoby se středně těžkou mentální retardací jsou schopny zvládat sebeobsluhu (srov. Vágnerová, 2004). Součástí mého pozorování a neformálního rozhovoru byly i tyto oblasti. Bylo potvrzeno, že již zmíněná osobní péče nečiní uživatelům problémy. Uživatelé jsou schopni se oblékat, dodržovat základy hygieny a dodržovat fyziologické potřeby, jako je včas použít WC.

Dle Švarcové lidé s lehkou mentální retardací, kteří dokončí školu, vyučí se v učebním oboru, jsou schopni se dobře uplatnit v zaměstnání (srov. Švarcová, 2006). Na trhu práce existuje mnoho nabídek v oblasti podporovaného zaměstnání. Avšak v rámci pozorování uživatelů sociálně terapeutické dílny, jsem zjistila, že nejsou schopni vykonávat práci bez neustálého dohledu, jelikož jsou velmi nesamostatní. Činnost, kterou uživatelé vykonávali, jim byla před začátkem jejich aktivity řádně vysvětlena a v průběhu práce se jim opakoval zvolený postup k dosažení určitého výsledku. Pokud se uživatelům neopakoval postup v průběhu práce, uživatelé přestali pracovat a šli si odpočinout. Dle mého názoru nemají osvojené normy, které by je vedly k tomu, aby práci dokončili. Nemyslím si, že by za toto mohl jejich snížený intelekt, ale právě nevěštipené normy a nevedení k práci, či k dokončení nějaké činnosti již v rodině. Práce, které vykonávali, byly uzpůsobené jejich možnostem. Stejně tak Vágnerová uvádí, že je

potřeba, aby vykonávaná práce odpovídala možnostem a schopnostem mentálně postižených (srov. Vágnerová, 2004).

## Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo odborné teoretické zpracování problematiky soběstačnosti u osob se zdravotním postižením a u vybrané cílové skupiny (uživatelé sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA) ověřit soběstačnost výzkumným šetřením.

Text je rozdělen do 7 kapitol. V práci zazněla teoretická odborná fakta zaměřená na zdravotní postižení. Na teoretickou část jsem se dívala optikou soběstačnosti uživatelů

Výzkum byl realizován kvantitativně pomocí analýzy dokumentů, pozorování a rozhovoru s uživateli. V rámci šetření jsem se zaměřila především na oblast soběstačnosti u uživatelů sociálně terapeutické dílny ARPIDA, které jsem si záměrně stanovila dle přílohy č. 1. vyhlášky č. 505/2006 Sb. Vyhodnocení oblastí soběstačnosti uživatelů je provedeno v kapitole číslo šest.

Soběstačnost je pro nás „běžné“ občany zcela samozřejmá věc, ale lidem se zdravotním postižením může činit obtíže. Jak z výzkumu vyplývá, uživatelům mohou činit obtíže zejména činnosti, u kterých potřebují abstraktní myšlení a to jsou: orientace časem, porozumění psané zprávě, uvařit stravu, péče o zdraví a to zejména dodržet stanovený léčebný režim. Uživatelé nejsou schopni si stanovit a dodržet denní program. Většina uživatelů se o sebe dokáže postarat v oblasti sebeobsluhy, jelikož tyto úkony mají zautomatizované (mytí, oblékání, hygienické návyky). Cíl práce tak byl zcela naplněn.

V rámci výzkumného šetření jsem se setkávala s osobami se zdravotním postižením. Práce s těmito lidmi mne velmi naplňovala a přinášela mi radost z práce.

## Seznam použitých zdrojů

### Knižní zdroje

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika - Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E. *Sociální práce s lidmi s mentálním postižením*. In (ed.) O. Matoušek, P. Kodymová, J. Kolářková. *Sociální práce v praxi*. [Sborník]. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 111-131.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

KOZÁKOVÁ, Z. *Stárnutí ve stáří*. In Z. Kozáková, O. Müller. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. [Sborník]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

MICHALÍK, J., a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

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

PIPEKOVÁ, J., a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PROBSTOVÁ, V. *Sociální práce s duševně nemocnými*. In (ed.) O. Matoušek, P. Kodymová, J. Kolářková. (ed.). *Sociální práce v praxi*. [Sborník]. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 133-161.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-1733-3.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004.  
ISBN 80-7178-802-3.

## **Elektronické zdroje**

*ARPIDA, centrum pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením.* [O nás] [on-line]. [cit. 8. 2. 2015]. Dostupné na: <<http://www.arpida.cz/o-nas>>.

*Služby centra ARPIDA.* [on-line]. [cit. 8. 2. 2015]. Dostupné na: <<http://www.arpida.cz/socialni-sluzby>>.

*Zákon o sociálních službách.* [on-line]. [3. 3. 2015]. Dostupné na: <<http://www.atre.cz/zakony>>.

*Zákon o zaměstnanosti.* [on-line]. [3. 3. 2015]. Dostupné na: <<http://www.atre.cz/zakony/page0440.htm>>.

*Příloha č. 1, vyhláška č. 505/2006 Sb.* [on-line]. [3. 3. 2015]. Dostupné na: <program ASPI>.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 Oblasti soběstačnosti

Příloha č. 2 Analýza dokumentů

Příloha č. 3 Prováděcí vyhláška k příspěvku na péči č. 505/2006 Sb. příloha č. 1

## Příloha č. 1 Oblasti soběstačnosti

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	<b>Mobilita</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
2	samostatná doprava do zařízení	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO
3	<b>Orientace</b>											
4	rozeznávat zrakem a sluchem	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
5	orientovat se časem	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
6	orientovat se místem	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
7	orientovat se osobou	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
8	přiměřeně reagovat na situace	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE
9	orientovat se v obvyklém prostředí a situacích	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
10	<b>Komunikace</b>											
11	dorozumět a porozumět mluvené řeči	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
12	dorozumět a porozumět psané zprávě	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
13	používat běžné komunikační prostředky	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
14	<b>Stravování</b>											
15	vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
16	nalít nápoj	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
17	naporcovat si stravu	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
18	naservírovat si stravu	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE
19	najíst se a napít se	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
20												
21		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
22	uvařit stravu	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
23	<b>Oblékání a obouvání</b>	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO
24	vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO
25	oblékání a svlékání	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
26	obouvání a vyzouvání	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO



	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
25	oblékání a svlékání	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
26	obouvání a vyzouvání	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
27	<b>Tělesná hygiena</b>											
28	použít hygienické zařízení	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
29	mýt se a osušit si jednotlivé části těla	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
30	česat se	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
31	provádět ústní hygienu	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
32	holit se	NE	ANO	ANO	NE	ŽENA	ŽENA	NE	NE	NE	NE	NE
33	<b>Fyziologické potřeby</b>											
34	včas používat WC	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
35	provést očistu	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
36	<b>Péče o zdraví</b>											
37	dodržovat stanovený léčebný režim	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
38	provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
39	<b>Osobní aktivity</b>											
40	vstupovat do vztahů s jinými osobami	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
41	stanovit si a dodržet denní program	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
43		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
44	zaměstnání	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
45	volnočasové aktivity	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
46	vyřizovat své záležitosti	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE
47	<b>Péče o domácnost</b>											
48	nakládání s penězi	NE	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE
49	obstarávání si běžného nákupu	NE	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE
50	ovládání běžných domácích spotřebičů	NE	ANO	NE	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
51	vykonávat běžné domácí práce (úklid)	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE

## Příloha č. 2 Analýza dokumentů

### Uživatel č. 1

Jméno uživatele	Uživatel č. 1
Věk	21 let
Způsobilost k právním úkonům	ne

### Zdravotní stav

Druh postižení	Středně těžká mentální retardace
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	3. st.

### ARPIDA

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od září 2010
Docházka	Pondělí - pátek

### Vzdělání uživatele

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	---

### **Uživatel č. 2**

Jméno uživatele	Uživatel č. 2
Věk	33 let
Způsobilost k právním úkonům	Ano

### **Zdravotní stav**

Druh postižení	DMO, Lehká mentální retardace
Mimořádné výhody	ne
Invalidní důchod	ne
Příspěvek na péči	ne

### **ARPIDA**

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od května 2011
Docházka	Pondělí - pátek

### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ a Praktická škola, Štítného 3, České Budějovice</li><li>- 3 roky Praktická škola Soběslav – vyučen zahradníkem</li></ul>
-------------------------------	--

### Uživatel č. 3

Jméno uživatele	Uživatel č. 3
Věk	34 let
Způsobilost k právním úkonům	ano

### Zdravotní stav

Druh postižení	DMO, lehká mentální retardace
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	2. st.

### ARPIDA

Využívá službu od	Od roku 1997 Chráněné pracoviště při centru ARPIDA – údržbové práce. Od roku 2008 Sociálně terapeutické dílny
Docházka	Pondělí - pátek

### Vzdělání uživatele

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ a Praktická škola, Štítného 3, České Budějovice</li></ul>
-------------------------------	---

#### **Uživatel č. 4**

Jméno uživatele	Uživatel č. 4
Věk	35 let
Způsobilost k právním úkonům	ano

#### **Zdravotní stav**

Druh postižení	LMD, mentální retardace ve středním pásmu
Mimořádné výhody	ne
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	1. st.

#### **ARPIDA**

Využívá službu od	Od roku 1998 Chráněné pracoviště při centru ARPIDA – údržbové práce. Od roku 2008 Sociálně terapeutické dílny
Docházka	Pondělí - pátek

#### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ a Praktická škola, Štítného 3, České Budějovice</li><li>- 3 roky Praktická škola Soběslav – vyučen zahradníkem</li></ul>
-------------------------------	--

### **Uživatelka č. 5**

Jméno uživatele	Uživatelka č. 5
Věk	25 let
Způsobilost k právním úkonům	ne

### **Zdravotní stav**

Druh postižení	DMO
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	1. st.
Příspěvek na péči	2. st.

### **ARPIDA**

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od září 2010
Docházka	Pondělí - pátek

### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	---

### **Uživatelka č. 6**

Jméno uživatele	Uživatel č. 1
Věk	24 let
Způsobilost k právním úkonům	ne

### **Zdravotní stav**

Druh postižení	DMO
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	4. st.

### **ARPIDA**

Využívá službu od	Cvičné pracoviště v denním stacionáři při centru ARPIDA, Chráněné pracoviště při centru ARPIDA – údržbové práce. Od roku 2008 Sociálně terapeutické dílny
Docházka	Pondělí - pátek

### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- MŠ ARPIDA</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	--

### **Uživatel č. 7**

Jméno uživatele	Uživatel č. 7
Věk	21 let
Způsobilost k právním úkonům	ne

### **Zdravotní stav**

Druh postižení	DMO
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	3. st.

### **ARPIDA**

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od září 2010
Docházka	Pondělí - pátek

### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- MŠ ARPIDA</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	--



### **Uživatel č. 8**

Jméno uživatele	Uživatel č. 8
Věk	26 let
Způsobilost k právním úkonům	Ano

### **Zdravotní stav**

Druh postižení	DMO
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	2. st.

### **ARPIDA**

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od roku 2011
Docházka	Pondělí - pátek

### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	---

### **Uživatel č. 9**

Jméno uživatele	Uživatel č. 9
Věk	22 let
Způsobilost k právním úkonům	Ano

### **Zdravotní stav**

Druh postižení	DMO
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	2. st.

### **ARPIDA**

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od roku 2011
Docházka	Pondělí - pátek

### **Vzdělání uživatele**

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	---

### Uživatel č. 10

Jméno uživatele	Uživatel č. 10
Věk	24 let
Způsobilost k právním úkonům	ne

### Zdravotní stav

Druh postižení	DMO
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	3. st.
Příspěvek na péči	3. st.

### ARPIDA

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od roku 2010
Docházka	Pondělí - pátek

### Vzdělání uživatele

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	---

### Uživatel č. 11

Jméno uživatele	Uživatel č. 11
Věk	36 let
Způsobilost k právním úkonům	ne

### Zdravotní stav

Druh postižení	Středně těžká mentální retardace
Mimořádné výhody	ZTP/P
Invalidní důchod	1. st.
Příspěvek na péči	ne

### ARPIDA

Využívá službu od	Sociálně terapeutické dílny v centru Arpida od roku 2011
Docházka	Pondělí - pátek

### Vzdělání uživatele

Kolektivní a školská zařízení	<ul style="list-style-type: none"><li>- běžná MŠ</li><li>- ZŠ ARPIDA</li><li>- Dvouletá škola praktická při centru ARPIDA</li></ul>
-------------------------------	---

### **Příloha č. 3 Prováděcí vyhláška k příspěvku na péči č. 505/2006 Sb. příloha č. 1**

#### **a) Mobilita:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat vstávání a usedání, stoj, zaujímat polohy, pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu, chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů, používat dopravní prostředky včetně bariérových.

#### **b) Orientace:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem, mít přiměřené duševní kompetence, orientovat se časem, místem a osobou, orientovat se v obvyklém prostředí a situacích a přiměřeně v nich reagovat.

#### **c) Komunikace:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dorozumět se a porozumět, a to mluvenou srozumitelnou řečí a psanou zprávou, porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům nebo zvukovým signálům, používat běžné komunikační prostředky.

#### **d) Stravování:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny, nápoj nalít, stravu naporcovat, naservírovat, najíst se a napít, dodržovat stanovený dietní režim.

#### **e) Oblékání a obouvání:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem, oblékat se a obouvat se, svlékat se a zouvat se, manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

#### **f) Tělesná hygiena:**

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna použít hygienické zařízení, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla, provádět celkovou hygienu, česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna včas používat WC, vyprázdnit se, provést očistu, používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna dodržovat stanovený léčebný režim, provádět stanovená léčebná a ošetrovatelská opatření a používat k tomu potřebné léky, pomůcky.

i) Osobní aktivity:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna vstupovat do vztahů s jinými osobami, stanovit si a dodržet denní program, vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí jako např. vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost:

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti, manipulovat s předměty denní potřeby, obstarat si běžný nákup, ovládat běžné domácí spotřebiče, uvařit si teplé jídlo a nápoj, vykonávat běžné domácí práce, obsluhovat topení a udržovat pořádek (Příloha č. 1, vyhláška č. 505/2006 Sb, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

## **Abstrakt**

VARINSKÁ, P. *Problematika soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA*. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Lucie Maliňáková.

**Klíčová slova:** Zdravotní postižení, sociálně terapeutické dílny ARPIDA, soběstačnost

Bakalářská práce se zabývá problematikou soběstačnosti uživatelů sociální služby sociálně terapeutické dílny ARPIDA. Práce zahrnuje problematiku zdravotního postižení, které je rozděleno do několika typů: tělesné, mentální a kombinované postižení.

Dále je práce zaměřena na pracovní činnosti pro osoby se zdravotním postižením, jako jsou chráněné dílny, chráněné pracovní místo, podporované zaměstnávání a sociálně terapeutické dílny.

Další část práce zahrnuje propojení teoretických poznatků a ověření tohoto v praxi. Vymezila jsem si oblasti soběstačnosti uživatelů dle přílohy č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb. jako jsou mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnosti. Tato část je realizována kvantitativním výzkumem prostřednictvím pozorování, rozhovorů s uživateli a analýzy dokumentů.

## **ABSTRACT**

### **The issue of self-sufficiency users of social service, social therapeutic workshops ARPIDA**

**Keywords:** disability, social therapeutic workshops, self sufficiency

This bachelor thesis deals with the issue of self-sufficiency users of social service, social therapeutic workshops ARPIDA. The work includes issues of disability, which is divided into several types: physical, mental and combined disability.

Further work focused on work for people with disabilities, such as protected workshops, protected job, supported employment and social therapeutic workshops.

Another part involves combination of theoretical knowledge and practical verification of this. I defined the area of self - sufficiency users according to annex no. 1 of notice no 505/2006 Sb. such as mobility, orientation, communication, food, clothing and footwear, personal hygiene, physiological needs, health care, personal activities and home care. This part is implemented quantitative research through observation, interviews with users and document analysis.