

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**DISERTAČNÍ PRÁCE**

2012

JANA ŠULOVÁ

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**  
**ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**VYUŽITÍ KLASIFIKACE MKF K MOŽNÉ INKLUZI OBČANŮ S MENTÁLNÍ  
RETARDAČÍ DO SPOLEČNOSTI**

Disertační práce v oboru:

Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů

Autor: Mgr. Jana Šulová (roz. Kupková)

Školitel: MUDr. Bc. Libuše Čeledová, Ph.D.

2012

## **Využití klasifikace MKF k možné inkluzi občanů s mentální retardací do společnosti**

Téma disertační práce je věnováno aplikaci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) u občanů s mentální retardací, respektive zkoumání způsobů užití jejích údajů k možné inkluzi občanů s mentálním postižením do společnosti. Práce se zabývá systémem klasifikace MKF, jejím aplikováním v rámci výzkumu, i následným možným využitím v praxi při posouzení situace osob s disabilitou. Dále rozebírá témata integrace a inkluze, otázku interakcí mezi lidmi s postižením a majoritní (většinovou, intaktní aj.) populací.

Teoretická část si klade za cíl definovat pojmy týkající se daného tématu, tj. přiřadit představu k pojmům mentální retardace, rehabilitace, disability, funkční schopnost, zdraví a podobně. Dalším zvoleným cílem teoretické části je popsat současný stav zdravotně postižených, především osob s mentální retardací, kterým byla přidělena diagnóza dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10. revize) F70 – F79, popsat možnosti jejich začlenění do společnosti, popsat faktory prostředí z pohledu klasifikace MKF (jejich rodinu, okolní prostředí, dále omezení a příležitosti). V neposlední části se práce zabývá rolí sociálního pracovníka jako klíčového člena interdisciplinárního týmu v posuzování situace osob s mentálním postižením, jako koordinátora, který se zaměřuje na podporu interakcí, sestavuje plán inkluze pro člověka s postižením a provází ho nabídkou sociálních služeb. Práce obsahuje teoretická východiska sociální práce s lidmi s mentálním postižením a integruje je do empirické části práce.

Empirická část se zabývá kazuistikami osob s diagnózou mentální retardace. Zaměřuje se na posouzení situace těchto osob dle kvalifikátorů klasifikace MKF multidisciplinárním týmem odborníků, sestaveným pro tyto účely. K určení kvalifikátorů MKF byly použity pomocné testy (např. ADL, FIM a další). Kvalitativní část se dále věnuje popisu procesu posuzování v daném pilotním projektu a jeho následnými výstupy. Popisuje roli sociálního pracovníka v týmu MKF pro účely posouzení osob s mentálním postižením a následně v kvantitativní části zkoumá pomocí dotazníku názory poskytovatelů sociálních služeb na způsob posuzování disability u předmětné skupiny osob v České republice.

K rozšíření možnosti vhodné podpory inkluze osob s MR je prováděna rehabilitační intervence; rehabilitace v rámci všech jejích složek (pracovní, sociální, léčebná, pedagogická, volnočasová, rodinná apod.) tak, aby byla dosažena maximální možná míra samostatnosti a soběstačnosti klienta. Sociální pracovník v práci s osobami s MR se zaměřuje především na interakce a snaží se odstraňovat také bariéry v lidech samých (v majoritní společnosti), ovlivňuje bariérové faktory prostředí klienta. Jeho role může být rolí case managera.

Výsledky práce přinášejí doporučení, jak lze postupovat při posuzování situace klienta s mentálním postižením v praxi a jak využít klasifikaci MKF jako možnost podpory psychosociální inkluze těchto osob.

## **Application of the ICF classification for a possible inclusion of mentally retarded persons into society**

The objective of this dissertation thesis is the application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mentally retarded persons, or the examination of ways of application of its data for a possible inclusion of mentally retarded persons into society. The thesis deals with the system of the ICF classification, its application within the framework of research as well as the subsequent possible application in practice when reviewing the situation of disabled persons. Furthermore, the thesis holds forth on the issues of integration and inclusion, the issue of interactions between handicapped persons and the majority (intact etc.) population.

The theoretical part hereof aims to define terms related to the topic given – i.e. to match a notion with terms such as mental retardation, rehabilitation, disability, functioning, health and so on and so forth. Another objective of the theoretical part that we have set is to describe the present situation of disabled people, particularly mentally retarded persons whose diagnosis according to the International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD – 10<sup>th</sup> revision) is F70 – F79, to describe possibilities of their inclusion into society, to describe environment factors in the perspective of ICF (their family, their surroundings, and then limitations and opportunities). Last but not least the thesis deals with the role of a social worker as a key member of the interdisciplinary team when reviewing the situation of mentally handicapped persons, as a coordinator who focuses on the support of interactions, puts together a plan of inclusion for a handicapped person and guides him through the offer of social services. The thesis contains theoretical solutions to social work with mentally handicapped people and integrates them into the empirical part of the thesis.

The empirical part deals with casuistry of persons diagnosed as mentally retarded. It focuses on the examination of situation of these persons according to qualifiers of the ICF classification by a multidisciplinary team of experts which has gathered for these reasons. In order to determine the ICF qualifiers, auxiliary test have been made (for instance ADL, FIM and others). The qualitative part then deals with the description of the process of evaluation in the pilot project given and its subsequent outputs. It describes the role of a social worker in the ICF team for the purpose of examination of mentally handicapped persons, and afterwards in the quantitative part it

researches, by way of a questionnaire, what social service providers think of the way of examination of disability with handicapped persons in the Czech Republic.

In order to extend the ways of suitable support of inclusion of mentally retarded persons, a rehabilitation intervention is carried out; i.e. rehabilitation in all its forms (work, social, medical, teaching, off-time, family etc.) so that the client could become as much independent and self-sufficing as possible. A social worker when working with mentally retarded persons focuses on interactions and also tries to remove barriers in people themselves (in majority population), influences the barrier factors in the situation of a client. His/her role may be that of a case manager.

The results of the thesis bring a recommendation how it is possible to proceed when reviewing the situation of a mentally retarded client in practice and how to use the ICF classification as a tool of support of psychosocial inclusion of these persons.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem disertační práci na téma **Využití klasifikace MKF k možné inkluzi občanů s mentální retardací do společnosti** vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které uvádím v příložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích .....

Mgr. Jana Šulová

## **Poděkování**

Děkuji školitelce, paní MUDr. Bc. Libuši Čeledové, Ph.D., za cenné rady a připomínky při psaní této práce. Děkuji také všem ostatním spolupracovníkům, členům posuzujícího týmu, přátelům a známým, kteří se na výzkumném šetření problematiky inkluze občanů s mentální retardací a posuzování jejich zdravotně sociální situace dle klasifikace MKF v průběhu uplynulých let jakkoliv podíleli.



## Obsah

### ÚVOD

1.	TEORETICKÁ ČÁST .....	15
1.1	Současný stav osob se zdravotním postižením.....	15
1.1.1	Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.....	16
1.2	Základní terminologie.....	18
1.2.1	Pojem rehabilitace .....	18
1.2.1.1	Formy ucelené rehabilitace.....	20
1.2.2	Pojmy porucha, postižení, handicap .....	24
1.3	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví.....	27
1.3.1	Model disability a funkční schopnosti.....	27
1.3.1.1	Definice disability dle WHO .....	28
1.3.1.2	Model funkční schopnosti jako model interakcí .....	29
1.3.1.3	Občanský model disability .....	30
1.3.2	Využití a cíle MKF .....	31
1.3.3	Komponenty a domény MKF .....	33
1.3.4	Aplikace MKF v České republice .....	35
1.3.5	Pravidla kódování dle MKF .....	36
1.3.6	Praktický příklad práce s MKF.....	41
1.4	Problematika mentální retardace .....	45
1.4.1	Definice mentální retardace.....	46
1.4.2	Klasifikace mentální retardace dle MKN – 10 .....	47
1.4.3	Kvalita života rodin s postiženým členem.....	50
1.4.4	Přístupy společnosti k občanům s postižením .....	51
1.5	Problematika integrace, inkluze a exkluze občanů s disabilitou .....	56
1.5.1	Integrace jako dynamický proces přizpůsobení .....	56

1.5.2	Inkluze jako rovnoprávný vztah .....	58
1.5.3	Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluzie) .....	59
1.5.4	Možnosti inkluzivního začleňování mentálně postižených osob do společnosti .....	62
1.6	Problematika posouzení situace osob s disabilitou .....	63
1.6.1	Posouzení situace klienta v sociální práci .....	63
1.6.1.1	Interakce sociálního prostředí a klienta .....	64
1.6.1.2	Prvky a systémy životní situace .....	65
1.6.2	Teoretické modely posuzování situace klienta v sociální práci .....	67
1.6.2.1	Objektivistický model posouzení .....	67
1.6.2.2	Konstruktivistický model posouzení .....	67
1.6.2.3	Reflexivní syntéza v posuzování .....	68
1.6.3	Posouzení stupně závislosti dle principů MKF .....	69
1.6.3.1	Sociální reforma 2011 .....	72
1.7	Sociální práce s osobami s mentálním postižením .....	75
1.7.1	Sociální služby pro osoby s disabilitou .....	75
1.7.2	Multidisciplinární tým v sociální práci s občany s disabilitou .....	76
1.7.3	Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu pro posuzování dle MKF .....	77
1.7.4	Specifika sociální práce s lidmi s mentálním postižením.....	79
1.7.4.1	Cíle sociální práce s lidmi s mentálním postižením .....	81
1.7.5	Multisystémový přístup v sociální práci s osobami s disabilitou (Advanced Multi Systemic Approach).....	82
1.7.6	Teoretické modely sociální práce s lidmi s mentálním postižením.....	83
1.7.6.1	Ekologický model.....	84
1.7.6.2	PIE model (Person in environment) .....	84
1.7.6.3	Koncept sociálního fungování.....	86
1.7.6.4	Systémový přístup .....	87

1.7.7	Případová práce .....	88
1.7.8	Case management .....	90
2.	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY .....	91
2.1	Cíle disertační práce .....	91
2.2	Dílčí výzkumné otázky disertační práce.....	92
2.3	Hypotézy.....	92
3.	METODIKA VÝZKUMU .....	94
3.1	Metodika 1. části výzkumu (pilotní projekt) .....	94
3.2	Charakteristika výzkumného souboru 1. části výzkumu .....	95
3.3	Metodika 2. části výzkumu.....	95
3.4	Charakteristika výzkumného souboru 2. části výzkumu .....	96
3.5	Hodnocení kvality života pečujících osob.....	96
3.6	Použité statistické metody pro zpracování výsledků.....	97
4.	VÝSLEDKY .....	102
4.1	Výsledky 1. části výzkumu.....	102
4.1.1	Pilotní výzkumný projekt - popis procesu .....	102
4.1.2	Popis preference hlasů při přiřazování kódů .....	105
4.1.3	Výsledky dotazníků kvality života rodičů v CSS Empatie.....	106
4.1.4	Případové studie .....	107
4.1.5	Komentář jednotlivých členů týmu k výsledkům šetření .....	193
4.1.6	Tabulkový záznam kódování případových studií.....	196
4.2	Výsledky 2. části výzkumu.....	204
4.2.1	Výsledky dotazníků pro poskytovatele sociálních služeb .....	204
4.2.2	Výsledky statistického zpracování výzkumu .....	222
5.	DISKUZE .....	225
5.1	Diskuze ke kvalitativní části výzkumu .....	225

5.1.1	Diskuze k výsledkům případového šetření.....	228
5.1.2	Zjišťování kvality života rodičů osob s MR.....	232
5.2	Diskuze k vyhodnocení dotazníků.....	233
5.3	Vyhodnocení hypotéz.....	235
5.4	Zhodnocení cílů práce.....	236
5.4.1	Vyhodnocení odpovědí na dílčí výzkumné otázky.....	239
6.	ZÁVĚR.....	242
6.1	Doporučení pro praxi.....	243
7.	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	246
8.	KLÍČOVÁ SLOVA.....	254
9.	SEZNAM ZKRATEK.....	255
10.	PŘÍLOHY.....	256
11.	SLOVNÍK.....	257

## ÚVOD

Téma disertační práce je věnováno aplikaci Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) u občanů s mentální retardací, respektive zkoumání způsobů užití jejích údajů k možné inkluzi občanů s mentálním postižením do společnosti. Práce se zabývá systémem klasifikace MKF, jejím aplikováním v rámci výzkumu, i následným možným využitím v praxi při posouzení situace osob s disabilitou. Dále rozebírá témata integrace a inkluze, otázku interakcí mezi lidmi s postižením a majoritní (většinovou, intaktní aj.) populací.

Cílem práce je zjistit, v čem způsob aplikace MKF ve vybraném pilotním projektu při posouzení situace osob s MR napomáhal a v čem bránil poskytnutí adekvátní podpory jejich inkluze. Symbolickým cílem práce je upozornit sociální pracovníky a orgány státní správy na potřebu komplexního (nikoliv pouze medicínského) hodnocení osob s mentální retardací dle klasifikace MKF a na potřebu zaměřit se na interakce. Aplikační cíl práce se snaží využít komplexní posouzení dle MKF pro formulaci intervence, která by měla rozšířit možnosti adekvátní podpory psychosociální inkluze.

Teoretická část si klade za cíl definovat pojmy týkající se daného tématu, tj. přiřadit představu k pojmům mentální retardace, rehabilitace, disabilita, funkční schopnost, zdraví a podobně. Dalším zvoleným cílem teoretické části je popsat současný stav zdravotně postižených, především osob s mentální retardací, kterým byla přidělena diagnóza dle Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN – 10. revize) F70 – F79, popsat možnosti jejich začlenění do společnosti, popsat faktory prostředí z pohledu klasifikace MKF (jejich rodinu, okolní prostředí, dále omezení a příležitosti). V neposlední části se práce zabývá rolí sociálního pracovníka jako klíčového člena interdisciplinárního týmu v posuzování situace osob s mentálním postižením, jako koordinátora, který se zaměřuje na podporu interakcí, sestavuje plán inkluze pro člověka s postižením a provází ho nabídkou sociálních služeb.

Práce obsahuje teoretická východiska sociální práce s lidmi s mentálním postižením a integruje je do empirické části práce.

Empirická část se zabývá kazuistikami osob s diagnózou mentální retardace. Zaměřuje se na posouzení situace těchto osob dle kvalifikátorů klasifikace MKF multidisciplinárním týmem odborníků, sestaveným pro tyto účely. Kvalitativní část se věnuje popisu procesu posuzování v daném pilotním projektu a jeho následnými výstupy. Popisuje roli sociálního pracovníka v týmu MKF pro účely posouzení osob

s mentálním postižením a následně pomocí dotazníku zkoumá názorovou hladinu způsobu posuzování disability poskytovatelů sociálních služeb v ČR, kteří pracují s touto cílovou skupinou.

Téma posouzení situace klienta dle uvedeného projektu a téma role sociálního pracovníka, sestavujícího plán inkluze pro občany s mentální retardací za využití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, považuji za důležité a aktuální nejen pro jeho novost ve výzkumu. Poznatky z této práce mohou ovlivnit způsob posuzování situace osob s mentálním postižením i způsob, jakým jsou lidé s mentálním postižením do společnosti včleňováni a společností přijímáni.

## 1. TEORETICKÁ ČÁST

### 1.1 *Současný stav osob se zdravotním postižením*

Existují různé představy spojené s pojmem zdravotní postižení, zdravotně postižený. Zdravotní postižení je možno charakterizovat dle Národního plánu vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, vytvořeným pro rok 2010 – 2014, jako: „dlouhodobý nebo trvalý nepříznivý zdravotní stav, který již nelze léčbou výrazně zlepšit či zcela odstranit“ (Národní plán, 2010: 5). Na rozdíl od řady dalších skutečností, které může jejich jedinec ovlivnit, se jedná o situaci, která je většinou nezávislá na vůli jedince. Světová zdravotnická organizace definuje postižení jako „...částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“ (WHO in Novosad, 2009: 12)

L. Novosad uvádí definici zdravotně postižené osoby dle Českého statistického úřadu následovně: „Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové anebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než rok. Odlišnost od typického stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby.“ (Novosad, 2009: 17) Předchozí definice se shodují, že jde o dlouhodobý stav jedince, které mu způsobuje omezení, popř. úplné znemožnění nějaké aktivity běžné ve společnosti. Nově zaváděná klasifikace MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) používá pro člověka, který má omezenou schopnost vykonávat nějaké aktivity pojem *člověk s disabilitou* (Pfeiffer, Švestková, 2008; WHO, 2001) (viz. dále), proto toto označení ve své práci dále používám.

Dle výsledků výzkumu Českého statistického úřadu z roku 2007 žije v České republice přes milion zdravotně postižených lidí. Z toho je 107 tisíc lidí s mentálním postižením, resp. mentální retardací. Toto číslo lze brát pouze informativně, protože dosud neexistují kompatibilní statistiky nejen v České republice, ale ani v rámci Evropské unie (Novosad, 2009). Statistické srovnání občanů zdravotně postižených je problémem i na mezinárodní úrovni, jelikož se zde promítají určité národní odlišnosti v posuzování zdravotního stavu (Novosad, 2009). Právě umožnit porovnání dat mezi zeměmi je jeden z cílů praktického používání klasifikace MKF (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Vznik a existence zdravotního postižení představuje sociální událost, která ovlivňuje zásadním způsobem člověka, kterého se to týká (Tomeš, 2001). I v dnešní společnosti je tzv. systém sociální opory nesmírně důležitý. Různí autoři zdůrazňují význam širšího sociálního prostředí nemocného – opora u blízkých ovlivňuje psychický stav nemocného, který následně ovlivňuje stav celkový (Bártlová, 2005; Křivohlavý, 2002; Kuzníková, 2011 aj.). Bezprostřední dopady má zdravotní postižení také na rodiny těchto osob. Především u těžších forem zdravotního postižení dochází ke změnám v možnostech plnohodnotné účasti a zapojení v soukromých aktivitách, ale i ve veřejném životě (Tomeš 2010). Nepříznivé důsledky vyplývající z existence zdravotního postižení je možné do určité míry eliminovat propracovaným systémem opatření, na nichž musí participovat (podílet se) celá společnost (Národní plán, 2010).

### **1.1.1 Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**

Česká republika se v posledních dvou desetiletích zařadila mezi státy, které si uvědomují odpovědnost za odstraňování bariér, které brání občanům se zdravotním znevýhodněním plnohodnotně se zapojit do života společnosti, s cílem zlepšit podmínky i kvalitu jejich života. Za tímto účelem jsou vypracovávány Národní plány (dále jen NP) s konkrétními opatřeními pro změnu v oblasti politiky ve vztahu ke zdravotně postiženým (tedy i mentálně postiženým) občanům, které vycházejí z mezinárodních dokumentů, např. „Standardní pravidla vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“, schválený Valným shromážděním Organizace spojených národů v roce 1993.

#### *Co se v minulosti podařilo*

Mezi nejvýznamnější pozitivní změny v posledním období je možno považovat dle Vládního výboru pro zdravotně postižené občany (2010: 6) zejména:

- Přijetí zákona o sociálních službách, na základě kterého byla zahájena reforma sociálních služeb. Tímto došlo k zásadnímu a jednoznačnému rozšíření kompetencí práv uživatelů sociálních služeb, byla konstruována nová sociální dávka – příspěvek na péči. Tato problematika se dotýká i osob s mentální retardací, popř. jejich zákonných zástupců.



- Novým školským zákonem byly zpřesněny podmínky, které umožnily vzdělávání v obou základních proudech vzdělávání – hlavním i speciálním, při respektování základních práv zákonných zástupců jedince se zdravotním postižením.
- Zpřístupňování jednotlivých druhů veřejné dopravy, díky čemuž roste počet bezbariérově přístupných stanic a zastávek, i bezbariérových dopravních prostředků.
- Zlepšení přístupu k informačním systémům pro osoby se zdravotním postižením díky novele zákona o informačních systémech veřejné správy, která umožnila, aby k informacím měli přístup i tyto osoby.
- V oblasti kulturního dědictví přibývá muzeí a galerií, které jsou přístupné i těžce zdravotně postiženým občanům. Stejně tak se zlepšila i dostupnost knihovnických a informačních služeb pro tyto osoby (NP, 2010).

#### *Národní plán na období 2010 – 2014: otázky k řešení*

Usnesením vlády České republiky ze dne 29. března 2010 č. 253 byl schválen Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014. Mezi témata, která jsou nadále otevřena a stále ještě nedořešena, a kterými se bude nutné zabývat v následujícím období roku 2010-2014, Vládní výbor zařazuje zejména:

- Přetrvávající nepříznivou situaci v zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Koncem roku 2009 bylo na úradech práce registrováno okolo 68 000 uchazečů se zdravotním postižením (NP, 2010). Bude nezbytné provést celkovou revizi systému podpory zaměstnanosti této skupiny osob, včetně vyhodnocení dopadů souvisejících systémů (sociální, daňový).
- Pokračování v odstraňování bariér u veřejných budov a dopravních staveb, které byly postaveny ještě před účinností stavebního zákona, který bezbariérovost výstavby uložil.
- Důsledné uplatňování principu inkluzivního vzdělávání pro žáky a studenty se zdravotním postižením. Návazně systematicky dořešit podmínky vzdělávání v rámci terciárního stupně vzdělávání osob se zdravotním postižením.

- Zachování specifických dotačních programů pro organizace občanů se zdravotním postižením, jejichž cílem je zabezpečit veřejně účelné i vzájemně prospěšné aktivity pro tyto osoby (NP, 2010).

Významnou událostí, která ovlivnila Národní plán na nadcházející období let 2010-2014, je skutečnost, že Česká republika v září 2009 ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“), kterou v prosinci 2006 schválilo Valné shromáždění OSN. Úmluva nezakládá žádná nová práva, pouze ukládá důsledné naplňování existujících lidských práv a svobod z hlediska osob se zdravotním postižením, uznává jejich důstojnost a rovné postavení, právo na samostatnost a nezávislost, na svobodné rozhodování, podporuje zapojení osob se zdravotním postižením do všech politik, které se jich týkají. Za velmi důležité pokládá Úmluva zajištění přístupu zdravotně postižených k fyzickému, ekonomickému, sociálnímu a kulturnímu prostředí, ke vzdělávání, rehabilitaci, k informacím a komunikaci. Úmluva je založena na principu rovnoprávnosti, cílem je chránit a zajistit rovný přístup k právům a svobodám pro osoby se zdravotním postižením a zajistit respektování jejich důstojnosti (NP, 2010).

## ***1.2 Základní terminologie***

Mnoho autorů ve svých pracích popisuje proměny v odborné terminologii v průběhu minulých let, např. Monatová (1998); Slowík (2009) nebo Vančura (2007) se zabývají změnami v terminologii označující skutečnost intelektového postižení, jako problematický vidí např. Langer (1996) samotné chápání pojmu mentální retardace. Autoři Jankovský (2005); Jesenský (1995); Novosad (2009); Švestková, Pfeiffer (2008) a jiní se zabývají změnami v terminologii v chápání pojmů rehabilitace, postižení, porucha, disabilita, handicap a dalších pojmů, důležitých k pochopení současného holistického pojetí moderní rehabilitace.

### **1.2.1 Pojem rehabilitace**

Rehabilitace je charakterizována jako vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jedince. V případě vzniklých

následků zdravotního postižení je cílem rehabilitace co nejrychlejší a co nejširší zapojení osob se zdravotním postižením poškozených úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech běžných společenských aktivit s maximálním důrazem na jejich pracovní začlenění (Národní plán, 2010; Novosad, 2009; Švestková, Angerová, 2006; Pfeiffer, 2008 aj.).

Obdobná definice popisuje rehabilitaci jako časově ohraničený cílený proces, který má postiženému umožnit dosáhnout optimální mentální, fyzické a sociálně funkční úrovně k tomu, aby mohl změnit svůj život (ve smyslu dosažení vyšší úrovně nezávislosti). Pod pojem rehabilitace lze zahrnout opatření určená pro kompenzaci funkční ztráty nebo funkčního omezení a další prostředky určené k usnadnění společenské adaptace a readaptace (Vysokajová, 2000).

Je nezbytné, aby proces rehabilitace byl prováděn uceleně, tj. komplexně. Tzn. především časně, s návazností jednotlivých složek rehabilitace (léčebné, sociální, pedagogické a pracovní) na sebe. Na ucelenost rehabilitace poukazuje Jesenský (1995), který ucelenou rehabilitaci také označuje jako „komprehensivní“ nebo „holistickou“, dále také autoři Jankovský (2001 a 2005) nebo Šprynarová, (2006), Novosad (2009) apod. Ucelené provádění rehabilitace je důležité jak pro samotnou osobu se zdravotním postižením, tak je také výhodné pro stát a celou společnost. Holistický přístup k osobám s chronickými podmínkami zdůrazňuje Leonardi a Martinuzzi (2009) ve své publikaci v odborném časopise *Disability and Rehabilitation*. Autoři zde doporučují pro komplexní hodnocení osob s disabilitou používání klasifikace MKF, u dětí její dětskou verzi MKF (ICF – CY)<sup>1</sup>. Nácvikem potřebných dovedností se jedinec s postižením stává méně závislým na pomoci okolí a ve většině případů je schopen se určitým způsobem zapojit do pracovního procesu, což pro něj znamená větší míru ekonomické nezávislosti, ale také posílení jeho občanské suverenity. Je velice naléhavé rozvíjet jednotlivé oblasti rehabilitace zaměřené na osoby s postižením a vytvářet legislativní i věcné podmínky pro jejich lepší součinnost a koordinaci (NP, 2010).

V kapitole 11. Národního plánu pro období do roku 2014, je zmiňován článek 26 Úmluvy – Habilitace a Rehabilitace. Je zde kladen důraz na přijetí vhodných a účinných opatření, mimo jiné prostřednictvím vzájemné podpory osob v rovnocenné situaci.

---

<sup>1</sup> ICF – CY: International Classification of Functioning, Disability and Health, Child Youth Version.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, by se měly snažit umožnit osobám se zdravotním postižením dosáhnout a udržet si co nejvyšší úroveň samostatnosti, uplatnit v plné míře tělesné, duševní, sociální a profesní schopnosti a dosáhnout plného začlenění a zapojení do všech aspektů života společnosti. Za tímto účelem státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, posilují, organizují a rozšiřují komplexní habilitační a rehabilitační služby a programy, především v oblasti zdravotní péče, zaměstnanosti, vzdělávání a sociálních služeb. Je žádoucí, aby tyto služby a programy (NP, 2010):

- a. začínaly pokud možno co nejdříve a byly založeny na multidisciplinárním posouzení individuálních potřeb a stavu jedince;
- b. podporovaly zapojení a začlenění do společnosti a všech oblastí jejího života, byly dobrovolné a dostupné pro osoby se zdravotním postižením (disabilitou) co nejbližší místu jejich bydliště (srov. Pfeiffer, 2008; Community based rehabilitation, WHO, 1994).

#### 1.2.1.1 Formy ucelené rehabilitace

Dle Novosada (2009) aktuální změny v pojetí ucelené rehabilitace spočívají v akcentování maximálně efektivního propojení mezi jednotlivými složkami tohoto procesu. Dále v individualizaci rehabilitační podpory i v nezbytné motivaci a aktivizaci klientů. Jesenský uvádí složky rehabilitace: léčebnou, pedagogickou, pracovní a sociální; Novosad dále doplňuje výčet o rehabilitaci psychologickou, rodinnou a volnočasovou. Kuzníková se ještě zmiňuje o rehabilitaci technické (zahrnuje vývoj a výrobu kompenzačních pomůcek) a dále o rehabilitaci ekonomické a právní. Novosad mluví o následujících složkách rehabilitace, které se mají prolínat (Novosad, 2009: 92-98).

#### *Léčebná rehabilitace*

Zdravotně-léčebná rehabilitace užívá léčebných metod pro obnovení ztracených schopností (popř. rozvoj schopností nerozvinutých) nebo při systematickém a dlouhodobém úsilí o stabilizaci zdravotního stavu klienta. Zahrnuje např. reparaci, medikaci, fyzioterapii (nápravný tělocvik, elektroléčba, různé techniky masáží apod.), inhalace, klimatoterapii, ergoterapii (nácvik sebeobsluhy, léčba prací, procvičování motoriky apod.), výběr a nácvik používání kompenzačních pomůcek zlepšujících mobilitu, orientaci, komunikaci, vnímání a sebeobsluhu lidí s postižením.

Je třeba zdůraznit, že léčebná rehabilitace je zajišťována v rámci ambulantní (vč. stacionární) a lůžkové péče (nemocnice, odborné léčebné ústavy, vč. lázeňských). Měla by být zahajována již v období poskytování akutní zdravotní péče na všech odděleních klinických oborů, a to vč. zahájení možných a potřebných rehabilitačních opatření i na oddělení ARO. Je-li léčebná rehabilitace zahájena a poskytnuta včas, až jedna třetina osob po těžkém úrazu nebo těžkém onemocnění se vrací zpět do původního prostředí a zaměstnání, tedy do původní kvality života.

### *Psychologická rehabilitace*

Psychologická rehabilitace usiluje např. o zvládnutí psychické krize spojené se změnou zdravotního stavu, o změnu v sebehodnocení a životní orientaci člověka s postižením, o podporu stavu odpovídajícímu duševnímu zdraví a co možná nejvíce harmonický rozvoj osobnosti. Může zahrnovat individuální i skupinovou psychoterapii, aplikovanou psychoterapii (muzikoterapii, arteterapii apod.), trénink psychosociálních dovedností, podporu při řešení problémů v mezilidských vztazích nebo podporu při řešení problémů v sebepojetí člověka s postižením. (Novosad, 2009)

### *Sociální rehabilitace*

Cílem sociální rehabilitace je vytvoření materiálního zabezpečení a legislativní ochrany, podpora začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek a zpřístupnění občanské participace. Jak uvádí Novosad (2009), probíhá formou socioterapie nebo formou komunitní a případové sociální práce.

Votava (2003) popisuje rehabilitaci jako proces, při kterém osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace. Na rozdíl od ostatních forem rehabilitace probíhá celoživotně a jejím cílem je dosáhnout nezávislosti, samostatnosti, integrace a pracovního uplatnění člověka s postižením. Také Jesenský (2000) konstatuje, že rehabilitace je jedním z nejvýznamnějších prostředků integrace handicapovaných.

Sociální rehabilitace zjišťuje a hodnotí aktuální sociální situaci pacientů na úrovni rodiny, obce, regionu a státu a v konkrétních případech i ve spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu (Koláčková, 2005; Pfeiffer, 2008). Podle prognózy klienta zajišťuje jeho sociální potřeby během rehabilitačního procesu i po jeho ukončení. Sociální rehabilitace se v podstatě zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných

životních situacích, např. zabezpečením ekonomických podmínek a dalších podmínek pro samostatný život, poskytováním asistenčních služeb v domácnosti, pomocí s výchovou dětí, zajištěním úprav bytu nebo automobilu, výcvikem pro pohyb v přirozeném prostředí (Matoušek, 2005). Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb (z. č. 108/2006 Sb.).

Výrazné zlepšení právního stavu v oblasti poskytování sociální rehabilitace představuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (účinný od 1. ledna 2007), ve kterém je sociální rehabilitace upravena jako jeden z druhů sociálních služeb. K 19. červenci 2011 byl celkový počet registrovaných poskytovatelů sociální rehabilitace 361 a celkové dotace za rok 2010 činily 123 445 600 Kč (zdroj: MPSV, 2011).

#### *Pedagogická rehabilitace*

Tato forma rehabilitace se zaměřuje na oblast výchovy, vzdělávání a přípravy na život a povolání, rozvoj soběstačnosti i schopností jedince. Mezi její prostředky patří např. reedukace, kompenzace, vytváření individuálních vzdělávacích plánů a jejich realizace, uskutečňování programů celoživotního vzdělávání pro dospělé apod.

#### *Rodinná rehabilitace*

Rodinná rehabilitace se zaměřuje na podporu, obnovu nebo nápravu rodinných vztahů postiženého, pomoc pečujícím rodinám, zajištění potřebných služeb apod.

#### *Pracovní rehabilitace*

Do této oblasti rehabilitace řadíme profesní přípravu jedince, kariérové poradenství, průzkum trhu pracovních příležitostí, vytváření a ochranu pracovních příležitostí atd. Tato oblast rehabilitace je zaměřena na pracovní uplatnění jedince. Zařazení osoby s MR do procesu pracovní rehabilitace vychází z posouzení jejího zdravotního stavu, pracovní způsobilosti, dosaženého vzdělání a získaných dovedností a situace na trhu práce. (Novosad, 2009)

### *Volnočasová rehabilitace*

Volnočasová rehabilitace se zaměřuje na zájmové, sportovní a kulturní vyžití, na sebevzdělávání atd.; může poskytovat příležitost k působení prožitku (čehož využívá např. zooterapie), k pozitivní sebereprezentaci, navazování kontaktů atd.

Při ucelené rehabilitaci jde zejména o provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání, profesní přípravy a podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na ztížené životní podmínky a k (znovu)získání a upevnění co nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti (Novosad, 2009; Švestková et al., 2008 a další).

Rehabilitace v ČR není v praxi pojímána jako ucelený systém na sebe navazujících a spolupracujících oblastí. Chybějící koordinace a velmi úzce profilovaný přístup jednotlivých složek rehabilitace přitom představuje velké riziko opožděné realizace nutných intervenčních zásahů, což ve svém důsledku znamená značné snížení výsledného efektu celé rehabilitace a náročnost realizace jednotlivých rehabilitačních opatření, a to jak finanční, personální, materiální i jinou. Z tohoto důvodu musí být prvořadým cílem a úkolem dalšího rozvoje rehabilitace především propojit, resp. zkoordinovat celý systém a zefektivnit veškeré úsilí vynakládané v této sféře. Pro měření účinnosti rehabilitačních postupů doporučuje Světová zdravotnická organizace využít ICF. Dále také např. autoři Ůstün a Chaterji (2003) mluví o ICF jako nástroji měření efektivity rehabilitace. Nezbytným předpokladem účinného provádění rehabilitace je dodržování následujících základních zásad při poskytování všech rehabilitačních opatření:

- Včasnost
- Komplexnost, návaznost a koordinovanost
- Dostupnost
- Individuální přístup
- Multidisciplinární posouzení

V odůvodněných případech musí individuální přístup, a to zejména u osob s těžším zdravotním postižením, vycházet z výsledků multidisciplinárního posouzení, které je významným podkladem pro stanovení, resp. doporučení odpovídajících rehabilitačních opatření.

### 1.2.2 Pojmy porucha, postižení, handicap

V oblasti práce s lidmi s postižením se vyskytuje mnoho frekventovaných označení a pojmů, často se hovoří o poruše, symptomech, syndromech, postižení, handicapu apod. (Novosad, 2009). Novosad (2009) se ve své poradenské práci dostal k následujícímu schématu (viz. **Obr. 1**). Dnes už se téměř nesetkáme s pejorativním nádechem pojmů mrzák, vadný, úchylný vývoj, kretén, idiot, blázen, chovanec či defekt, pro které je typický negativní pohled na člověka s postižením, a zdůrazňuje to, čeho jedinec *není* schopen, v čem je pro ostatní „nenormální“. Uvažujeme dnes o pojmech jako znevýhodnění, tj. handicap, postižení, funkční nebo orgánová porucha – disorder/disability – omezená schopnost, impairment – narušení, zhoršení např. určité funkce či vývoje, speciální potřeby (special needs) apod. Všechny tyto pojmy mluví o tom, že je jedinec v něčem znevýhodněn, nebo že má sníženou schopnost či zdatnost v nějaké oblasti (Novosad, 2009; ICF, 2001). Všechny zmíněné pojmy navozují pojem podpora (support) či *facilitace*, chápaný jako individuální přístup k řešení důsledků určitého postižení. Schéma na **obr. 1** se snaží zachytit posloupnost stavů či životních situací člověka s postižením. Na primární poruchu se „nabaluje“ postižení a sekundárně pak handicap. Uvedené schéma vzbuzuje dojem, že porucha je pojem nejužší a znevýhodnění pojem nejširší. Dle definice ICIDH<sup>2</sup> je porucha (impairment) narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce (WHO, 1980). Od poruchy se vše odvíjí, postihuje určité funkce (od toho pojem „postižení“), to následně jedince handicapuje (znevýhodňuje) v určitých oblastech života. Schéma také shrnuje závěr WHO, který hovoří o tom, že jedinec s nějakou poruchou či postižením není automaticky znevýhodněn, ke znevýhodnění dochází až následně, když má jedinec redukován přístup k životním příležitostem, nemůže uspokojovat své lidsky přirozené potřeby přiměřeným způsobem a k jeho seberealizaci, socializaci a pracovnímu i společenskému uplatnění společnost přistupuje jako ke stigmatu akcentujícího odlišnost a nedostačivost jedince (WHO, 1980; Novosad, 2009). Novosad dále uvádí, že handicap vzniká až jako následek nedostačujících opatření. Např. při dostatečném zajištění bezbariérových přístupů, podpoře formou osobní asistence a dalších opatření, nemusí

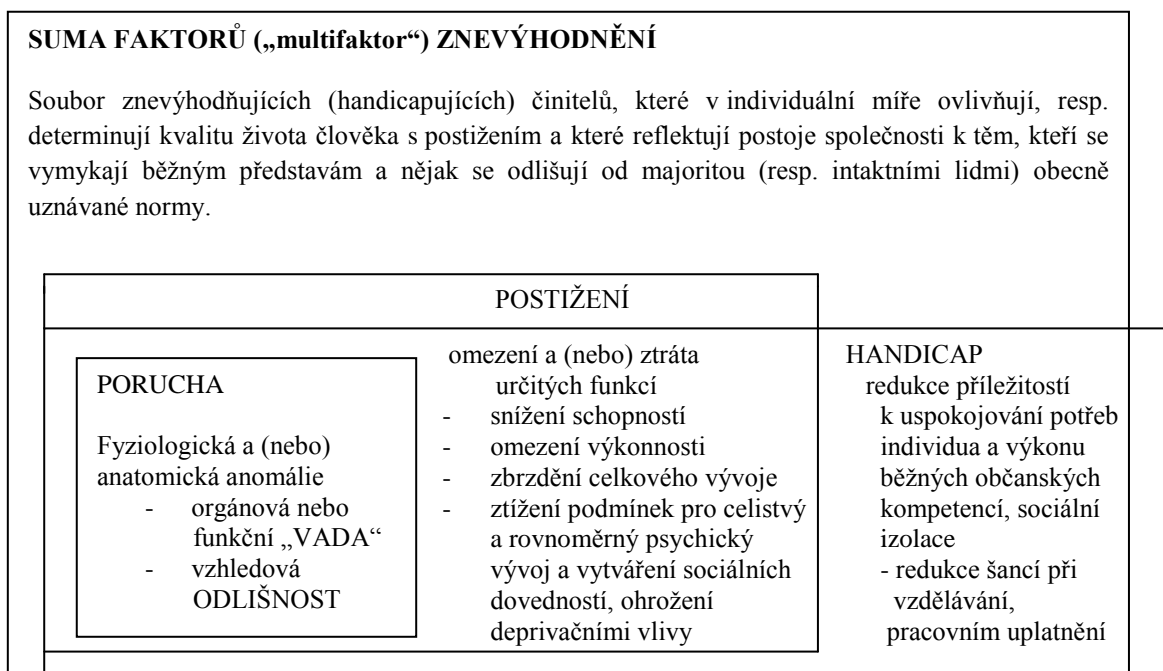
---

<sup>2</sup> International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů), r. 1980



být (nebo jen minimálně) jedinec s tělesným postižením handicapován (Novosad, 2009).

Obr. 1



Zdroj: Novosad, 2009, s. 83, upraveno

Toto koresponduje s klasifikací „postižení“ WHO, která hovoří o třech základních kategoriích funkční nedostatečnosti nebo poruchy, spočívajících v:

- a. snížení zdatnosti (fyzické, mentální, smyslové),
- b. postižení, neschopnosti (pohybu, vnímání, myšlení),
- c. znevýhodnění, handicapu (překážky ve vzdělání, občanském životě apod.).

V této souvislosti uvádí prof. Pfeiffer, zakladatel koncepce „ucelené“ rehabilitace v Čechách: „Mám-li kratší nohu, jsem-li těžce krátkozraký, téměř neslyším nebo jsem na vozíku, jsem **postižený**; ale nemám-li upravenou obuv, brýle, sluchátka či pro život na vozíku upravené prostředí a jsem tedy omezen v nějakých činnostech, jsem **handicapovaný**, tj. znevýhodněný“. Handicap jedince tedy nevzniká samotným postižením, ale rozvíjí se až sekundárně, v návaznosti na bariery všeho druhu, při chybění kompenzujících opatření, v návaznosti na postoj okolí a ladění sociální interakce (Novosad, 2009).

**Nová verze klasifikace MKF** (v anglickém originále WHO z roku 2001 nebo v českém překladu z roku 2008) se pouští ještě dále a zcela *opouští pojem handicap* a doporučuje

ho nepoužívat pro jeho nejasnost (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Pojem handicap je sice mezinárodně používaný v různých situacích, pochází ze středověké angličtiny, a tam měl odlišný význam (cup in hand – hrníček v ruce; označení pro žebrající). Místo pojmu handicap se zavádí pojem *omezená participace* (nebo také „restringovaná“ participace), tzn. snížená aktivita, která je pro člověka omezující (restringující). (Jankovský et al., 2005)

### ***1.3 Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví***

**Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví**, dále jen **MKF** (International Classification of Functioning, Disability and Health, **ICF**), je klasifikací Světové zdravotnické organizace (WHO), která byla schválena v roce 2001 na 54. shromáždění a patří do tzv. „rodiny klasifikací“ WHO (stejně jako Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - MKN – 10. revize). Tyto dvě klasifikace se mají vzájemně doplňovat. Členské státy EU přijaly tuto klasifikaci jako základní filozofii a politiku rehabilitace osob se zdravotním postižením (disabilitou) v EU a nástroj jejich inkluze (Švestková, Hoskovcová, 2010). Aplikují ji do systému zdravotnictví, sociálního zabezpečení, zdravotního i sociálního pojištění, zaměstnanosti občanů znevýhodněných na trhu práce a vzdělávání dětí a dorostu se speciálními potřebami. (Pfeiffer, Švestková, 2008).

Ukazuje se, že hodnocení disability je odlišné v jednotlivých státech světa, proto v listopadu 2007 na konferenci v italské Miláně v rámci projektu EU MHADIE (Measuring Health and Disability in Europe) se Evropská komise, Rada Evropy, Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD), zástupci Světové zdravotnické organizace, Organizace spojených národů a představitelé dalších evropských organizací pro občany s disabilitou dohodli, že se MKF bude používat jako základní nástroj k hodnocení funkčních schopností osob s disabilitou (Pfeiffer, Švestková, 2008). Pro Českou republiku v oblasti posuzování situace osob s disabilitou plyne důležitý úkol: podporovat tuto aktivitu. Evropská unie i ostatní státy světa potřebují kvalitní, věrohodná a srovnatelná data, bez kterých nelze poznat a posoudit, jak se celková situace osob s disabilitou vyvíjí (Pfeiffer, 2008). Dále zavést a udržovat jednotnou terminologii odpovídající mezinárodně používaným pojmům je důležitým úkolem v každém národním jazyce (Švestková, Pfeiffer, 2009b).

#### **1.3.1 Model disability a funkční schopnosti**

Pokud člověka začne omezovat jeho nemoc, která se projevuje funkčně na úrovni orgánu poruchou (impairment), a člověk následně začne být omezován ve svých aktivitách, stává se **disabilní**. Pokud toto člověk začne pociťovat na rovině společenské, stává se pro něj jeho disability handicapem, je handicapovaný (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Tito autoři dále vysvětlují, proč je v českém překladu klasifikace

MKF ponechán pojem „disabilita“. Jako důvod ponechání výrazu disabilita uvádějí, že v českém jazyce je řada výrazů, které by mohly vést k nepřesnosti (neschopnost, nemohoucnost, invalidita, zdravotní postižení, omezení, potíže, nedostatečnost, výjimečnost atd.). Nová verze klasifikace MKF hodnotí především **funkční schopnost** jedince, která se projeví při různých poruchách tělesných funkcí a struktur sníženou aktivitou některých činností ( Simeonsson, et al., 2003). Hodnotí také ostatní orgány a funkce neporušené a tím i aktivity, které **je schopen** jedinec vykonávat (hodnotí zdraví – health). Opouští pojem handicap z důvodu akcentovat zachovalou funkční schopnost a neupozorňovat dále na patologické situace (nezdůrazňovat, čeho člověk není schopen, ale to, čeho je schopen, jeho zachovanou funkční schopnost). V tom došlo ke zcela zásadní změně v konečném vydání klasifikace v roce 2001, oproti předchozí verzi ICIDH<sup>3</sup> (Jankovský et al., 2005).

#### 1.3.1.1 Definice disability dle WHO

V Praze na Mezinárodní konferenci „Hodnocení zdraví a disability v Evropě“ (MHADIE), která se konala 3. 6. 2006 na Klinice rehabilitačního lékařství, byl přijat nový návrh definice disability podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF). Protože každá země hodnotí zdraví a občany s disability jinak, bylo smyslem konference sjednotit klasifikaci a definici disability podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF).

*„Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariery v prostředí.“* (Švestková, Angerová, 2006b: 28)

Tato definice vyhovuje jedné ze zásadních norem, tj. Standardním pravidlům pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, OSN 1993. Velký posun je v tom, že MKF neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situaci člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví. Jde o snahu nehodnotit člověka, ale situace, ve kterých se nachází. Tzn., že každý občan má určitý zdravotní stav, který ho konfrontuje s různými skutečnostmi a díky němuž se dostává do různých znevýhodňujících situací (Švestková, Angerová, 2006b).

---

<sup>3</sup> International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů), r. 1980

Podle údajů OSN má disabilitu přibližně 10 procent světové populace, tj. asi 650 milionů osob, a jejich počet se neustále zvyšuje. „Osoby s disabilitou jsou nejpočetnější menšinou na světě“ (Pfeiffer, Švestková, 2008: 9).

### 1.3.1.2 Model funkční schopnosti jako model interakcí

V publikaci Světové zdravotnické organizace (WHO), která byla přeložena do českého jazyka profesorem Pfeifferem a docentkou Švestkovou (2008), je popisován model funkční schopnosti, jak ji chápe klasifikace MKF. Model popisují i další zahraniční autoři, např. Simeonsson nebo Martinuzzi (2003). Podle tohoto modelu je funkční schopnost jedince interakcí<sup>4</sup> nebo komplexem vztahů mezi zdravotním problémem a spolupůsobícími faktory, tj. faktory prostředí a faktory osobními. Dle MKF jde o „dynamickou interakci těchto entit: působení jedné entity obsahuje potenciál k modifikaci jedné nebo více entit“ (Pfeiffer, Švestková, 2008: 31). Tyto interakce jsou specifické a nedají se vždy předvídat. Proto jsou k popsání plného zdraví užitečné všechny komponenty. Člověk může mít například:

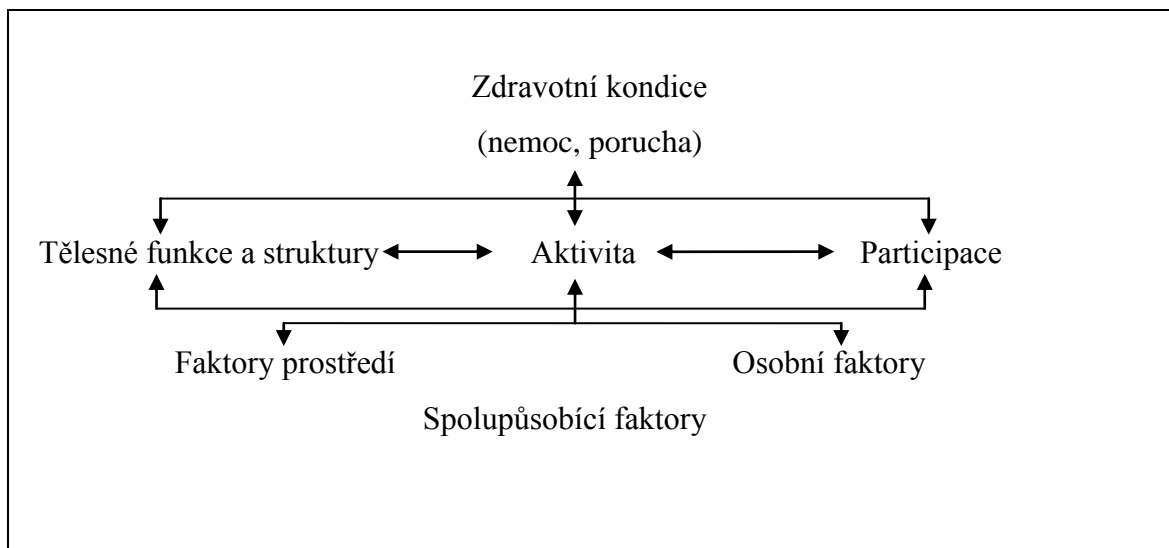
- zdravotní postižení bez snížení kapacity (např. vrozená vývojová vada, která nemusí mít vliv na kapacitu osoby, jako jsou vrozené deformity ruky apod.);
- problémy s výkonem i kapacitou bez evidentních zdravotních poruch (snížený výkon při denních činnostech, který způsobuje nějaká nemoc);
- problémy při provádění výkonu bez postižení nebo omezení kapacity (např. bývalý pacient, který překonal duševní onemocnění, může být stigmatizován v interpersonálních vztazích);
- snížení kapacity bez asistence a přitom nemá problém s prováděním výkonů v běžném prostředí (např. člověk na invalidním vozíku nemusí mít problém s přesunem z místa na místo, přestože by bez této pomůcky výkon neprovedl);
- zkušenost, že nějaký vliv může působit opačně, než bylo předpokládáno (např. člověk umístěný do ústavu může ztratit společenské dovednosti atd.) (MKF, 2008)

---

<sup>4</sup> Interakce (interaction) – sociální styk, v jehož rámci dochází k vzájemnému působení lidí tak, že chování jednoho se stává podnětem pro chování druhého; jeho reakce se naopak stává podnětem pro prvního (či dalšího). Zahrnuje jak sociální komunikaci, tak uplatňování vlivu a moci. (Matoušek, 2003: 87)

Jak ukazuje **Obr. 2**, v procesu se uplatňují spolupůsobící faktory (faktory prostředí a osobní faktory) – ty spolupůsobí na člověka se zdravotním problémem a určují stupeň a rozsah jeho výkonu. V současné verzi MKF jsou zdůrazňovány interakce mezi výkonem a disabilitou<sup>5</sup>. Faktory prostředí jsou vnější vzhledem k dané osobě (tj. postoje společnosti, sociální nebo zdravotní systém, postoje rodiny apod.), osobní faktory mohou obsahovat pohlaví, rasu, věk, zvyklosti, výchovu, životní zážitky a zkušenosti, celkový charakter a jiné charakteristiky, které mohou hrát roli v celkovém zdravotním stavu a postižení na jakémkoliv stupni. Osobní faktory posuzuje uživatel (ICF, 2001). Roli faktorů prostředí v posouzení dle ICF popisuje podrobněji Schneidert, Hurst a Miller (2003). Výsledky jejich výzkumu dokládají, že postižení je výsledek interakce zdravotního stavu člověka a faktory prostředí, ve kterém žije.

Obr. 2: Biopsychosociální model funkční schopnosti a disability



Zdroj: ICF Coresets Development (Workshop in Munich, 25 – 26/2 2008), upraveno

### 1.3.1.3 Občanský model disability

Nový model je představován jako integrativní a na rozdíl od přístupu **medicinského** (kdy je člověk s postižením stavěn do role pacienta) nebo **sociálního** (který považuje člověka s handicapem jako objekt sociální péče) akcentuje více myšlenku účasti člověka s postižením ve společenském dění. Neočekává se pouze přizpůsobení jednotlivce, ale

<sup>5</sup> tím se MKF podstatně liší od předchozí verze z r. 1980 ICIDH (Pfeiffer, Švestková, 2008: 30)

celková změna sociálního prostředí, vztahů a politiky vůči lidem s postižením (Slowík, 2007). Model disability popisuje také italský autor Maini ve svém příspěvku o implementaci MKF do rehabilitace v Itálii (Maini, Nocetini, Prevedini et al., 2007), viz. také Reed a Leonardi (2009) o implementaci u osob s mentální poruchou v italské Lombardii.

Švestková a Hoskovcová (2010) hovoří ještě o dalším posunu k modelu **občanskému**. Ten neznamená zavržení či nahrazení modelu sociálního, ale jeho rozšíření o akcent na aktivní participaci (začlenění) občanů s disabilitou, kterou by měla veřejná politika facilitovat. „Jde o zaručení co nejvyšší dosažitelné míry autonomie, tedy rozhodování o vlastním osudu, aby se tito občané mohli v co nejvyšší míře zapojit do života společnosti ve smyslu ekonomickém, sociálním i kulturním.“ (Švestková, Hoskovcová, 2010: 30).

### 1.3.2 Využití a cíle MKF

Klasifikaci MKF lze využít jako klinický nástroj k potřebám hodnocení, ke sledování průběhu léčby ve speciálních podmínkách, k pracovnímu hodnocení, k hodnocení funkčních schopností v rehabilitačním procesu, hodnocení kapacity a výkonu klienta, při hodnocení výstupů úspěšnosti rehabilitace (např. integrace na trh práce, hodnocení kvality života a faktorů prostředí, při sestavování plánu inkluze). Dále je vhodná jako statistický nástroj pro shromažďování a zaznamenávání dat, jako nástroj sociální politiky, sociálního zabezpečení apod. MKF je také možno použít v systému ošetrovatelské péče (ošetrovatelské standardy), k objektivizaci potřebných technických pomůcek (kompenzační pomůcky apod.), ale užití MKF je i v oblastech mimo zdravotnictví (Pfeiffer, Švestková, 2008) - pojišťovnictví, sociální zabezpečení, trh práce, vzdělávání a sociální politice, ve speciální pedagogice, např. k sestavení plánu inkluze pro občany s mentálním postižením apod.

#### *Využití MKF v ošetrovatelství*

Využití MKF (ICF) v ošetrovatelství popisuje Kearney (2004) v Journal of Advanced Nursing a představuje model disability dle filosofie MKF jako součást moderního ošetrovatelství. Je nezbytné zahrnout faktory prostředí pacienta do jeho celkové kondice, do jeho rehabilitace. Klasifikace MKF zdůrazňuje interakce mezi lidmi a prostředím ve zdraví a disabilitě, je užitečným rámcem ve vzdělávání, výzkumu i

ošetřovatelské praxi. Má potenciál obohatit ošetřovatelské myšlení i praxi zdravotních sester tím, že vzrůstá jejich povědomí o sociálním, politickém a kulturním rozměru disability (Kearney, 2004).

#### *Využití MKF v ergoterapii*

Prezidentka České asociace ergoterapeutů J. Jelínková na celostátní konferenci ergoterapeutů „Ergoterapie 2005“, pořádané 11. 11. 2005 v Praze, uvedla význam MKF pro oblast ergoterapie. Uvedla použití MKF pro ergoterapii následovně:

- jako výzkumná pomůcka (pro měření výstupů intervencí, kvality života osob s určitou limitací aktivity nebo dopadů prostředí na výkon aktivity)
- jako podklad klinických ergoterapeutických hodnocení (např. vyhodnocování rehabilitace a hodnocení úrovně fungování osoby)
- ke sjednocení používané terminologie v rehabilitaci
- při vzdělávání ergoterapeutů – přiblížení zaměření oboru a jeho uplatnění v rámci zdravotně sociálních služeb (Jelínková, 2005).

Jelínková (2005) dále srovnává filosofii MKF a filosofii ergoterapeutů, dodává, že není třeba se obávat ICF, protože obě filosofie jsou si blízké. Může ergoterapeutům poskytnout podklady pro argumentaci, proč a jak se může ergoterapie u osob s omezením výkonu nějaké aktivity uplatnit. Klasifikace upozorňuje na skutečnost, že k omezení aktivity nemusí docházet pouze v důsledku poruchy fyzického zdraví, čímž otevírá i další oblasti pro působnost ergoterapie (Jelínková, 2005).

#### *Využití MKF v pracovní rehabilitaci*

Klasifikaci MKF lze využít při hodnocení osob v pracovní rehabilitaci. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí vychází z této klasifikace k hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti. Teoretické východisko pro takové hodnocení vychází dle autorského kolektivu výzkumného ústavu ze dvou bází: 1. MOHO – Model of Human Occupation a 2. ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health (Vávra et al., 2005).

#### *Využití MKF v psychologii*

Využití klasifikace MKF v psychologii popisuje Švestková a Hoskovcová v E-psychologii (2010). První krok bude dle autorek daného příspěvku v jejím zavedení do



praxe především na rehabilitačních a posudkových lékařích, další kroky se budou týkat i psychologů – především klinických, kteří budou muset umět klasifikaci rozumět. Výzkumná skupina WHO ve spolupráci s vědeckou skupinou v Portugalsku, Rakousku, USA, Německu a Nizozemí se zabývá projektem, který řeší otázky kódování osob s depresí a bipolární poruchou. Skupina vytvořila ICF core set pro osoby s těmito diagnózami (Cieza, A. et al., 2004). Core set pro mentální retardaci zatím není u výzkumné skupiny pro ICF (ICF Research Branch) k dispozici (Cieza, A., 2010).

### **Cíle MKF**

Dle Světové zdravotnické organizace má klasifikace MKF sloužit různým disciplínám a různým sektorům. Cíle se dají shrnout následovně (WHO, 2001; Leonardi, 2007):

- Sloužit k vědeckým účelům, k pochopení a studiu zdraví a ke zdraví se vztahujících stavů a východisek.
- Zavést společný jazyk mezi obory (zlepšení komunikace mezi odvětvími, např. pracovníci ve zdravotnictví a sociální péči, političtí pracovníci) a mezi uživateli (včetně osob s disabilitami).
- Umožnit srovnání dat mezi zeměmi, disciplínami zdravotní péče, službami a časem.
- Poskytnout systematické kódovací schéma pro systémy zdravotnických informací, pro statistické zpracování. (WHO, 2001)

### **1.3.3 Komponenty a domény MKF**

V souvislosti se zdravím se v rámci MKF hodnotí u člověka s disabilitou tyto tzv. **komponenty** (ICF, 2001):

- ✓ **Tělesné funkce** (*Body Functions*) jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně psychických funkcí) a označují se malým písmenem **b**.<sup>6</sup>
- ✓ **Tělesné struktury** (*Body Structures*) jsou anatomické části těla a jeho orgány, končetiny a jejich součásti. Označení v klasifikaci je malým písmenem **s**.

---

<sup>6</sup> Jednotlivé komponenty jsou označeny malými písmeny, která vycházejí z anglického originálu. Písmena jsou v textu zvýrazněna tučně (b, s, d, e).

- ✓ **Aktivita a participace** (*Activity and Participation*). Aktivita je provádění úkolu nebo činu člověkem. Participace je zapojení do životní situace. Aktivita a její limity jsou obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit. Participace a její omezení jsou problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací. V klasifikaci se označuje malým písmenem **d** (z anglického **d**isability<sup>7</sup>).
- ✓ **Faktory prostředí** (*Environmental Factors*) vytvářejí fyzické a sociální faktory a postoje lidí, kde lidé žijí a uskutečňují své životy. Označení malým písmenem **e**. (ICF, 2001)

Za písmeny **b**, **s**, **d**, **e** je uveden numerický kód, který začíná číslem kapitoly (jedno číslo), následuje druhý stupeň, dále třetí a čtvrtý (každý jedno číslo). Například pro tělesné funkce jsou následující kódy:

b2	Senzorické funkce a bolest
b210	Funkce vidění
b2102	Kvalita vidění
b21022	Vnímání kontrastů

Na každém stupni může být využit jakýkoliv počet kódů, dle potřeb uživatele. Vhodný je někdy popis více než jedním kódem na každém stupni.<sup>8</sup>

**Domény** jsou praktické, smysluplné celky, které se vztahují k fyziologickým funkcím, anatomickým strukturám nebo oblastem života. Domény by měly být kódovány v danou chvíli, která je výchozím místem. Je možné použít klasifikaci také pro delší čas, pokud chceme popisovat dráhu v čase nebo proces. Uživatelé musí stanovit způsob kódování a časový rámec, který budou užívat (Pfeiffer, Švestková, 2008).

---

<sup>7</sup> Disability – anglický výraz, který klasifikace MKF překládá do českého jazyka jako „disabilita“.

<sup>8</sup> Nejvyšší počet kódů pro každou aplikaci je 34 na úrovni kapitoly (8 tělesné funkce, 8 tělesné struktury, 9 výkon a 9 kapacity). Čtyřstupeňová verze, která je podrobnější, je zaměřena spíše na specializované služby (např. mentální zdraví). (Pfeiffer, Švestková, 2008)

### 1.3.4 Aplikace MKF v České republice

V České republice byla klasifikace MKF publikována v českém překladu v roce 2008, ale není prozatím prakticky používána (Švestková, Hoskovcová, 2010). V současné době se propracovává koncepce používání MKF v České republice. Praktické používání MKF v České republice začalo v rámci výzkumu 6. rámcového programu MHADIE (Measuring Health and Disability in Europe) na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze, dále v roce 2008 a 2009 také na Zdravotně sociální fakultě JU v Českých Budějovicích v rámci výzkumných projektů Grantové agentury Jihočeské univerzity a Grantové agentury Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích. Hodnoceny byly osoby s diagnózami roztroušená skleróza a mentální retardace (*Registrační čísla projektů: 063/2008 H a 83/2007/H-ZSF*). Dále se aplikací MKF zabývá také např. Zeman (2010) u pacientů s ankylozující spondylitidou nebo u pacientů s Bechtěrevovou chorobou.

Postupně od r. 2010 začala probíhat školení lékařů lékařské posudkové služby i další odborné veřejnosti včetně sociálních pracovníků. O aplikaci MKF v posudkovém lékařství se zmiňuje Švestková v odborném článku (2010) periodika Revizní a posudkové lékařství. Např. také Čeledová uvádí potřebnost vzdělávání posudkových lékařů rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Říká, že reforma a stabilizace činnosti lékařské posudkové služby je spojena s modernizací systému sociální ochrany a státní správy, ale úzce souvisí také se vzděláváním posudkových lékařů rezortu MPSV (Čeledová et al., 2008).

Pfeiffer uvádí, že se v České republice chystá koncepce nového zákona o rehabilitaci. Poté bude formulován zákon o rehabilitaci a jeho praktické uvádění do praxe. Podle jeho slov by se jednalo o významný humanitní program, který by měl i významný ekonomický přínos pro celospolečenský rozpočet, který je nyní ve zdravotní a sociální oblasti značně napjatý (Pfeiffer, 2009). Také Švestková (2009) uvádí, že určitým ideovým vzorem rehabilitace v České republice se stala celosvětově doporučená MKF, vydaná WHO v r. 2001. Její přijetí schválil tehdejší ministr zdravotnictví prof. MUDr. Fišer. Zásadní význam této klasifikace spočívá v tom, že umožňuje řešit všechny aspekty problémů nemocí nebo postižení (Švestková, 2009). Medicína je v České republice stále založena pouze na etiologických diagnózách. Jak Pfeiffer (2009) prosazuje, vedle klasifikace nemocí, MKN-10. revize, je nutné člověka se zdravotním postižením zařadit podle klasifikace MKF.

V roce 2008 byla v České republice klasifikace MKF vydána v nakladatelství Grada publishing, za odborné spolupráce Ministerstva Zdravotnictví ČR, Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a Národní rady osob se zdravotním postižením (český překlad Pfeiffer, Švestková, 2008). Na novou klasifikaci v České republice, pro potřeby zdravotnictví a sociální oblasti, poukazuje rovněž Bruthansová (Bruthansová et al., 2009). Uvádí tuto publikaci jako nezbytnou pro všechna rehabilitační centra, posudkové komise sociálního zabezpečení a pro všechny zdravotníky i veřejné činitele, jejichž pracovní náplň se týká zdravotně-sociální a pracovní problematiky osob se zdravotním postižením.

Ve sdělení českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb. ze dne 18. listopadu 2009 o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) se uvádí, že ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví se klasifikace MKF zavádí v České republice s účinností od 1. července 2010. Klasifikace je součástí souboru klasifikací WHO a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální a populační úrovni (Sdělení ČSÚ dostupné na internetovém portálu: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz); viz. také příloha č. 2).

### **1.3.5 Pravidla kódování dle MKF**

Kódování pomocí kvalifikátorů MKF je již dnes popsáno v nejedné publikaci zahraniční i české, originál v anglickém jazyce lze nalézt na: [www.who.int/classification/icf](http://www.who.int/classification/icf), dále v publikaci ICF a manuálu vydaném v Ženevě z roku 2001, český překlad MKF (Pfeiffer, Švestková) z roku 2008, dále v dizertačních pracích např. Matlasová (2010) a Zeman (2010), viz. také brožura: <http://www.zsf.jcu.cz/Members/zemanm03/Publikace>. Dále např. Wright a Rosenbaum (2008) se zabývají kódováním tělesných funkcí, struktur, aktivit a participací a jejich závislostmi u osob s dětskou mozkovou obrnou. Podobně Ekholm (2008) popisuje bariéry a facilitace MKF ve své studii osob se stejnou diagnózou. Velmi podrobně a názorně pomocí schémat se zabývá kódováním situace pacienta Švestková et al. (2008) v publikaci Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu.

### **Kvalifikátory MKF**

Kvalifikátory určují *stupeň zdraví* nebo *závažnost* problému. Jsou uváděny jako jedno nebo více čísel za tečkou (nebo dělítkem) v každém kódu.

Použití kteréhokoliv kódu klasifikace musí být doprovázeno přinejmenším jedním kvalifikátorem.

Tab. 1: Stupně poruchy/problému vyjádřené kvalifikátorem a procenty

xxxx.0	<b>žádná</b> , zanedbatelná	0 – 4%
xxxx.1	<b>lehká</b> , nepatrná	5 – 24%
xxxx.2	<b>střední</b> , mírná, snesitelná	25 – 49%
xxxx.3	<b>těžká</b> , vysoká, extrémní	50 – 95%
xxxx.4	<b>úplná</b> , totální	96 – 100%
xxxx.8	nespecifická	
xxxx.9	nelze aplikovat	

(Zdroj: ICF, 2001: 222, upraveno)

Každá komponenta může být vyjádřena z pozitivního nebo negativního hlediska. Zdraví a ke zdraví se vztahující stavy člověka jsou zaznamenávány číselným kódem a přidáním příslušného **kvalifikátoru**, který je numerický (**0, 1, 2, 3, 4**, kde **0** znamená **žádný problém** a **4 úplný/totální problém**<sup>9</sup>) a upřesňuje rozsah nebo velikost výkonu nebo zdravotního postižení v určité oblasti, nebo vliv určitého faktoru prostředí, který může být buď *facilitující* nebo *omezující*. (Pfeiffer, Švestková, 2008; Pfeiffer in Lippert – Grüner, 2005).

### Kódování funkcí těla

Používání kvalifikátoru pro funkce těla - udává rozsah nebo velikost poruchy

b7302 Síla svalová jedné poloviny těla

**b 7302.**\_ rozsah poruchy (první kvalifikátor)

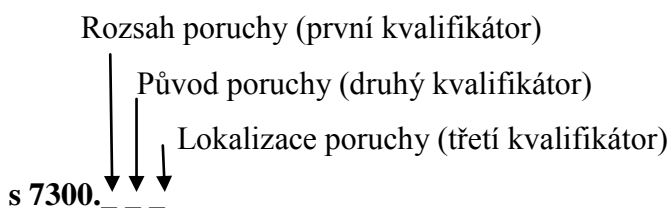
### Kódování tělesných struktur

Používání kvalifikátorů ke kódování tělesných struktur

---

<sup>9</sup> Kvalifikátor **8** znamená nespecifikovanou poruchu nebo problém a kvalifikátor **9** znamená neaplikovatelný problém (nelze aplikovat např. menstruační funkce u žen po menopauze)

s 7300 Struktura paže



Tab. 2: Kvalifikátory tělesných struktur

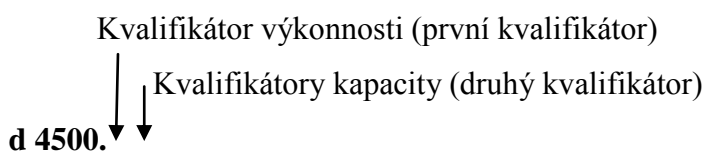
První kvalifikátor	Druhý kvalifikátor	Třetí kvalifikátor
0 žádná porucha	0 žádná změna struktury	0 více než jedna oblast
1 lehká porucha	1 úplná ztráta	1 vpravo
2 středně těžká porucha	2 částečná ztráta	2 vlevo
3 těžká porucha	3 přebytečná ztráta	3 obě strany
4 úplná porucha	4 aberantní rozměry	4 vpředu
8 nelze určit	5 porucha kontinuity	5 vzadu
9 nelze aplikovat	6 odchýlená pozice	6 nahoře
	7 kvalitativní změny	7 dole
	8 neurčena	8 neurčena
	9 nelze aplikovat	9 nelze aplikovat

(Zdroj: MKF, 2008: 236, upraveno)

### Kódování komponent Aktivit a Participací

Používání kvalifikátorů kapacity a výkonnosti

d 4500 Chůze na krátké vzdálenosti



d4500.3\_ mírné omezení při **výkonu** chůze na krátké vzdálenosti

d4500.\_3 těžké omezení **kapacity** chůze na krátkou vzdálenost

Kvalifikátor **výkonnosti** popisuje co, jedinec dělá ve svém běžném prostředí. Souvisí s faktory prostředí. To, co jedinec zvládne za pomoci asistence, vozíku, kompenzačních pomůcek apod.

Kvalifikátor **kapacity** popisuje schopnost jedince provádět úkoly (úkony) nebo činy. Udává nejvyšší pravděpodobný stupeň funkční schopnosti, který osoba může dosáhnout v dané doméně a v danou chvíli. Kapacita jedince je taková, jako kdyby byl bez pomoci, kompenzace (Švestková, 2010).

### Kódování faktorů prostředí

Musí být chápány pro každou komponentu funkční schopnosti. Mají být kódované z perspektivy osoby, jejíž situace je popisována. Například okraje chodníku bez rozdílu výšky mohou být **facilitační** pro uživatele vozíků, ale **bariérou** pro osoby nevidomé. (Samotný bod . označuje bariéru, znaménko + označuje facilitaci.)

Např. e 310.1 – lehká bariéra v nejbližší rodině  
e 320+4 – úplná facilitace v doméně přátel

Kvalifikátory pro hodnocení bariér a facilitací viz. **Tab. 3.**

Tab. 3: Bariéry a facilitace vyjádřené kvalifikátory

xxx.0 NENÍ bariéra	xxx+0 NENÍ facilitátor
xxx.1 LEHKÁ bariéra	xxx+1 LEHCE podporující facilitátor
xxx.2 STŘEDNĚ TĚŽKÁ bariéra	xxx+2 STŘEDNĚ podporující facilitátor
xxx.3 TĚŽKÁ bariéra	xxx+3 PODSTATNĚ podporující facilitátor
xxx.4 KOMPLETNÍ bariéra	xxx+4 KOMPLETNĚ podporující facilitátor
xxx.8 nespecifická bariéra	xxx+8 nespecifický facilitátor
xxx.9 nelze použít	xxx+9 nelze použít

(Zdroj: Švestková, Pfeiffer, výukový materiál MKF, 2009b; upraveno)

O. Švestková navrhuje pro hodnocení bariér v prostředí (omezení výkonu) uvedené schéma. Schéma se používá pro každou jednotlivou doménu zvlášť.

Doména: .....

Osoba s disabilitou označí (šipkou nebo čárkou), jak velké omezení pocítuje a odhaduje u uvedené „domény“.

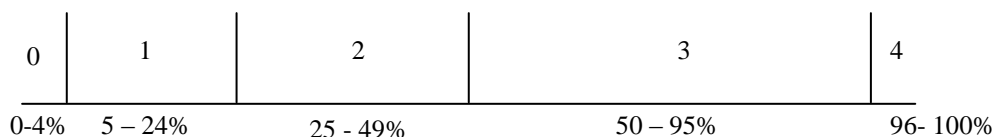
0 – znamená, že obtíže v dané doméně nepocítuje, je bez problémů (v procentech je to 0 až 4% „proti odhadované normě“.

1 – znamená, že obtíže jsou dobře snesitelné, v procentech je to mezi 5%-24%

2 – znamená, že obtíže jsou již zřetelné, v procentech 25% až 49%

3 – znamená, že obtíže jsou již značně velké, v procentech je to 50% až 95%

4 – obtíže jsou nesnesitelné nebo funkce je nemožná, v procentech 96% až 100% (Švestková, Pfeiffer, 2009b)



*Zdroj: Výukový materiál MKF, 2009*

Na konferenci o rehabilitaci na pražské Klinice rehabilitačního lékařství u příležitosti 80. narozenin pana profesora Pfeiffera v roce 2008, která byla z velké části věnovaná i praktickému kódování podle klasifikace MKF, se zmínila MUDr. Angerová o potřebě standardizovaného prostředí. „K posouzení plné schopnosti jedince je třeba mít „standardizované“ prostředí, aby se neutralizovaly různé vlivy různých prostředí“, uvedla. Dále shrnula obecná pravidla kódování následovně:

#### **Obecně k pravidlům kódování:**

- ✓ Vybrat seřazené kódy do takového tvaru, který ukazuje profil daného jedince.
- ✓ Vybrat informace odpovídající kódu.
- ✓ Přesná informace o kódu.
- ✓ Specifické informace kódu.
- ✓ Nedomýšlet! Je důležité nedomýšlet situaci klienta, ale vycházet z daných a ověřených informací o stavu jedince.



### 1.3.6 Praktický příklad práce s MKF

Praktickou aplikací ICF se zabývá Stucki, Cieza (Stucki, Cieza et al., 2002) ve svých výzkumných pracích. Vytvářejí na mnichovské univerzitě tzv. **core sety** pro jednotlivé diagnózy. Jedná se o zkrácený seznam jednotlivých domén klasifikace, specifické pro danou diagnózu. Např. core set pro roztroušenou sklerózu byl vytvořen v rámci mezinárodního projektu EU MHADIE (Measuring Health and Disability in Europe), na kterém se podílela i Česká republika (participující státy: Belgie, ČR, Německo, Irsko, Itálie, Slovinsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Rumunsko). (Leonardi et al., 2005) Prakticky se zabývá aplikací MKF u osob s mentální poruchou Leonardi (2007), která byla koordinátorkou celého projektu MHADIE, dále také výzkumná skupina ve Španělsku, která v současné době pracuje na vytvoření core setu pro diagnózu mentální retardace. Jak mi sdělila A. Cieza v emailové komunikaci ze dne 7. června 2010, nyní zatím neexistuje zkrácený záznam pro mentální retardaci, core set je ve vývojové fázi. Doc. Švestková na mezinárodní konferenci „Rehabilitace a ICF“ v Praze na Klinice rehabilitačního lékařství 2. LF UK v březnu roku 2010 uvedla, že kódování provádí buď celý tým odborníků, jehož všichni členové jsou proškoleni v praktickém používání klasifikace, nebo pouze jeden pracovník, který má ovšem podklady od všech ostatních, má validní informace.

#### Příklad MKN A MKF kódování

Alexandr je 34letý muž, klient dojíždějící do ústavního zařízení, kterému byla v dětství stanovena diagnóza mentální retardace středního stupně. Přes týden žije v ústavu, kde je již 20 roků, a na víkendy jezdí domů s rodiči. Je zamlklý, matka za něj vše vyřizuje, nepouští ho k samostatnému jednání. Byl zbaven povinnosti školní docházky, svéprávnosti, důvod není zcela jasný. Pobírá plný invalidní důchod a dále druhý stupeň příspěvku na péči ze zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Vlastní průkazku ZTP/P. Má hudební nadání, má rád hudbu, rádio, pistole, děti a rád kreslí. Matka předpokládá, že bude trvale v ústavu.

Nyní lze stav Alexandra tzv. „okódovat“ dle MKF. Začneme první částí klasifikace, tj. lékařem (popř. dalšími zdravotnickými pracovníky) jsou zhodnoceny *tělesné funkce a struktury* klienta (kód bude začínat písmenem **b** a **s**; následuje numerický kód). Dle záznamového archu (viz. Příhoda č. 1) a za pomoci klasifikace MKF najdeme

příslušnou doménu a přiřadíme správný kvalifikátor. Správný kvalifikátor zařadíme díky dostupné zdravotní dokumentaci, popř. zjistíme z informací zdravotnických či pečujících osob. Dále klasifikujeme limity aktivit a restrikce participace (omezení v oblasti *výkonu a kapacity - d*), podle výše uvedených kvalifikátorů. Probíráme s klientem, popř. rodiči a dalšími odborníky (např. ergoterapeut, logoped aj.) jeho aktivity, objevujeme, kde má klient jaká omezení a limity. Následuje, a vzájemně se prolíná s hodnocením předešlých domén, hodnocení bariér a facilitací, se kterými se člověk potkává v prostředí, tj. *faktory prostředí (e)*. Zde opět hodnotíme ve spolupráci se sociálním pracovníkem, vychovatelem či speciálním pedagogem apod., případně pouze s podklady od odborníků.

### **Alexandr, 34 let**

#### MKN kódy:

F 71	Sřední mentální retardace
I10	Esenciální hypertenze
E66	Obezita
	Stav po fraktuře stehenní kosti, stav po operaci obou kyčelních kloubů (TEP – totální endoprotéza)

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.2	Funkce vědomí, mírný problém
b114.2	Orientační funkce, středně těžký problém
b140.3	Funkce pozornosti, těžký problém
b7100.1	Hybnost jednoho kloubu, lehký problém
b715.2	Funkce kloubní stability, středně těžká porucha
b770.1	Funkce chůze, lehký problém

##### ***Aktivity a participace***<sup>10</sup>

d150.4	Počítání, úplný problém
--------	-------------------------

---

<sup>10</sup> Kódy jsou pouze ilustrační, pro kódování aktivit a participací je uveden pouze kvalifikátor výkonu (1. kvalifikátor)

d350.3	Konverzace, těžký problém
d440.2	Využití ruky k jemným pohybům, mírný problém
d465.1	Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém
d510.2	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém
d530.0	Používání toalety, žádný problém
d540.0	Oblékání, žádný problém
d630.4	Příprava jídel, úplný problém
d640.3	Vykonávání domácích prací, těžký problém
d920.2	Rekreace a volný čas, mírný problém

### ***Faktory prostředí***

e120+2	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, mírný problém (na WC má madla, používá francouzské hole)
e310+2	Nejbližší rodina, mírná facilitace
e320.1	Přátelé, lehká bariéra (nemá s kamarády konflikt, ale chybí mu přítel)
e350+2	Domácí zvířata, mírná facilitace (má rád svého psa)
e460.2	Postoje společnosti, mírná bariéra

U klienta byly provedeny testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), testování úchopů dle Kapanjiho.

Klient je převážně soběstačný v pADL, potřebuje dopomoc pouze při koupání, chůze samostatná v interiéru i exteriéru nyní bez kompenzačních pomůcek, pro pADL používá kompenzační pomůcky na koupání. FIM – 5,22 ze 7, BI pADL – 95 ze 100. V oblasti iADL je klient plně závislý na dopomoci svého okolí, je schopen se částečně zapojit do přípravy jídla a jednoduchých domácích prací. BI iADL – 5 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na obou HKK.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj** – dosažení plné soběstačnosti v pADL, s využitím kompenzačních strategií, rozvoj iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování – nastavení pravidelných povinností v domácím prostředí, rozvoj pracovních návyků. Doporučena také skupinová logopedická terapie.

Matka je ke stavu svého syna optimistka. Říká, že dnes je doba „taková lepší“, dřív se mu posmívali i studenti VŠ, říká, že na něj „divně koukali“. Dnes je více možností, zlepšuje se to. Postoje společnosti k lidem s mentálním postižením jsou podle ní lepší.

Slovní záznam sociálních, pracovních a jiných nemedicínských aspektů situace klienta lze tedy vyjádřit poměrně přesně i v kódovém záznamu (viz. výše), podobně jako u MKN-10. Klienta posoudil tým složený z odborného lékaře, zdravotní sestry, sociálního pracovníka, psychologa, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a logopeda.<sup>11</sup> Údaje klasifikace MKF lze využít k následnému sestavení individuálního plánu inkluze, k nastavení úspěšné rehabilitace klienta. Dále je možno údaje využít ke statistickým účelům, pro zpracování přehledů potřeb osob s disabilitami. Následně je možné na tomto základě také flexibilně upravovat komunitní plánování v síti sociálních služeb.<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Srov. Novosad (2009:97) – švédský model ucelené rehabilitace, tým v rehabilitačních centrech

<sup>12</sup> Srov. ICF (2001), viz. také Community based rehabilitation (1994)

#### ***1.4 Problematika mentální retardace***

Občané s mentální retardací tvoří mezi zdravotně postiženými občany specifickou skupinu. Mezi postiženými představují jednu z nejpočetnějších skupin, přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy lidí o mentálně postižených bývají opředeny nejasnostmi, záhadami, předsudky či obavami. Z toho plyne rozpačitý a často i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením (Švarcová, 2006). I dnes se ještě někteří domnívají, že by lidé s mentálním postižením neměli být příliš veřejnosti na očích (a to dokonce i někteří lékaři a další zdravotničtí pracovníci, pokud radí rodičům, aby své dítě „dali do ústavu“). V těchto přístupech jde o základní nepochopení potřeb lidí s mentální retardací. Rozdíly v mentální úrovni jednotlivců s mentální retardací jsou větší než rozdíly mezi nepostiženou populací (Švarcová, 2006). Jde o celou škálu od lehké mentální retardace, kdy se mnozí jedinci dobře uplatní v zaměstnání a často i založí vlastní rodinu, až po hlubokou mentální retardaci, kdy jsou jedinci prakticky odkázáni na pomoc druhého. Mezi těmito dvěma póly existuje celá řada variant. Přesto se často mluví o „mentálně retardovaných“ nebo „mentálně postižených“ mluví skoro jako o samostatném biologickém druhu, jehož jedinci se příliš neliší. Takovéto pojetí považuje Švarcová (2006) nevhodné, přináší mnoho nedorozumění, např. také ve formulaci skutečných práv lidí s postižením.

Kulturní společnost se musí naučit s odlišnými jedinci komunikovat i žít (komunikaci s lidmi s postižením podrobně popisuje Slowík, 2010). Tento trend se nazývá **integrace**. Ta nepředstavuje soubor konkrétních opatření, ale jde o postoj společnosti k lidem s disabilitou, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do „hlavního proudu“ života. Dalšími trendy v péči o lidi s postižením je **normalizace** (kdy postižený má žít „normálním“ životem, tedy pokud možno ne v ústavu, ale v rodině) a **humanizace** (humanizace celé společnosti, která bere lidi s postižením jako rovnoprávné členy). Kvalita života člověka nezávisí pouze na inteligenci, ale i na mnoha dalších faktorech, zejména na jeho emocionalitě a sociabilitě, na míře rozvoje jeho volných vlastností, na úrovni komunikačních dovedností, rozvinutí motoriky, jeho schopnosti sebeobsluhy a samostatnosti a na řadě dalších praktických dovedností (Švarcová, 2006). Z hlediska kvality života má nenahraditelný význam pro člověka s postižením funkční rodinné prostředí (Slowík, 2007 in Kupková, 2011), záleží také na kvalitě života rodičů a pečujících osob o člověka s postižením. I tyto faktory je třeba brát v úvahu v procesu zlepšování kvality

života těchto občanů, hodnotit je a klasifikovat. Dle výzkumu kvality života rodičů osob s mentální retardací (Kupková, 2011) je přáním rodičů, aby se vyrovnávali příležitostmi pro tyto osoby, dodržovaly se národní plány a vytvářely se vhodné podmínky tak, aby se osoby s postižením lépe zařadili do společnosti, byli společností přijímány a měli šanci prožívat stejně kvalitní život jako ostatní členové společnosti.

#### **1.4.1 Definice mentální retardace**

Bogdan and Taylor v roce 1994 prohlásili „Mental retardation does not exist“ (*Mentální retardace neexistuje*) (in McClimens, 2003: 35). McClimens se domnívá, že autoři chtěli vyjádřit široký a přesahující rozměr této kategorie. Dle Švarcové (2006) mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento pojem, který je velmi často používaný, však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení, uvádí autorka dále. Dle obecné definice je inteligence schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. Konkrétnější vymezení dle Švancary (1974) chápe inteligenci jako „relativně konstantní strukturu ontogeneticky podmíněných schopností individua postihovat a vytvářet smysluplné, resp. funkční vztahy, od jednoduchých asociací až po složité myšlenkové operace na nejvyšším stupni“ (in Švarcová, 2006: 32). V. Smékal (2002) vysvětluje inteligenci jako jednu z podmínek efektivní adaptace v náročných situacích a v kombinaci s tvořivostí jako předpoklad úspěšného zvládnání nových situací. Upozorňuje dále, že využití daru inteligence závisí na tom, jak je osobnost v dané oblasti motivovaná, jde tedy o těsné propojení schopností, inteligence, tvořivosti a dalších stránek osobnosti (in Švarcová, 2006: 32). E. L. Thorndike v roce 1903 vyslovil názor, že inteligence je souhrn navzájem nezávislých schopností a rozlišovat tři základní druhy inteligence: abstraktní, mechanickou (praktickou) a sociální inteligenci (schopnost komunikovat s lidmi). V současné době se rozlišují další druhy inteligence, např. emoční nebo morální.

Nejznámější vyjádření úrovně inteligence je inteligenční kvocient, který zavedl W. Stern. Vyjadřuje vztah mezi mentálním a chronologickým věkem v následujícím vzorci:

$$\text{IQ} = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Autoři se shodují (např. Langer, 1996; Mertin, 1995; Švarcová, 2006 aj.), že mentální retardace představuje výrazněji sníženou úroveň inteligence jedince. Pro intelektové postižení Climens (2003) používá mezinárodně uznávané označení *intellectual disability*, vidí to jako kompromis různých přístupů v definování omezení schopnosti člověka s mentální poruchou (postižením).

Pro klasifikaci mentální retardace se používá v současné době Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10. revize), vydaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost v roce 1992. Dle této klasifikace se dělí mentální retardace do šesti hlavních kategorií (viz. následující podkapitola). Vedle této klasifikace je nyní žádoucí, aby se člověk s mentální retardací zařadil také podle klasifikace Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, MKF (Pfeiffer, 2009; Matlasová, 2010; Zeman, 2010).

#### **1.4.2 Klasifikace mentální retardace dle MKN – 10**

Mentální retardaci klasifikujeme dle MKN – 10. revize (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) následovně:

- F 70 lehká mentální retardace (IQ 50 – 69)
- F 71 středně těžká mentální retardace (IQ 35 – 49)
- F 72 těžká mentální retardace (IQ 20 – 34)
- F 73 hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- F 78 jiná mentální retardace
- F 79 nespecifikovaná mentální retardace

##### *Lehká mentální retardace (dle MKN - F 70)*

Charakteristikou této úrovně mentálního postižení je většinou schopnost užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci, podrobit se klinickému interview, i když si tyto osoby mluvu osvojují opožděně. Většina takto lehce mentálně retardovaných dosáhne úplné nezávislosti v péči o sebe (jídlo, pití, oblékání, hygiena) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší

(Švarcová, 2006). Hlavní potíže se objevují při práci ve škole, mnozí mají specifické problémy se čtením a psaním. Většinu jedinců s lehkou mentální retardací je možné zaměstnat manuální prací, která vyžaduje praktické schopnosti spíše než teoretické. Švarcová (2006) a Müller (2002) říkají, že v sociokulturním kontextu nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky se však projeví, pokud je jedinec také značně emočně a sociálně nezralý, obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod., nebo není schopen se vyrovnat s požadavky manželství nebo výchovy dětí atd. Müller (2002) popisuje motivace a emotivitu osob s lehkou mentální retardací, věnuje se pedagogicko-psychologickému kontextu této diagnózy. Uvádí, že jelikož emoce regulují chování, a protože mají vliv na motivy, stávají se jednou z nejdůležitějších složek procesu učení. Dále říká, že emoce regulují chování mentálně retardovaných osob, stejně jako u zdravých jedinců, a determinují spolu s percepčními a kognitivními schopnostmi jejich intelektové i motorické výkony. Dolejší (1978) např. v jejich vývoji předpokládá neztlumené projevy emočních reakcí, poruchy citového vývoje a větší bezprostřednost projevů emocí, jako reakcí na různé dojmy a události (snížené sebeovládání) (in Müller, 2002).

Obecně je podpora a potřeba léčby bližší potřebám zdravých jedincům než osobám se střední a těžkou mentální retardací. U osob s lehkou retardací se mohou projevit v individuální míře i přidružené chorobné stavy, jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení (Švarcová, 2006).

#### *Středně těžká mentální retardace (dle MKN - F 71)*

U jedinců se středně těžkou formou mentální retardace je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Podobně je také omezena soběstačnost a zručnost. Rovněž také pokroky ve škole jsou limitované, ale při dobrém pedagogickém vedení si někteří jedinci osvojí základy čtení, psaní a počítání. K získání základních vědomostí a dovedností a k rozvíjení omezeného potenciálu mohou poskytnout příležitost speciální vzdělávací programy. Dospělý jedinci s touto formou retardace jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou úkoly dobře strukturovány a pokud je zajištěn odborný dohled. V dospělosti většinou není možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají tito jedinci plně mobilní a fyzicky aktivní a většina má potenciál k



navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách (Švarcová, 2006).

V této skupině jsou rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosáhnou vyšší úrovně v motorických dovednostech, jiní jsou schopní lepší komunikace a interakce. Úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, jiní stěží mluví o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když porozumět řeči mohou a mohou se naučit používat gestikulace a další formy neverbální komunikace. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zvláště epilepsie. Někdy se vyskytují psychiatrická onemocnění, ale diagnostika je vzhledem k obtížnému dorozumívání obtížná, závisí pak na informacích od těch, kteří ho dobře znají, říká Švarcová (2006).

#### *Těžká mentální retardace (dle MKN – F 72)*

Pokud jde o klinický obraz, organickou etiologii a přidružené stavy, pak je tato kategorie v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Úroveň schopností jsou však ještě mnohem nižší, většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost poškození či vadného vývoje centrálního nervového systému (Švarcová, 2006).

Přestože možnosti výchovy a vzdělávání jsou v této kategorii osob značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností a komunikačních dovedností, k jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života (Langer, 1996; Švarcová, 2006; Vítková, 2004 aj.)

#### *Hluboká mentální retardace (dle MKN - F 73)*

Jedinci s hlubokou mentální retardací v pásmu IQ pod 20 jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím a vyhovět jim. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, postižení bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze rudimentální neverbální komunikace. Nemají žádnou nebo jen částečnou schopnost pečovat o své potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou značně omezené (přesto lze využít některé novější formy, např. rehabilitační třídy, snoezelen apod.) (Švarcová, 2006, srov. Jankovský, 2001).

Chápání a používání řeči je omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky, lze dosáhnout nejzákladnějších prostorově orientačních dovedností a jedinec se může pod vhodným vedením malým dílem podílet na sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii, běžné jsou neurologické nebo jiné těžké tělesné nedostatky postihující hybnost. Častá je epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání, dále nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus (Langer, 1996; Pipeková, 2006; Švarcová, 2006).

#### *Jiná mentální retardace (dle MKN - F78)*

Tato kategorie se používá tehdy, pokud je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování či u těžce tělesně postižených osob (Švarcová, 2006:36).

#### *Nespecifikovaná mentální retardace (dle MKN – F79)*

Tato kategorie se používá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není k dispozici dostatek informací, aby bylo možné pacienta zařadit do jedné z výše uvedených kategorií (Švarcová, 2006).

### **1.4.3 Kvalita života rodin s postiženým členem**

V procesu utváření osobnosti dítěte s postižením hraje významnou úlohu rodina. Kvalita života není stav, ale proces, který závisí na mnoha proměnných. Utváření osobnosti je dlouhou a nesnadnou cestou, pro člověka s mentálním postižením to platí dvojnásob. Přijetí dítěte s postižením rodinou a vnímání problémů ne jako údělu, ale úkolu, vytváří prostor pro formování autonomní integrované osobnosti tohoto dítěte. (Jankovský et al., 2005)

Situace rodiny, kde žije člověk s postižením, je v mnoha ohledech nestandardní pro všechny členy. Už narození dítěte se závažnou vadou či poruchou je tak obtížná událost, že někdy bývá srovnávána dokonce např. s úmrtím člena rodiny (Slowík, 2007). Rodiny prochází krizí, procesem vyrovnávání se se situací a musí řešit řadu důležitých otázek. V takové situaci rodiny prochází **fázemi**, podobně jako lidé při jiných zátěžových situacích: fáze šoku a popření, fáze akceptace a vyrovnávání se s problémem, fáze smíření a realismu (Slowík, 2007; Jankovský, 2001).

Každá rodina s handicapovaným členem (dítětem či dospělým) má své specifické potřeby, které vyžadují naplnění a uspokojení. Týká se to sociální podpory a pomoci ve formě finančních příspěvků a sociálních služeb, příležitosti k účasti na běžném životě společnosti (zejména na místní úrovni, kde jde o překonání obav a studu) nebo také kontaktu s rodinami, které se nacházejí v podobné situaci. Zde může jít o vzájemnou podporu, spolupráci či jen sdílení podobných problémů. Pokud se rodině nedaří překonávat překážky a komplikace spojené s postižením člena rodiny, hrozí, že se dostane do sociální izolace a současně s tím klesá i míra její vnitřní stability.

**Funkční rodinné prostředí** má nenahraditelný význam pro člověka s postižením zejména z hlediska (Slowík, 2007):

- Rozvoje osobnosti
- Kvality života a zajištění
- Uspokojení vztahových a emocionálních potřeb
- Vytváření vlastní identity

Zmírňování důsledků postižení je řešeno rehabilitací, terapií či kompenzací. Avšak aby byla pozitivní změna životních podmínek pro člověka s handicapem vůbec možná, musí k tomu dostat odpovídající šance. Řešením je nabízet těmto lidem stejné životní příležitosti, jako mají ostatní členové společnosti (Slowík, 2007).

Vyrovňování příležitostí je proces, který umožňuje, aby bydlení, doprava, zdravotní a sociální služby, vzdělání a pracovní příležitosti, kulturní a společenský život, včetně sportovních a rekreačních zařízení, byly přístupné všem (tj. i zdravotně postiženým) (Vysokajová, 2000).

Zmírňování důsledků postižení a vyrovňování příležitostí pro osoby s postižením je hlavním záměrem všech tzv. národních plánů. Shodný trend je i v rámci Evropy (viz. Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením schválené Valným shromážděním OSN v roce 1993).

#### **1.4.4 Přístupy společnosti k občanům s postižením**

V práci zaměřené na začleňování lidí s mentálním postižením do společnosti nelze vynechat téma interakcí, postojů nepostižených k postiženým. Místo, jaké zaujímá ve společnosti člověk s postižením je proměnná, která bude ovlivňovat prožívání rodičů a člověka s postižením samotného. Pro některé osoby s postižením je náročné zvládnout setkávání s okolím nebo dokonce s vlastní širší rodinou. Často se objevují předsudky

okolí, obavy nebo soucit (Vančura, 2007; Matějček, 2001). Dále Matějček (2001) uvádí, jak může přístup okolí výrazně ovlivňovat postoj rodičů k vlastnímu dítěti s postižením, vrozené postižení může v rodiči vyvolávat pocit viny, někdy i odpor.

Postižení jedince nemusí nutně znamenat snížení kvality jeho života nebo jeho neschopnost pracovat. Pokud jedinec přesto není zaměstnán, žije osamělý, je odkázaný na pomoc druhých, citově strádá, je to proto, že nebyly využity všechny mechanismy podporující vyrovnání příležitostí, což jej znevýhodňuje oproti jiným lidem ve společnosti, ve které žije (Novosad, 2009). Nebyla poskytnuta adekvátní podpora inkluze.

Každá společnost má vlastní tradici přístupu k lidem, kteří se odlišují například svými projevy chování nebo inteligencí (Vančura, 2007). Již od počátku vývoje lidstva existovali jedinci, kteří trpěli nedostatky, vadami či poruchami. Názory na jejich životaschopnost se měnily a vyvíjely v úzké návaznosti na historické období. V každé době a v každém lidském společenství nacházíme handicapované osoby – jedince, kteří se s postižením narodili, nebo k němu přišli během života např. úrazem, nemocí apod. (Slowík, 2007; Monatová, 1998) Rovněž s péčí a pomocí těmto osobám se setkáváme odnepaměti, přestože vztah majoritní společnosti k lidem s postižením byl v některých obdobích velmi negativní. Potřeba léčit a napravovat vady a poruchy je stejně stará jako nemoci a postižení.

V odborné speciálně-pedagogické literatuře (např. Monatová, 1998) či literatuře s tématem sociální práce (např. Matoušek, Koldinská, in Matoušek, 2007) se setkáváme s periodizací **přístupů společnosti k handicapovaným osobám** podle jednotlivých historických období. Jde o převládající tendence v postoji společnosti ke znevýhodněným jedincům, které lze popsat v následujících odstavcích.

### ***Represivní přístup***

Období starověku je spojováno se zbavováním se nemocných a postižených členů společnosti, např. ve starověké Spartě byly zabíjeny děti, které by nevydržely tvrdou výchovu. Vzhledem k úrovni a malé dostupnosti speciální lékařské a výchovné péče docházelo k likvidaci handicapovaných jedinců, popř. docházelo k tzv. represivním opatřením (zneužívání, zotročování apod. jedinců s postižením). Represivní přístup starověkých říší popisuje i Matoušek a Koldinská (Matoušek, 2007), zejména ve vztahu k chudým. Nelze však zjednodušit tehdejší realitu do představy nižší sociální vyspělosti,

vše je nutné brát v historických souvislostech. Např. v dochovaných dokumentech starověkých civilizací (Mezopotámie, Řecko, Řím) nacházíme velmi přísná opatření pro povinnou ochranu a péči pro různě postižené jedince, od rodinných příslušníků, ale i od obce a státu (Titzl, 2000 in Slowík, 2007).

### ***Charitativní přístup***

Charitativní přístup byl typický zejména pro křesťanský středověk, kdy se pohlíželo na potřebného člověka jako na objekt *milosrdenství*. Postoj *ochranitelství* a pomoci vůči nemocným a postiženým přichází především ze strany církve těsně propojené se státem, popisuje Slowík (2009). Objevují se řeholní řády, které se specializují na péči o takto potřebné, zakládají se *klášterní špitály*, *hospice* apod. (srov. Matoušek, Koldinská, in Matoušek, 2007).

### ***Humanistický přístup***

Novověk (zahrnující renesanci a osvícenství) zdůrazňuje *tělesnou stránku člověka* (oproti středověkému duchovnímu povznesení nad všechna utrpení), kdy jsou zkoumány tělesné struktury a funkce.

S rozvojem vědeckého poznání a medicíny nastupuje programová péče, spojená se *specializací* v přístupu k jednotlivým druhům postižení jedince. Osobnost člověka začíná být nahlížena více *komplexně* (zohledňují se složky fyzická, psychická, duchovní i sociální). V tomto období se setkáváme s rozsáhlým *zakládáním institucí*, které se zaměřují na pomoc a péči různě postižených osob, např. ústavy a školy. Jednalo se o dobu koncentrace znevýhodněných ve specializovaných ústavních zařízeních (Slowík, 2009; Matoušek, 2007).

### ***Rehabilitační přístup***

Pro období přelomu 19. a 20. století bylo typické propojování léčby s výchovou a vzděláváním (u nás doznávalo do konce 80. let minulého století), uvádí Slowík (2009). Ten dále uvádí, že snaha o „znovu-uschopnění“ („re-habilitaci“) člověka s handicapem byla samozřejmě pokroková, avšak měla i stinné stránky. Tj. ten, kdo není schopen rehabilitovat se dostatečně, stává se příliš často objektem *institucionální péče* (např. je umístěn do ústavního zařízení). Následky tohoto přístupu jsou patrné dodnes.

V první polovině 20. století doporučovali odborníci lidem s intelektovým postižením ústavní péči jako nejvíce prospěšnou variantu (Vančura, 2007).

### ***Preventivně-integrační přístup***

Období po 2. světové válce bylo spojeno výrazněji s cíleným zaměřením na prevenci vzniku postižení. Rovněž se objevuje snaha předcházet už i riziku narození postiženého dítěte. Současně se hledají cesty k integraci osob s postižením do většinové společnosti. V České republice se tato tendence objevuje nejvíce až od počátku 90. let minulého století. Otevírá se řada otázek z oblasti prevence, s čímž je spojená etická otázka např. interrupce nebo genetického inženýrství, dále problémy v otázce integrace – nepřipravenost veřejnosti v této otázce a nepřilíživé postoje k handicapovaným jedincům (Slowík, 2009). K významným změnám v oblasti péče o lidi s intelektovým postižením došlo především po „sametové revoluci“. Vznikla řada institucí, které umožňují odlišný způsob péče, na které se podílejí také rodiče postižených dětí (Vančura, 2007). Vančura se dále zabývá aktivitami rodičů, rozvíjí myšlenku tzv. „normalizace“, tedy snahu umožnit mentálně postiženým život, který by co nejvíce odpovídal životu lidí nepostižených (Wolfensberg, 1972 in Vančura, 2007). Jinou aktivitou skupiny rodičů je např. hnutí „People first“, které iniciovalo v Anglii uzákonění nové označení pro intelektové postižení „learning difficulties“ (Šiška, 2005).

### ***Inkluzivní přístup***

Jedná se o prosazování nejmodernějších trendů, se kterými se ještě naše společnost nestihla vyrovnat. Slowík (2009) uvádí, že je to zřejmě díky mnohaletému udržování spíše segregáčnických tendencí ve vztahu k postiženým. Inkluzivní přístupy lze charakterizovat podle Slowíka naprosto přirozeným začleňováním osob s handicapem do běžné společnosti, resp. jejich nevyčleňováním z běžné populace (Slowík, 2009: 14). Ve výchově, vzdělávání, ale i v pracovním a společenském začleňování lidí s postižením nejsou preferovány žádné speciální nestandardní prostředky, ale spíše *běžné postupy* (v závislosti na situaci konkrétních osob, jejich možnostech). Tento proces se u nás urychluje zejména po vstupu do Evropské unie, vlivem mezinárodní spolupráce a výměnou zkušeností.

V celosvětovém měřítku dochází k tzv. **změně paradigmatu** v pohledu majoritní společnosti na člověka s postižením. Z historického hlediska prožíváme období velmi dynamických změn ve vztahu společnosti ke znevýhodněným jedincům (Slowík, 2007). Tyto probíhající změny a řadu zlepšení v posledních desetiletích vůči lidem s intelektovým postižením je možné podle Vančury (2007) chápat jako příslib, že tento vývoj bude i nadále pokračovat.

### ***1.5 Problematika integrace, inkluze a exkluze občanů s disabilitou***

Pojmy integrace a inkluze jsou podle Novosada (2009) zmiňovány nejčastěji v souvislosti řešení problematiky soužití majority (zdravých jedinců, intaktní populace<sup>13</sup>) a minorit (lidí se zdravotním a sociálním znevýhodněním, disabilitou). Integrace znamená v obecné rovině začleňování či spojování určitých částí v jeden celek. Integrace je pojem popisující komplexní jev, který zahrnuje integraci osobnosti v procesech integrace sociální, kulturní, pedagogické i profesně – pracovní (Novosad, 2009). Integrace je také podle Slowíka (2007) v souvislosti s lidmi s postižením dnes pojmem obecně známým, obsahově možná stále obtížně srozumitelný. Fakticky je takto označován nejvyšší stupeň socializace člověka (Slowík, 2007). Jde o opak segregace, sociální exkluze.

Inkluze znamená dle Jankovského (2005) rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí) majority a minority, tedy úplné začlenění (zařazení), aniž by existovaly bariéry v nás samých (Jankovský et al., 2005). Slowík (2007: 32) definuje inkluzi jako „nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení“.

Integrace a inkluze nejsou autonomními protipóly řešení problémů lidí s postižením, uvádí Novosad (2009), spíše se jejich metodické postupy vzájemně doplňují a prolínají.

#### **1.5.1 Integrace jako dynamický proces přizpůsobení**

Dle slovníku sociální práce O. Matouška je integrace: „Snaha o začleňování sociálně nebo zdravotně znevýhodněných lidí do společnosti, včetně pracovního začlenění. Je to široce uznávaný ideál novodobé sociální práce – opak sociálního vylučování, se kterým se hendikepovaní setkávali a dosud často setkávají“ (Matoušek, 2003: 86). L. Novosad definuje integraci jako plné začlenění a splynutí osoby s postižením se společností. Rozlišuje asimilační a adaptační směr integrace (srov. Jesenský, 1995). Asimilační integrace znamená, že hendikepovaná menšina by se měla snažit přizpůsobit nehendikepované většině a v maximální míře s ní splynout. Náзор, který zdůrazňuje adaptaci, považuje integraci za společný problém majority i minority, má se stát vzájemným obohacováním; mezi hendikepovanými a intaktní většinou má vzniknout

---

<sup>13</sup> Intaktní – neporušený, zachovaný ([www.slovník-cizich-slov.cz](http://www.slovník-cizich-slov.cz))



partnerský vztah, který se pro obě strany stane významnou hodnotou (Novosad, 2009). Novosad (2009) dále definuje pojem **sociální integrace**, což je podle jeho popisu proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin (minoritou je i např. skupina osob s mentálním postižením) do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti.

Dle Mühlpachra nejvýstižnější definici integrace lze převzít od současného švýcarského odborníka v oblasti integrativní speciální pedagogiky Bürliho, který říká, že integrace je snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám. Bürli dále konstatuje, že integrace spočívá v úsilí dosáhnout stavu, který se považuje za ideální. Není to pevně stanovený stav, nýbrž dynamický proces (Mühlpachr in Vítková (ed.), 2004).

Integrace je vzájemný proces, ve kterém se obě strany navzájem přibližují a mění se, roste tak vzájemná sounáležitost. Cíl integrace spočívá ve vytvoření vzájemného porozumění a akceptaci mezi postiženými a nepostiženými. Znamená to brát i dávat na obou stranách. Lze vyzvednout **tři procesy přizpůsobení**, které akcentují cíl integrace (Bürli in Vítková, 2004: 17):

- asimilace
- akomodace
- adaptace

**Asimilace** znamená, že se postižený vypořádá se způsoby chování většiny a že je převezme tak dalece, jak bude moci; difference se považují za negativní a je třeba je tedy redukovat. Tento koncept se omezuje především na lehčí typy postižení a převládá v zemích s menšími snahami o integraci.

**Akomodace** uznává práva postižených. Tlak na přizpůsobení je především na většinu. Cílem není potlačovat difference, ale postižený jedinec jako součást zvláštní skupiny si vytváří pozitivní sebeobraz.

**Adaptace** požaduje oboustranné přizpůsobování občanů postižených a nepostižených. Jde o dynamický proces vzájemného přizpůsobování. Novosad (2009: 22) adaptaci charakterizuje jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám.

Rozdílný proces přizpůsobování vede k rozdílnému projevu integrativních forem. Integrace ve smyslu asimilace vede především k pozitivním změnám u lehce postižených, akomodace vede k formám částečné integrace, adaptace vede k rozsáhlým, permanentně probíhajícím a interaktivním formám integrace (Mühlpachr in Vítková, 2004; Novosad, 2000).

### 1.5.2 Inkluze jako rovnoprávný vztah

Částečně paralelně s integrační fází s různým významovým akcentem se používá termín **inkluze** (UNESCO, 1995, in Vítková, 2004), se snahou úplně začlenit osoby s postižením do skupiny intaktní populace. V USA i ve Velké Británii se projevila snaha nahradit termín intergrace *inkluzivní výchovou a vzděláváním* (Inclusive education) (Bürli, 1997, in Vítková (ed.), 2004). Ve zprávě Evropské komise (1992) se používá termín integrace. Je zde uvedeno, že pojem „integrace“ se stále více přibližuje pojmu „inkluze“. „Termín „inkluze“ je proti termínu „integrace“ chápán v širším významovém i aplikačním smyslu“ (Vítková, 2004: 20).

Pojem „inkluze“ Matoušek používá ve Slovníku sociální práce pouze v souvislosti se vzděláváním – individuální integrace/inkluzivní při vzdělávání. Definuje ji jako „výuka dítěte se zvláštními potřebami podle individuálního vzdělávacího plánu v běžné třídě a škole“ (Matoušek, 2003: 84). Nováková (2004) rozšiřuje pojem i na komunitní život. Zabývá se rozdíly v konceptech integrace a inkluze. Dle Novákové se oba pojmy používají na profesním edukačním poli v České republice často shodně. V závěrech autora Stainbacka lze pozorovat, že v oblasti amerického i skandinávského mainstreaming<sup>14</sup> se více aplikuje pojem úplná inkluze (Nováková in Vítková et al., 2004). Prvním důvodem je přesný překlad anglického pojmu „*to be included*“, který je chápán jako „*být zahrnut*“ nebo „*být úplnou součástí*“. Druhým důvodem je termín integrace, který spíše vyjadřuje způsob, kdy nějaká skupina byla vyčleněna a je zpátky integrována do běžného proudu, školy nebo komunitního života. Za další, inkluzivní protředí je specifické tím, jak je schopno vybudovat systém, který bude inkluzivní – tj. strukturován směrem k plnění potřeb každého jedince s postižením. Důležitá je také

---

<sup>14</sup> Mainstreaming - horizontální i vertikální prosazování a začleňování nových důležitých poznatků do politiky, praxe a životního stylu

podpora každého nepostiženého člena školy či komunity tak, aby se nebál přijmout jedince s postižením (Nováková in Vítková et al., 2004: 9). Jankovský se vyjadřuje k inkluzi jako k rovnoprávnému vztahu minority a majority, jde o vyrovnání příležitostí (Jankovský, 2005). Ucelené informace o inkluzivním vzdělávání podávají Hájková a Strnadová (Hájková, Strnadová, 2010). Dokládají závěry výzkumných šetření z terénu pedagogické praxe v České republice i zahraničí.

### **1.5.3 Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluzie)**

Definováním pojmů sociálního vyloučení a sociálního začleňování se podrobně zabývají např. Mareš a Sirovátka (2008). Existuje celá řada definic sociální exkluze. Evropská unie prezentuje obecně rozšířené pojetí sociální exkluze a vymezuje sociálně vyloučené jedince „jako obyvatele/občany dané společnosti, kteří z důvodů,  *které nemají sami pod kontrolou*, nemohou participovat na obvyklých aktivitách, k nimž by je jejich občanství opravňovalo a na něž aspirují“ (Burchardt, Le Grand, Piachaud 1999: 229, in Mareš, Sirovátka, 2008). V této definici je určen systém, do něhož je žádoucí, aby byli tito vyloučení občané integrováni. Předpokládá se přitom nejen silný důraz na právo těchto jedinců na integraci, ale současně se předpokládá i jejich vlastní vůle být integrováni. Sociální exkluze je dnes chápána jako proces, který jedince zbavuje práv, ale i povinností, která jsou spojena s jeho členstvím ve společnosti.

Room (1995, in Mareš, Sirovátka, 2008) rozebírá definici sociální exkluze zformulovanou Evropskou komisí a konstatuje, že tato definice je založena na myšlence práva občana na základní životní standard (bydlení, vzdělání, zdraví, služby, práci) a na myšlence práva občana na participaci ve společnosti. Takto je spjata i s obecnějšími koncepty, jako jsou obecně uznaná lidská práva, ale také občanství jakožto soubor oprávnění k určitým občanským, politickým a sociálním právům i jako soubor určitých povinností s užíváním těchto práv v dané společnosti spojených. Tento koncept umožňuje zohlednit multifaktorovost postižení jedinců či kolektivit co do příčin a projevů (Room 1995, in Mareš, Sirovátka, 2008). Zahrnuje nezaměstnanost, diskriminaci, sociální izolaci, materiální deprivaci a chudobu, sociální utrpení a mizérii všech forem. Sociální exkluze je totiž chápána jako proces, který vede obvykle k deprivaci ve více oblastech či dimenzích života, které se navzájem ovlivňují (Mareš,

Sirovátka, 2008). Existuje přitom řada snah vymezit tyto **dimenze sociální exkluze** (např. Percy—Smith, 2000, in Mareš, Sirovátka: 275):

- **dimenze ekonomická** (dlouhodobá nezaměstnanost, nízký příjem a příjmová chudoba...)
- **dimenze sociální** (rozbití tradiční domácnosti a rozpady manželství, sociální izolace, bezdomovectví, různé sociálně patologické jevy jako kriminalita, nechtěná těhotenství nezletilých...)
- **dimenze politická** (upírání politických práv, neschopnost participace, nízká účast ve volbách...)
- **dimenze komunitní** (devastované prostředí a obydlí, nedostupnost služeb, kolaps podpůrných sítí...)
- **dimenze individuální** (fyzický nebo mentální handicap či nemoc, chybějící vzdělání a kvalifikace, ztráta sebevědomí a sebeúcty...)
- **dimenze skupinová** (koncentrace uvedených charakteristik vyloučení v určitých sociálních skupinách)
- **dimenze prostorová** (koncentrace vyloučených v oblastech s kumulací rizikových vlivů a bez odpovídající kvality života: kriminalita, špatné životní prostředí, nedostatečná dopravní dostupnost a infrastruktura, nekvalitní občanská vybavenost včetně školství a zdravotnictví...).

Názory na používání konceptů sociální exkluze a sociální inkluze nejsou jednotné ani na akademické půdě, ani v oblasti sociální politiky (Mareš, Sirovátka, 2008). Dle Duffyho (1995, in Mareš, Sirovátka, 2008) není neschopnost vyloučených efektivně participovat na ekonomickém, politickém, kulturním a sociálním životě společnosti jen jejich osobním rizikem, ale představuje i riziko pro společnost. Vede totiž k odcizení se vylučovaných hlavnímu proudu společnosti, jeho hodnotám a institucím.

### ***Sociální inkluze***

V souboru opatření sociální politiky zaměřených proti sociální exkluzi sehrává v členských zemích Evropské unie důležitou roli agenda sociálního začleňování. Evropská komise ovlivňuje členské země k přijetí odpovídajících cílů a opatření a společně s nimi provádí hodnocení dosažených výsledků. Hlavními nástroji jsou

Národní zprávy o sociální ochraně a sociálním začleňování a společné zprávy o sociální ochraně a sociálním začleňování (National reports on social protection and social inclusion, Joint reports on social protection and social inclusion) (Mareš, Sirovátka, 2008). Přestože inkluze není v pravém slova smyslu protikladem exkluze, nelze je od sebe oddělit. Multidimenzionalita příčin sociálního vyloučení (ale i sociální inkluze) znamená pro inkluzivní sociální politiku podstatnou výzvu. Dimenze sociálního vyloučení se mohou překrývat, a mohou tak vytvářet multidimenzionální deprivaci. Vyloučení v jedné dimenzi může také oslabovat pozitivní vliv opatření podporujících začlenění v jiných dimenzích (oblastech): začlenění v jedné dimenzi nemusí pak nutně znamenat začlenění v dimenzích jiných (Mareš, Sirovátka, 2008).

#### *Přístupy k sociálnímu začleňování*

Podle Levitas (1998 in Mareš, Sirovátka, 2008) existují v současnosti tři základní přístupy k sociálnímu začleňování (sociální inkluzi).

1. *Redistributivní přístup*, který se zaměřuje na odstranění sociálního vyloučení především využitím dávek sociálního zabezpečení.
2. *Integrativní přístup*, ve kterém je za základní mechanismus sociální inkluze považováno placené zaměstnání, případně jiné strategie překonání sociální izolace.
3. *Moralizující přístup*, ve kterém jsou příčinou sociální exkluze určitých osob jejich patologické morální a kulturní charakteristiky a základním mechanismem začlenění je jejich resocializace.

V politice sociálního začleňování jsou všechny tyto přístupy přítomny.

Strategie začleňování se odlišují podle důrazu připisovaného různým příčinám sociálního vyloučení a návazně i důrazu na typ přijímaných řešení. Střetává se zde přístup, který zdůrazňuje jako příčinu zejména *individuální selhání*, druhý naopak zejména kumulaci *objektivních znevýhodnění* (Layte, Whelan, 2003). Při začleňování na trhu práce akcentuje „individualizující“ přístup nutnost individuální flexibility jednotlivce: vůči nabízeným mzdám, pracovnímu režimu a pracovním podmínkám i pracovní činnosti. Druhý přístup, objektivizující příčiny sociálního vyloučení, je naopak spojen s důrazem na větší redistribuci, jež má poskytnout společenský „standard“ a zamezit materiální deprivaci i vyloučení z většinového způsobu života. Ve snaze pomoci překonat bariéry integrace na trhu práce je pak častěji vyvíjeno značné úsilí v

podpoře rozvoje lidského a sociálního potenciálu těch, kteří jsou začleňováni (in Mareš, Sirovátka, 2008).

#### **1.5.4 Možnosti inkluzivního začleňování mentálně postižených osob do společnosti**

Největší skupinu v populaci mentálně postižených osob tvoří jedinci s lehkým stupněm mentální retardace, u kterých je prognóza sociální integrace zpravidla velmi dobrá. Tito lidé jsou 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 chráněného či podporovaného bydlení a podporovaného zaměstnání. Jiná je situace osob s těžšími mentálními postiženími, které mají mimo jiné velké obtíže i v běžném sociálním kontaktu. Jejich spontánní projevy (dotýkání se druhých, neobvyklé projevení emocí atd.) jsou pro okolí většinou velice překvapivé a ne každému příjemné. I když tito jedinci žijí v rodině, zůstává jejich sociální síť většinou řídká a patří mezi osoby mimořádně ohrožené rizikem sociální exkluze (Slowík, 2007). Tématem sociální exkluze se zabývá např. Mareš a Sirovátka (2008). Zmiňují se o sociální exkluzi jako o ohrožení integrity a sociální koheze. Giddens (1998, in Mareš a Sirovátka, 2008) uvádí, že koncept sociální exkluze se vztahuje k mechanismům, které mají za následek oddělování určitých skupin od hlavního proudu společnosti.

Reálné schopnosti lidí s mentálním postižením nejsou z hlediska jejich sociální integrace vždy rozhodující. Setkávají se totiž velmi často s předsudky, nepochopením a nepřijetím ze strany intaktní populace, která je dle Šišky (2005) apriori považuje za méně schopné a někdy dokonce za méněcenné. Společnost zdůrazňuje obavy z možných rizik při osamostatňování osob s mentálním postižením v práci i bydlení, při jejich partnerském soužití (především obavy z nežádoucího otěhotnění a nezvládnutí rodičovských rolí apod.). Obavy má společnost snad i s otevřeností, která je pro některé osoby s mentálním postižením tak typická. Slowík (2007) uvádí nepravdivost tvrzení, že mentálně postižení lidé si svou situaci neuvědomují a nezáleží jim na jejich společenském statusu. Cílem hnutí sebeobhájců je naučit osoby s mentálním postižením uvědomovat si svou hodnotu a společenskou roli, stávat se tak pro ostatní členy společnosti partnery, nikoliv pouze bytostmi závislými na jejich pomoci. Zkušenosti dokazují, že jde o velmi rozumný a efektivní přístup k lidem s mentálním postižením (Slowík, 2007).

## **1.6 Problematika posouzení situace osob s disabilitou**

Problematika posuzování osob s disabilitou se stává stále důležitějším problémem, který podle Pfeiffera (2008) přichází s rozvojem moderní medicíny. Moderní medicína dokáže léčit i velmi těžké, dříve smrtelné poruchy organismu, které člověka omezují v jeho aktivitách a ocitá se v „disabilní situaci“. V souvislosti s poruchami některých funkcí a struktur nabývá omezení, které prožívá, velké závažnosti. Tato omezení lze pak kompenzovat funkcemi neporušenými, to je zdravím a faktory prostředí (Pfeiffer, Švestková, 2008). Pojem disability se stal na mezinárodní úrovni zastřešujícím výrazem v oblasti funkčních poruch, aktivit a participací a je také jedním ze základních pilířů výše zmiňované klasifikace MKF (WHO, 2001). Evropská unie i ostatní státy světa potřebují kvalitní, věrohodná a srovnatelná data, bez kterých nelze poznat a posoudit, jak se celková situace osob s disabilitou vyvíjí (WHO, 2001). Evropská unie se zavázala, že bude k hodnocení osob s disabilitou používat klasifikaci MKF.

### **1.6.1 Posouzení situace klienta v sociální práci**

Posouzení životní situace klienta je dle Navrátila (Navrátil in Janebová et al., 2008) pravděpodobně jedním z nejobtížnějších a nejkontroverznějších témat v sociální práci. Je považováno mnoha autory (např. Coulshed, 2006; Bartlett, 1973) za důležitý úkol, který je základní buňkou všech aktivit sociálního pracovníka. Mnozí autoři připisují procesu posouzení v sociální práci mimořádné místo (McDonald, 1999; Watson a Westová, 2006; Coulshedová a Ormeová, 2006 aj., in Navrátil, 2009). Parker a Bradleyová (2007, in Navrátil, 2009) uvádějí, že důležitost procesu posouzení je také v tom, že tento proces nestojí mimo ostatní aktivity a fáze sociální práce. Podle nich proces posouzení v sociální práci nelze separovat od vlastní intervence. Posouzení tedy souvisí s plánováním, intervencí i jejím hodnocením. Pokud je posouzení efektivní, potom je úspěch intervence dle autorů více pravděpodobný. Milnerová, O'Byrne, (2002, in Navrátil, 2009) argumentují, že nejde ovšem jen o technickou efektivitu intervence, proces posouzení je také interakcí osob a může být prostorem komunikace, sdílení i otevírání nových životních cest.

Navrátil (2009) se zabývá pojmy „diagnóza“ a „posouzení“. Vystavuje je kritice a srovnává pojetí různých autorů, např. Pierson a Thomas (2006), kteří předpokládali, že posouzení má být paralelou diagnostiky v medicíně. Později však sociální pracovníci

zjistili, že nejsou schopni provést diagnózu, které by zahrnula všechny aspekty života osoby, tedy například psychický stav, rodinné vztahy, tělesné zdraví, finanční a bytové podmínky atd.

Posouzení životní situace není dle Navrátila (2009) ničím jiným než pokusem o hledání obrazu životní situace klienta (a někdo by řekl pravdy o situaci klienta), kterému má být v souladu s ním nabídnuta přiměřená a účinná pomoc. Sociální pracovník nemůže snaze poznat a vysvětlit životní situaci svého klienta uniknout. Jde především o to, aby mohl vhodně a účinně pomoci svému klientovi. Před zásahem do klientova života musí sesbírat a utřídit významná fakta, musí jim porozumět, a teprve pak může spolu s klientem hledat východiska nového života a řešení problémového stavu. Vedle toho také sociální pracovník svůj postup musí argumentovat nejenom vůči klientovi, svým kolegům v organizaci, supervizorům a nadřízeným, ale musí jej být schopen objasnit také externím institucím (soud a jiné instituce). Posouzení je proces, na jehož základě sociální pracovník dospívá k návrhu sociální intervence (Navrátil, 2009).

#### 1.6.1.1 Interakce sociálního prostředí a klienta

Pro interakci sociálního prostředí a klienta Bartlettová (1973) používá pojem sociální fungování. Pojem sociální fungování autorka ve své knize *The common base of social work practice* (1973) používá pro označení interakcí, které probíhají mezi nároky sociálního prostředí a lidmi. Autorka vychází z předpokladu, že životní situace je nároky prostředí značně ovlivněna. Přitom je nutné rozlišit dimenzi schopnosti řešit problémy (coping = zvládání) a dimenzi nároků sociálního prostředí, ve kterém se daný jedinec nachází (Bartlett, 1973). Navrátil a Musil (2000) shrnují, co tento pojem ve vztahu k životní situaci objasňuje. Jádrem funkcionálního konceptu sociálního fungování je představa, že lidé a prostředí jsou trvale v interakci. Pokud jde o vlastnosti této interakce, je podstatné, že prostředí klade na člověka určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat. „Zdravé“, „bezproblémové“ jsou takové interakce, kdy mezi požadavky prostředí a člověkem panuje rovnováha. Pokud lidé požadavky prostředí dostatečně nezvládají, rovnováha je rozkolísána a potom vzniká problém. Někteří lidé jsou schopni si s problémem poradit a nastolit znovu rovnováhu (buď sami či s pomocí blízkých osob), jiní tuto schopnost nemají a svou problémovou situaci nezvládají. Příčinou problémů nebo jejich nezvládání může být nedostatek dovedností na straně klienta, nebo nepřiměřenost požadavků prostředí vůči němu. Předmětem intervence



sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta dovednosti zvládat, a tím, co od něj prostředí očekává. Jeho cílem je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládnutí a této kapacitě více či méně přiměřenými požadavky prostředí (in Navrátil, 2009).

Moderní pojem sociálního fungování napomáhá pochopení aktuální životní situace a jako takový jej lze využít i při posouzení životní situace. Na základě jeho znalosti může sociální pracovník klást otázky následujícího typu (Navrátil, 2009):

- \* Jaká je schopnost daného jednotlivce/skupiny zvládat problémy?
- \* Jaké jsou nároky sociálního prostředí, ve kterém daný jedinec (či skupina) o řešení svých problémů usiluje?
- \* Jakou podporu prostředí jednotlivci poskytuje?
- \* Jak probíhají interakce osob a prostředí?
- \* Které požadavky prostředí daný jedinec/skupina dostatečně nezvládají?
- \* Co by pomohlo obnovit zvládnutí?
- \* Jaké jsou příčiny či okolnosti problémů a jejich nezvládnutí?
- \* Co by mělo být předmětem intervence sociálního pracovníka?
- \* Je příčina problémů nebo jejich nezvládnutí v nedostatku zdrojů na straně klienta, nebo prostředí?

#### 1.6.1.2 Prvky a systémy životní situace

Zatímco termín sociální fungování se týká dynamické stránky životní situace (vyjadřuje napětí mezi osobou a prostředím v konkrétním čase a prostoru), je třeba z popisu životní situace nevynechat její statickou stránku, kterou tvoří prvky a systémy.

Osoby (klienti), jejich charakteristiky i další aspekty prostředí vytváří pilíře aktuální životní situace. Když sociální pracovník popisuje strukturální stránku životní situace, zaměřuje se typicky na faktické a jasně ohraničené znaky: například pohlaví, věk, zaměstnání, počet dětí atp. Navrátil s Musilem (2000) hovoří o čtyřech hlavních dimenzích životní situace: dimenze *fyzilogická*, *psychologická*, *sociální* a *noogenní* (in Navrátil, 2009). Musil uvádí, že životní situaci tvoří komplex mnoha faktorů, které se vzájemně ovlivňují a podmiňují. Píše: „Životní situace každého člověka má ovšem více než jednu dimenzi. Lidé ve svém každodenním životě mívají potíže s uspokojením různorodých potřeb. Vedle potíží s příjmem to mohou být potíže s udržením tělesného a

psychického zdraví, s identitou a duchovním (existenciálním) zakotvením, se vztahy ke svým nejbližším nebo se vztahy ke specializovaným organizacím (zaměstnavatelům, škole, údržbě bytového fondu, úřadům atd.), se strukturací času a s neuspokojivou náplní života, se zákonem, se vztahem k moci a k autoritám a tak dále.“ (Musil, 2004: 126).

Někteří autoři (např. Sheafor, Hořejší, 2000, in Navrátil, 2009) se pokoušejí určit prvky a systémy, které životní situaci utvářejí. Jako základní elementy životní situace uvádějí:

- \* věk, pohlaví, stav, složení domácnosti;
- \* rodinná struktura a vztahy (biologické děti, nevlastní děti, rodiče apod.);
- \* zaměstnanost, postavení v zaměstnání a jeho charakter;
- \* sociální aktivity a zájmy (koníčky a rekreační aktivity apod.);
- \* členství ve formálních skupinách (církve, apod.);
- \* zdroje podpory a napětí v sociálních interakcích (mezi lidmi a mezi lidmi a komunitními systémy);
- \* využití formálních zdrojů (sociální zabezpečení, lékařská péče apod.);
- \* neformální zdroje (širší rodina, příbuzní, přátelé, sousedi, svépomocné skupiny).

Navrhovaná schémata lze chápat jako inspirativní, vždy se lze totiž domnívat, že v jedinečné situaci klienta mohou figurovat ještě jiné významné parametry, které životní situaci podstatně určují či přinejmenším charakterizují (Navrátil, 2009).

Musil (2004) ukazuje, že životní situace je mnohorozměrná a že její neuvážená redukce sociálním pracovníkem na jeden rozměr je problematická a nefunkční. Redukcionistický přístup k životní situaci ilustruje na příkladu dávkových systémů a vysvětluje, že zatímco pro jednu skupinu klientů může být sociální příjem dostačující podporou v obtížné životní situaci (disabilní situaci), druhé skupině klientů pouze poskytování příslušné sociální dávky řešit nepříznivou životní situaci nepomůže<sup>15</sup>. Dodává, že k tomu, aby sociální příjem i u této skupiny zapůsobil jako nástroj řešení sociální situace, vyžaduje jejich životní situace individuální posouzení a pak provedení cílené a patrně komplexnější intervence.

Vědomí přítomnosti určitých struktur a prvků v životní situaci může sociálnímu pracovníkovi při posouzení životní situace napomoci klást otázky typu:

---

<sup>15</sup> Srov. MKF, 2008; Švestková, Pfeiffer, Kupková, Matlasová, 2008; aj.

- Které prvky a systémy jsou přítomny v konkrétní životní situaci klienta?
- Jaké jsou vlastnosti prvků a systémů v dané životní situaci klienta?
- Jaké role klient vykonává? (Pro skupinu: Jak jsou role v klientské skupině rozloženy?)
- Jaké významy jsou těmto prvkům, systémům a rolím klientem připisovány?

## 1.6.2 Teoretické modely posuzování situace klienta v sociální práci

Navrátil (2009) kategorizuje *teoretické modely posouzení* a zabývá se pojetím konstruktivistickým a objektivistickým. Jako „vědecké pozorování“ označuje posuzování objektivisticky orientované. Druhou polaritu posuzování reprezentuje pojetí konstruktivistické, které bývá vnímáno spíše jako „umění“ (O'Byrne, 2000, in Navrátil, 2009), jako hledání příběhu.

### 1.6.2.1 Objektivistický model posouzení

Objektivistický model posouzení vychází z medicínského modelu diagnostiky chorob a jejich příčin. Tento model pracuje s tvrdými daty, provádí srovnání nálezů, „provádí“ posouzení, je techničtější, ale je nepřesné. Při jeho aplikaci v sociální práci se předpokládá, že individuální a sociální problémy mohou být diagnostikovány a že sociální pracovník má k dispozici lék, po jehož předepsání a užití mohou být problémy vyléčeny. Sociální pracovníci se v rámci tohoto typu procesu posouzení hlásí k tomu, že legitimně disponují mocí a otevřeně ji využívají (Navrátil, 2009).

### 1.6.2.2 Konstruktivistický model posouzení

Konstruktivistický přístup k posouzení vychází ze sociálního konstruktivismu. Jak příčiny obtíží v životní situaci jsou podle konstruktivistů různorodé, tak i řešení mohou být různá. Milnerová a Byrne (1998, in Navrátil, 2009) obhajují konstruktivistickou pozici. Tvrdí, že objektivistické posouzení je nahlíženo jako hledání jediné pravdy, ve skutečnosti však vedle sebe existuje mnoho rovnocenných pravd a náhledů na životní situaci. Je podle nich podstatné, aby sociální pracovník tuto komplexitu akceptoval a vyhnul se tak zjednodušování.

Konstruktivisté upozorňují na to, že vždy, když sociální pracovník pracuje s určitými daty (i s tzv. tvrdými), současně je také interpretuje (tzv. interpretační aspekt posouzení). Interpretace různých sociálních pracovníků se mohou lišit, a to i v případě

nálezu stejných údajů (Navrátil, 2009). Podle Coulsheadové (2006) je velmi důležité věnovat pozornost předpokladům, které předchází tvorbě hypotéz, výzkumných nástrojů (dotazníků), sběru dat, a také tomu, které interpretaci se dává přednost a případně proč. Upozorňuje, že už prvotní předpoklady (jaká data a jakým způsobem se budou sbírat) mohou vytvořit předobraz výsledné interpretace.

Konstruktivistický přístup k posouzení pracuje s východiskem, že existuje více než jedna příčina problému a existuje více než jedno řešení. Konstruktivistické posouzení není jen jednorázovou událostí, ale kontinuálním procesem. Klade důraz na aktivní participaci klientů i dalších aktérů životní situace v procesu posouzení (Navrátil, 2009). Konstruktivisté dále zdůrazňují nezbytnost otevřenosti vůči opětovnému přezkoumávání hypotéz a závěrů, o nezbytnosti reflexe procesu posouzení. V konstruktivistickém posouzení je kladen důraz na to, že sociální pracovník uzná svá vlastní východiska, předsudky i teoretická východiska, která používá k interpretaci informace. Mezi tato východiska patří životní orientace, teoretická východiska a také vlastní předsudky. Konstruktivistické posouzení tak klade vysoké nároky na schopnost intelektuální reflexe a specificky sebereflexe a předpokládá znalost různých teoretických přístupů, které mohou aplikovat ve svém posouzení (Coulshead, 2006).

Konečný úsudek sociálního pracovníka se postupně utváří v průběhu celého posouzení, nevzniká jednorázově (Navrátil, 2009). Význam partnerského vyjednání výsledného úsudku ozřejmují také další autoři (např. Musil, 2004), kteří zpochybňují legitimitu expertní pozice sociálního pracovníka.

#### 1.6.2.3 Reflexivní syntéza v posuzování

Většina sociálních pracovníků při práci využívá obou přístupů k posouzení (dle výzkumné studie Hollandové, 2004; in Navrátil, 2009). Dle výsledků studie uvedené autorky sociální pracovníci upřednostňují vědecký přístup v situaci, kde budou muset obhajovat svá stanoviska před vnější autoritou. Ukázalo se, že neexistuje jediná správná cesta, jak přistoupit k procesu posouzení (Navrátil, 2009). V praxi sociální pracovníci používají různé formy posouzení. Společenské instituce a některé jiné profese od sociálních pracovníků často očekávají, že jim sociální pracovníci poskytnou vědecká měření, objektivitu a jistotu, sami sociální pracovníci však často vedle vědecké objektivitu považují za podstatnou součást posouzení také individuální vztah, úsudek a

reflexi. Navrátil (2009) se domnívá, že obě polariry přístupu k posouzení mají své přednosti a je smysluplné uvažovat o jejich reflexivní syntéze.

Domnívám se, že z charakteristik uvedených přístupů k posouzení životní situace lze konstatovat, že posuzování dle klasifikace MKF je syntézou obou krajních pólů, tedy objektivistického (vědeckého) posouzení a posouzení konstruktivistického, ve kterém by mělo docházet ke kvalitativnímu úsudku a k reflexi. Tedy k přehodnocování informací, myšlenek, pocitů i celkového porozumění, které se utvořilo během procesu posouzení.

### **1.6.3 Posouzení stupně závislosti dle principů MKF**

Dle Metodiky posuzování funkční schopnosti a hodnocení pracovního potenciálu vydané v roce 2008 (Švestková et al., 2008) je žádoucí, aby pracovní potenciál a disabilita byly hodnoceny dle principů běžných ve státech EU, tedy dle Mezinárodní klasifikace. S pokrokem v medicíně stoupá i množství osob s disabilitou, dle WHO je to 9 – 13% lidí, tedy velká minorita obyvatel. Vedle etických a morálních výhod je i velmi ekonomicky výhodné objektivně a co nejdříve po úrazu či vrozené vadě posoudit funkční schopnost pacientů a zmírnit disabilitu. Pokud postižení přetrvává, umožnit lidem důstojný život a optimálně je integrovat do společnosti. Prioritou je vyrovnání příležitostí lidí s disabilitou s většinovou populací, umožnit jim co nejlepší možnou kvalitu života.

Pro posuzování zdravotního stavu a stupně závislosti platí v ČR obecné principy posudkové činnosti, kdy lékař lékařské posudkové služby (LPS) vychází ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem ošetřujícího lékaře, z výsledku sociálního šetření a ze zjištění potřeb osoby, popř. z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření. Posouzení je pak výsledkem hodnocení 129 činností (71 činností v rámci úkonů péče o vlastní osobu a 58 činností v rámci úkonů soběstačnosti) pro 36 jednotlivých úkonů (Čevela, Čeledová, 2011). Neschopnost zvládat úkon může být zjištěna v oblasti psychické, v oblasti fyzické nebo v oblasti psychické či smyslové. Autoři Čevela a Čeledová popisují stávající metodu posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a jeho dopadů na soběstačnost a schopnost péče o vlastní osobu jako příliš determinovanou exaktním bodovým ohodnocením (vyhláška č. 505/2006 Sb.; zákon č. 108/2006 Sb.). Posuzování osoby v široké škále činností tak

vede k dílčímu pohledu na potřeby posuzované osoby, tedy neumožňuje celostní pohled na potřeby člověka, nerespektuje zásady posudkové personalizované medicíny.

Čevela a Čeledová (2011a, 2011b) popisují nová posudkově-medicínská kritéria pro posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Kritéria vycházejí z již v praxi osvědčeného hodnocení aktivit denního života a současně jsou prvním krokem na cestě k přijetí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví odbornou veřejností. Začleněním prvků MKF, která v sobě obsahuje všechny složky lidského zdraví a některé složky životní pohody, do posudkově-medicínských kritérií pro hodnocení stupně závislosti se tak mění pohled odborné veřejnosti na zdravotní postižení.

Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, jeho dopady na soběstačnost a schopnost pečovat o vlastní osobu, je základním kritériem pro určení míry závislosti osob na pomoci jiné osoby. Pro účely zákona o sociálních službách je dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav definován nově jako zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než jeden rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnání základních životních potřeb.

Zpřehledněním posuzování stupně závislosti ze stávajících 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života, tj. základních životních potřeb, dojde k objektivnějšímu posouzení potřeby klientů (Čeledová, Čevela, 2011, viz. **Příloha č. 3**). Příloha č. 3 ukazuje agregaci 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 životních potřeb s promítnutím do Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Přitom zůstane zachován ucelený pohled na každodenní běžné životní aktivity nutné pro sociální začlenění. Nové posuzování vychází z konceptu hodnocení Activity of Daily Living (ADL), které je od poloviny 60. let minulého století užíváno u pacientů s disabilitou. Dle ADL je rozhodující především funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivity a participace. Bazální ADL (pADL) se týká sebeobsluhy, hodnotí se např. přemísťování, koupání. Instrumentální ADL (iADL) se týká složitějších činností, které podmiňují jeho soběstačnost. Patří sem např. nakupování, vedení domácnosti nebo nakládání s penězi (Topinková, Neuwirth, 1995; MKF 2008; Čevela, Čeledová, 2011 aj.). Změna posudkově-medicínských kritérií při hodnocení stupně závislosti tedy navazuje na již užívané hodnocení ADL a v podstatě předchází plošnému

používání Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví ošetřujícími lékaři. Změna kritérií tedy využívá principy této klasifikace.

V ČR zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 366/2011 Sb., upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči (ÚZ č. 702 Sociální zabezpečení, 2009). Švestková (2008) hledá možnost uplatnění tohoto zákona, který se ukázal jako těžko aplikovatelný z důvodu absence zákona o rehabilitaci. V rehabilitačním zákoně, jehož návrh podala Švestková a kol., poukazuje na práva a povinnosti jak pracovišť, která budou zákon aplikovat, tak cílových skupin, tedy občanů s disability (Švestková et al., 2008). Zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) je určitou snahou o aplikaci MKF v České republice, a to především z hlediska komunitní rehabilitace a sociálních služeb. Důležité je hodnocení reziduálního zdraví neporušených funkcí. Spojení těchto poznatků provádí moderní rehabilitace, která začíná ve zdravotnickém prostředí, ale nutně přesahuje i do dalších oblastí a stává se tak celospolečenským úkolem (Pfeiffer, 2008). Vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se zmiňuje o posouzení dle kritérií MKF.

Posouzení dle MKF se uplatní rovněž pro účely zákona č. 155/ 1995 Sb., o důchodovém pojištění. Vyhláška č. 359/2009 Sb. o posuzování invalidity, upravuje finanční dávky, které jsou poskytovány v případě, že občan ztratil zdroj obživy a není schopen si takový zdroj opatřit. Důchod se přiznává na základě posouzení zdravotního stavu, který bude možno v budoucnu mnohem přesněji posoudit pomocí uvedené MKF, tzn. hodnotit funkční schopnosti člověka (Matlasová, 2010). Při určování poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti člověka se vychází z jeho zdravotního stavu, který je doložen výsledky funkčních vyšetření, a jeho schopností vykonávat práce odpovídající zachovaným tělesným, smyslovým a duševním schopnostem s přihlédnutím k výdělečným činnostem, které vykonával před tím, než k takovému poklesu došlo (Švestková, Pfeiffer, 2009a). Dále se přihlíží k možnostem jeho rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti.

Funkční schopnosti by se tedy měly hodnotit s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby. Dále s využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků,

předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku. Toto hodnocení přináší koncepcí MKF. Jde o konstrukci funkční diagnózy, která je odlišná od diagnózy etiologické. Funkční diagnóza je v průběhu porušeného zdravotního stavu (nemoci, úrazu, vrozené vady) stejně důležitá jako diagnóza etiologická a s odstupem času je v mnoha situacích i důležitější (Čevela et al., 2009; Matlasová, 2011; Švestková, Pfeiffer, 2009). Dle sdělení č. 431/2009 Sb. Českého statistického úřadu o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví je MKF určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. MKF je dle sdělení ČSÚ povinen používat každý ošetřující lékař (nebo zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy (tzv. kvalifikátory) musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní (Sdělení Českého statistického úřadu, 2009, Příloha č. 2).

Posuzování dle principů MKF směřuje k užívání funkční diagnózy a salutogenetickému přístupu ke zdraví, ke sledování kvality života. Posuzování stupně závislosti posudkovým lékařem tak, jak je navrženo výše, je současně pokračováním změny nového přístupu ke zjištění závislosti posuzovaných osob, které bylo zahájeno v lednu roku 2011 novým pojetím sociálního šetření (Čevela, Čeledová, 2011).

#### 1.6.3.1 Sociální reforma 2011

Proces sociální reformy 2011 byl zahájen návrhy legislativních změn, které zpracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. MPSV zpracovalo návrhy řešení v pěti klíčových oblastech: v dávkovém systému, v oblasti péče o zdravotně postižené občany, v oblasti zabezpečení osob b hmotné nouzi, v legislativě pracovně-právní a v neposlední řadě také v oblasti rodinné politiky a péče o děti. Nabyly účinnosti od 1. ledna 2012.

**Cíle reformy (MPSV, 2011):**

- lepší zacílení a adresnost sociálních dávek;
- dosažení maximální možné účelnosti dávek;
- zefektivnění práce orgánů státní správy;



- snížení administrativní zátěže pro uživatele služeb;
- zkvalitnění systému péče o ohrožené děti
- podpora sladění rodinného a pracovního života u rodin s dětmi

**Nástrojem** k dosažení cílů jsou zejména tyto mechanismy:

- zavedení jednotného výplatního místa dávek;
- snížení počtu vyplácených dávek jejich agregací do větších celků;
- zavedení efektivního hodnocení příjmů žadatelů o dávky.

Jednou ze změn je nástroj k dosažení cíle reforem, a tím je snížení počtu vyplácených dávek jejich agregací do větších celků. Jde o *zjednodušení posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS)* pro stanovení stupně závislosti za účelem přiznání příspěvku na péči, dále pak o *vznik dvou nových příspěvků*:

1) **na mobilitu**

2) **na zvláštní pomůcky.**

Toto spočívá ve sloučení a modifikaci různých existujících dávek v oblasti mobility do jednoho opakujícího se příspěvku na mobilitu. Pomoc, kterou není důvodné poskytovat jako opakující se, je navrhována v podobě jednorázové dávky – příspěvku na zvláštní pomůcky, která se bude orientovat na oblast kompenzačních pomůcek, zvláštních úprav a zakoupení vozidla nebo úpravy bytu.

Tedy souhrnně – „příspěvek na mobilitu“ bude dávkou opakující se, „příspěvek na zvláštní pomůcku“ dávkou jednorázovou. Oba tyto příspěvky má posuzovat a vyplácet Úřad práce ČR.

Schopnost zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace se pro nárok na příspěvek na mobilitu bude posuzovat podle zákona o sociálních službách stejným způsobem jako pro účely příspěvku na péči (Čevela, Čeledová, 2011a: 309; Čeledová, Čevela, 2011b).

Dávky, které jsou agregovány do jednoho „Příspěvku na mobilitu“, tvořily dříve (do 1.1.2012) tyto dílčí příspěvky:

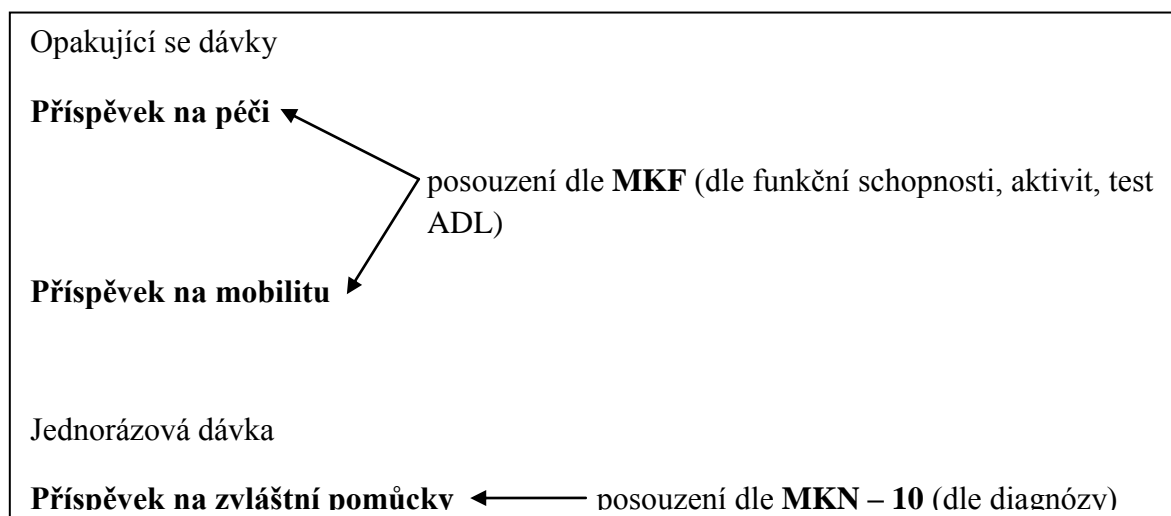
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla/příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla

- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozila
- příspěvek na provoz motorového vozidla

Dávky, které jsou agregovány do jednoho „Příspěvku na pomůcky“, tvořily dříve tyto dílčí příspěvky (MPSV, 2011):

- příspěvek na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla

**Obr. č. 3** Sociální reforma (s účinností od 1. 1. 2012)



*Zdroj: Interní zdroj MPSV, vlastní úprava*

Sociální reforma agregace péče o vlastní osobu a soběstačnost (36 úkonů a 129 činností) do 10 základních životních potřeb (mobilita, orientace, komunikace, stravování, obouvání a oblékání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity, péče o domácnost, viz. příloha č. 3) přinese zjednodušení posuzování stupně závislosti, sníží časovou a administrativní náročnost vypracování posudku při zachování objektivit posuzování. Ve svém důsledku to bude znamenat pružnější řízení směrem ke klientovi a zvýšení efektivity činnosti posudkové služby (Čevela, Čeledová, 2011: 314). Začleněním nových prvků MKF (obsahující všechny složky lidského zdraví) do posudkově-medicínských kritérií pro hodnocení stupně závislosti se mění pohled odborné veřejnosti na zdravotní postižení. V podstatě jde o novou definici, kdy člověk není označován jako postižený, ale nachází se v prostředí, které je pro něj disabilní, tj. v rámci svého zdravotního postižení má snížené funkční schopnosti a setkává se

s barierami v prostředí. Tedy zvládnání základních životních potřeb v přijatelném standardu vychází z toho, co je v daném sociokulturním prostředí v určité oblasti očekáváno. Nové principy posuzování sledují kvalitu života.

### ***1.7 Sociální práce s osobami s mentálním postižením***

Sociální práce jako taková je vymezena dle Národní asociace sociálních pracovníků (Bartlett, 1973) jako: profesionální aktivita, zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám nebo komunitám, na zlepšení nebo obnovení jejich schopnosti sociálního fungování, a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl. Současná sociální práce zkoumá a v praxi řeší širokou škálu sociálních problémů týkajících se nejrůznějších skupin lidí. Užívá k tomu mnohé poměrně obecné přístupy společné prakticky všem sociálním pracovníkům. Kromě toho však naplňování potřeb určitých typů klientů vyžaduje také řadu znalostí a odborných postupů vázaných na jednotlivé cílové skupiny, jak uvádí Matoušek (2005): např. zneužívané, týrané a zanedbávané děti a jejich rodiny, mnohoproblémové rodiny, nezaměstnané, bezdomovce, uprchlíky, duševně nemocné, lidé s mentálním nebo tělesným postižením, rizikovou mládež a pachatele trestných činů apod.

Definice sociální práce dle Mezinárodní federace sociálních pracovníků (International Federation of Social Workers – IFSW) (Austrálie 2004) říká, že: „Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti“. (Mezinárodní etický kodex sociální práce – principy, 2009 in Matoušek, 2005)

#### **1.7.1 Sociální služby pro osoby s disabilitou**

Nejvýznamnějším prostředkem sociální rehabilitace jsou sociální služby (Matoušek, 2005). Sociální službou se rozumí veřejná služba, určená osobám nebo skupinám osob, jež se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, a která jim nabízí možnosti jak tuto situaci řešit a napomáhat tak dobrému (tzn. důstojnému, přirozenému a obecně přijatelnému)

sociálnímu fungování jednotlivců, skupin a společenství (Novosad, 2009). Podle zákona č. 108/2006 Sb. sociální služby zahrnují:

- a) Sociální poradenství
- b) Služby sociální péče
- c) Služby sociální prevence

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní. Občanům se zdravotním znevýhodněním jsou poskytovány zejména ve formě:

- ✓ Poskytování technických pomůcek
- ✓ Služby osobní asistence
- ✓ Pečovatelské služby
- ✓ Chráněného bydlení
- ✓ Respítní (odlehčovací) péče
- ✓ Domovy sociální péče pro občany s postižením
- ✓ Poradenství
- ✓ Rané péče
- ✓ Center denních služeb aj. (Matoušek, 2005; Králová, Rážová, 2007)

Druhy sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách můžeme najít v tomto zákoně (Část třetí, Hlava I., § 34). Cílem zákona o sociálních službách je zajistit fungování systému sociálních služeb, ve kterém občan není pojímán jako pouhý objekt péče, ale jako aktivní subjekt, který může mít vliv na podmínky a způsob uspokojování sociálních potřeb v prostředí, v němž žije.

### **1.7.2 Multidisciplinární tým v sociální práci s občany s disabilitou**

Týmy mají velký potenciál podílet se na moderním životě organizace (Hayes, 2005). Pracovní týmy podporují flexibilitu, zapojení a efektivitu do té míry, že zavedení týmové práce se jeví jako cesta transformace celých společností. Ne jinak tomu bude v oblasti sociální práce. Tento proces „vyžaduje určitý respekt k individuálním odlišnostem a také víru v hodnotu procesu týmové práce“ (Hayes, 2005: 175). Votava (2005) definuje multidisciplinární tým v rehabilitaci jako skupinu odborníků, kteří v rámci rehabilitační medicíny vzájemně spolupracují a dosahují tak společných rehabilitačních cílů u jednotlivých pacientů (Votava, 2005). Komplexnost péče v medicíně dnes vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého patří i

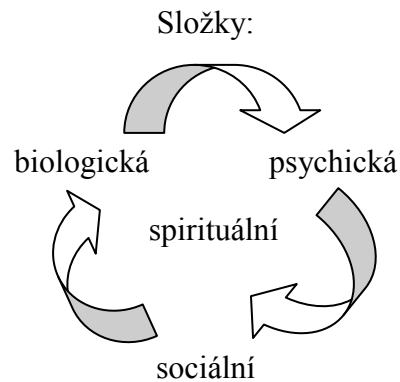
zdravotně sociální pracovník (Kuzníková et al., 2011). Multidisciplinární tým by měl být tvořen lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem, klinickým psychologem, sociální pracovníci a logopedem, někdy i speciálním pedagogem či zdravotní sestrou, případně i dalšími odborníky, dle potřeb konkrétního posuzovaného případu (Matlasová, 2010). Jankovský (2007) a další autoři (např. Hayes, 2005; zdůrazňuje partnerský vztah mezi všemi odborníky navzájem, ale také vůči rodičům a rodině člověka se zdravotním postižením. Zdůrazňuje to, aby vztahy mezi členy týmu byly založeny na vzájemné důvěře, porozumění, sdílení a solidaritě. U všech pracovníků multidisciplinárního týmu se předpokládá vysoká odbornost a profesionalita, nesmí chybět také lidský rozměr (Jankovský 2007). Jak zdůrazňuje Švestková (Švestková, Pfeiffer, 2009: 268-271), „základem moderní rehabilitace je individuálně zaměřený multidisciplinární tým, který klade důraz na včasné zahájení, vypracování rehabilitačního plánu s cílem dosáhnout optimální kvality života v co nejkratším čase a s efektivními náklady“. Přeneseno z řeči medicínské do oblasti sociální, základním krokem k sociální rehabilitaci (a následně k sociální inkluzi) je individuálně zaměřený víceoborový tým, který se podílí na vypracování plánu vyrovnávání příležitostí a začleňování člověka s postižením do společnosti s cílem dosáhnout optimální kvality života.

### **1.7.3 Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu pro posuzování dle MKF**

Sociální pracovník je odbornou osobou, která se pohybuje v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Vymezení jeho role je dána obsahem jeho práce se zaměřením na různou sociální problematiku a skupiny obyvatel (Matoušek, 2005). Sociální pracovník při výkonu své profese často spolupracuje s ostatními odborníky z různých vědních oblastí (např. psycholog, lékař, logoped apod.), mluvíme tak o interdisciplinární (mezioborové) spolupráci (Matoušek, 2008; Kuzníková, et al., 2011). Sociální pracovník je jedním z posuzujících zdravotně sociální situace klienta, jeho celkového stavu. V tomto posouzení se dnes uplatňuje holistický přístup (viz. kapitola o rehabilitaci). Jak uvádějí mnozí autoři (např. Jankovský, 2001; Šprynarová, 2006), je kladen důraz na komplexní pohled na člověka, kdy se ovlivňují složky bio – psycho-sociální a také spirituální složka (**Obr. 4**).

**Obr. 4**

Ucelený (holistický) přístup



*(Zdroj: Matlasová, Kupková, 2010, upraveno)*

Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu, sestaveném pro účely klasifikování podle MKF, by měl být v první řadě proškolen v systému klasifikování a používání záznamových archů pro MKF (tzv. core sety nebo ICF checklisty).

Sociálním pracovníkům v multidisciplinárním týmu náleží úkol tzv. spojovacího článku mezi spolupracujícími odborníky. Tito odborníci jsou proškoleni se zřetelem na týmové, komunikační a konflikty zvládající schopnosti. Také musí mít specifické znalosti pro danou problematiku se zaměřením na onemocnění klientů a z toho vyplývající zdravotně sociální problematiku pro klienta, organizační strukturu a musí znát možnosti intervence při práci s klientem. Před samotným hodnocením zdravotně sociální situace dle klasifikace MKF by sociální pracovník měl prostudovat klientovu dokumentaci (včetně zdravotní dokumentace), navázat kontakt s klientem a podrobněji se zabývat jeho aktuální situací. Poté je jeho úkolem vyhodnotit situaci a spolupracovat s ostatními členy týmu tak, aby byl zvolen správný postup práce s klientem (Pfeiffer, 2009). Role sociálního pracovníka je být koordinátorem sociálního, ale popř. i zdravotního stavu klienta. Sociální pracovník je významným členem multidisciplinárního týmu. Pomáhá klientům řešit jejich problémy, které jsou často ze sociálně pracovní oblasti. Jedná se především o otázky týkající se důchodu a dalších peněžních dávek, či nároku na ně, podmínek bydlení, rodinných a partnerských vztahů, získání pracovního uplatnění apod. Sociální pracovník musí znát příslušné zákony a vyhlášky v sociální oblasti. Dále komunikuje s dalšími institucemi, mimo rehabilitační pracoviště, jako je např. úřad

práce, sociální odbor, se zaměstnavateli aj. Sociální pracovník na počátku provádí tzv. sociální šetření, a to prostřednictvím rozhovoru s klientem, dále rozhovory s příbuznými, nebo získává informace z dalších zdrojů. Na základě šetření, s nímž seznámí multidisciplinární tým, navrhuje další vhodný postup pro klienta (Matoušek et al., 2003), navrhuje plán inkluze.

Na základě výzkumných šetření na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích u osob s roztroušenou sklerózou a osob s mentálním postižením vyvstává nová úloha pro sociálního pracovníka (Matlasová, Kupková, 2010). Úkolem sociálního pracovníka v týmu pro hodnocení dle klasifikace MKF je:

- znát problematiku MKF a dobře se v ní orientovat (včetně zaznamenání stupně funkční schopnosti, poruch, omezení aktivit a participace pomocí kvalifikátorů);
- podílet se na utváření individuálního rehabilitačního plánu klienta (popř. plánu inkluze);
- úkol tzv. spojovacího článku, mezi klientem a ostatními členy multidisciplinárního týmu, popř. i mezi rodiči klienta.

Při praktické aplikaci MKF u osob s roztroušenou sklerózou a u osob s mentálním postižením ve výzkumných šetřeních na Zdravotně sociální fakultě JU se ukázalo jako nezbytné proškolit členy multidisciplinárního týmu v této mezinárodní klasifikaci. Nutné je rovněž proškolení sociálního pracovníka, který je zároveň koordinátorem celého multidisciplinárního týmu a značně se podílí na sestavení individuálního plánu (Matlasová, Kupková, 2010).

#### **1.7.4 Specifika sociální práce s lidmi s mentálním postižením**

Mentální postižení se obvykle dělí na kategorie lehké, střední, těžké a hluboké (Matoušek, 2005). Podle Švarcové (2000 in Matoušek, 2005) v naší republice žije asi 300 tisíc osob s mentálním postižením, lidí s těžkým mentálním postižením je v České republice zhruba 10 tisíc, tj. 0,1% populace ČR. V označení „people with learning difficulties“, jak se často používá v zahraničí, jsou označeny nejčastější obtíže těchto lidí, obtíže, ve kterých potřebují pomoci.

U všech lidí s těžšími formami mentálního postižení hraje významnou roli problematika omezení způsobilosti k právním úkonům, případně jejího úplného zbavení, kdy je

člověk s postižením zbaven rodičovského práva, volebního práva, nemůže vstoupit do manželství, naopak opatrovník může rozhodovat např. o umístění svého svěřence do ústavu sociální péče, což při pouhém omezení způsobilosti není možné (Matoušek, 2005). Jak uvádí dále Matoušek (2005), obecný konsenzus, kam směřovat práci s lidmi s mentálním postižením, u nás v současnosti neexistuje, zařízení pro lidi s mentálním postižením se v tomto liší. Trendem ale je prosazovat hledisko, které hodnotí kvalitu života člověka s mentálním postižením porovnáváním způsobu jeho života se situací vrstevníka bez postižení. Audit českých ústavních zařízení pro lidi s mentálním postižením (řízený MPSV ČR) ukázal, že v nich přetrvává tradiční model ústavní péče (preferující zdravotní péči) a je jen málo orientovaný na udržení a rozvoj adaptačních dovedností klientů (Matoušek, 2005). Dále přetrvává tendence k izolaci klientů od vnějšího světa, nedostatek respektování práv klientů a centrálně řízené poskytování služeb. Potřeby uživatelů s těžkým postižením jsou opomíjeny (např. leží na pokoji s ostatními bez podnětů, bez kontaktů s nepostiženými) a potřeby uživatelů s lehkým postižením jsou naopak uspokojovány v míře, která zbytečně zbavuje klienta možnosti uplatnit se a nést za sebe odpovědnost, říká Matoušek (2005).

Současným ideálem je, aby lidé s mentálním postižením mohli využívat běžné zdroje, jež poskytují služby veřejnosti. Tedy aby žili v místním společenství způsobem, který odpovídá co nejvíce životu lidí bez postižení. Tento ideál představila v zahraničí Světová zdravotnická organizace v roce 1994 v dokumentu *Community based rehabilitation and health care referral services* (WHO, 1994). Souvisí s tím snaha, aby byl uživatel na službě co nejméně závislý. Optimální by bylo vytvořit síť služeb, mezi nimiž by si uživatel mohl vybírat, popř. využívat několik současně. Služby pro osoby s mentálním postižením by měly být těmto lidem poskytovány podle standardizované metodiky posuzování jejich postižení, která nemůže spočívat jen ve stanovení míry rozumových schopností, případně v medicínské diagnóze, ale „musí mapovat adaptační schopnosti a dovednosti posuzovaného člověka“ (Matoušek, 2005: 113), v jazyce klasifikace MKF lze říci aktivity a participace jedince. Matoušek (2005) navrhuje, že takové hodnocení měla dělat jiná organizace než ta, která klientovi poskytuje péči, protože organizace poskytující péči má totiž tendenci upřednostňovat vlastní potřeby před potřebami klienta.



#### 1.7.4.1 Cíle sociální práce s lidmi s mentálním postižením

Cílem sociální práce s lidmi s mentálním postižením může být podle Matouška (2005) **integrace (inkluze)** těchto osob do společnosti.

Prvním předpokladem je sama přítomnost těchto lidí v běžném prostředí. Využívání běžných služeb (ať už je to s asistencí druhé osoby, nebo bez ní) zvyšuje samostatnost lidí s mentálním postižením a představuje první krok k integraci. Začlenění do společnosti probíhá nejlépe v dětském věku, proto by se mělo usilovat o navázání vztahů s vrstevníky, kteří nemají postižení, co nejdříve (Matoušek, 2005). Dalším cílem může být, aby lidé s mentálním postižením rozvíjeli svoje schopnosti a dovednosti. Tím se mohou zapojit do společnosti – např. se naučí navázat kontakt a komunikovat (Slowík, 2010). Tam, kde k tomuto nestačí běžný společenský kontakt, je potřeba nabídnout výukový program.

Stejně důležitým krokem k integraci je i osvětové působení na většinovou společnost. Je důležité informovat 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“ (Matoušek, 2005: 113). Člověk s postižením může potřebovat podporu dle Matouška (2005):

- již v době, kdy žije jako dítě v rodině (také podpora rodiny),
- později v bytě s dalšími lidmi (nejlépe takovými, které si zvolí sám),
- když se kvalifikuje pro práci, hledá ji a začíná s ní (oblast zaměstnávání),
- v oblasti trávení volného času dle vlastních zájmů.

Cílem je také zmenšovat podporu, směřovat k tomu, aby stále více pro sebe dělal sám klient. Cíl je možné formulovat (např. v individuálním plánu) jako „poskytování podpory klientovu rozvoji do takové míry, do jaké bude ochoten se na tomto procesu podílet“ (Matoušek, 2005: 114). Pokud klient není schopen aktivní participace, cíl je změněn na zajištění kompenzace omezených schopností uživatele.

Co se týká sociální práce s dětmi s mentálním postižením, zde je otázkou jejich vzdělávatelnost. Otázkou již není, kdo se může vzdělávat, ale jakým způsobem je to možné (otázka vzdělávání v běžné škole či se speciálním vzdělávacím programem).

Co se týká práce s dospělými lidmi s mentálním postižením, zde platí, že by s nimi měli pracovníci jednat jako s dospělými. Tzn. respektovat jejich soukromí, chápat je jako partnery, brát vážně jejich rozhodnutí. Důležité přitom je, podávat informace této cílové skupině pro ně srozumitelnou formou (používat krátké věty, bez cizích slov, bez

abstraktních pojmů). Někdy je třeba otázkou ověřovat, zda uživatel sdělení pochopil. Informace jsou důležité, aby se člověk mohl podílet na rozhodování o podobě služby, aby mohl udělat tzv. informovanou volbu (Matoušek, 2005). Lidé s mentálním postižením žijí ve stereotypch, mají nejasnou představu o tom, jaké služby by mohly zkvalitnit jejich život, proto je třeba jim podat srozumitelné informace a také je podpořit ve vyzkoušení něčeho nového.

### **1.7.5 Multisystémový přístup v sociální práci s osobami s disabilitou (Advanced Multi Systemic Approach)**

Multisystémový přístup (Advanced Multi Systemic Approach, dále jen AMS) vychází z koncepce sociologa Millse (1959), který považuje propojení osobních problémů jedinců se společenskými otázkami za nejefektivnější cestu k porozumění lidem a jejich problémům. Multisystémový přístup zpracovali v publikaci *Medical Social Work* (2005) Johnson a Grant. AMS je holistickým, integračním, ekologickým konceptem a navíc je založen na empirických důkazech a zkušenostech. Jedná se o rámec, který vychází ze systémového posouzení klienta (z jeho konkrétní historie, kultury a zároveň léčebného plánu). AMS, jak uvádí Kuzníková (2011), není metodou, teorií ani modelem. Je to perspektiva, jak pracovat s klienty, respektive jde o to, jaké modely práce použít při intervenci s konkrétním klientem. To předpokládá znalosti a kompetence sociálního pracovníka v takovém rozsahu, aby dokázal aplikovat vhodné přístupy pro práci s klienty. „Advanced“ (pokročilý) zahrnuje vše, tj. zahrnuje způsobilost sociálního pracovníka, jeho dovednosti, vědomosti, uvědomování si lidského jednání v sociálním prostředí, znalost sociální politiky a státu, schopnosti v oblasti výzkumu, evaluace, používání různých metod a postupů při práci s klienty apod. Tedy jde o to, že se sociální pracovník neustále sebezdokonaluje. „Multisystemic“ (multisystémový) vychází z předpokladu, že jedinec je součástí různých systémů a subsystémů, které se vzájemně ovlivňují, přičemž „celek je více než jen součet částí“. (Johnson, Grant, 2005 in Kuzníková, 2011). V praxi klient není samotným systémem, ale jedním z mnoha vzájemně se ovlivňujících subsystémů.

## Prvky AMS

- Ekologická systémová perspektiva – zahrnuje veškerá dění během interakcí jedince a prostředí.
- Sociální konstruktivismus – zdůrazňuje fakt, že lidské chování není závislé na existenci objektivní věci, ale na vlastní subjektivní interpretaci, přičemž důležitou roli hraje chápání sdělené interpretace.
- Biopsychosociální perspektiva – je základním předpokladem holistického přístupu. Jde o to, jak biologické, psychologické a sociální subsystémy vzájemně interreagují v prostředí, ve kterém klient žije.
- Empowerment – přístup založený na dvou předpokladech: každá lidská bytost je kompetentní zvládnout náročné situace a všechny lidské bytosti jsou na různých úrovních bezmocné. Cílem je posilovat klienta ke zvládnutí stavu bezmoci skrze jeho vlastní potenciál.
- Možnost volby – sociální pracovník nabízí klientovi možnost volby, klient se tak stává partnerem v procesu pomoci.
- Angažování klienta jako kulturní kompetence – klient má právo na tzv. informovanou volbu se zapojit do procesu sociální práce, přičemž klient musí znát kulturní a etnické zázemí klienta a respektovat jej.
- Používání různých teorií a metod – není možné spoléhat na znalost pouze jednoho nebo dvou přístupů, koncepty sociální práce se vyvíjejí v čase. Sociální pracovník je tím, kdo určuje, který teoretický přístup je pro klienta nejvhodnější.
- Tzv. informovaný výběr – Sociální pracovník si v průběhu své praxe volí metody/postupy práce pro řešení konkrétních situací Pomocí evaluace, případně spolupráce s kolegy atd. lze vypracovat efektivní systém práce. Zdůrazňována je výhoda vzájemné spolupráce odborníků. (Kuzníková, 2011)

### 1.7.6 Teoretické modely sociální práce s lidmi s mentálním postižením

Sociální pracovníci mají nepřehledné množství teoretických konceptů (Navrátil, 2001). Pokud chtějí některé z nich použít, musí provést volbu. Užívání teoretických modelů v sociální práci usnadňuje praxi, protože specifikuje, co se má dělat a proč. „*Snaha pomáhat lidem, aniž přesně rozumíme jejich potížím a aniž víme, jaké kroky z jakého*

*důvodu máme podniknout, je nebezpečná a ohrožuje klienty a v důsledku také společnost“* (Navrátil, 2000 in Kuzníková, 2011: 37). Vhodně zvolené koncepty sociální práce jsou dle Kuzníkové (2011) základem pro efektivní, eticky podložené výstupy realizovaných intervencí.

#### 1.7.6.1 Ekologický model

Autoři Germain a Gitterman uvádějí, že „ekologická perspektiva s jejím důrazem na životní procesy adaptace a vzájemné interakce mezi lidmi a jejich sociálním a fyzickým prostředím je vhodným nástupišťem k sociální práci“ (Germain, Gitterman, 1980 in Kuzníková, 2011: 39). Dle tohoto konceptu se má sociální práce zabývat poruchami a problémy, které vznikají jako problémy adaptace v prostředí sociálním a fyzickým. Důsledkem poruch v těchto oblastech je vznik stresu. Tento stres vzniká ve třech následujících navzájem spjatých oblastech: v oblasti životní změny, v oblasti environmentálních problémů – tlaků prostředí, v oblasti maladaptivních interpersonálních vztahů a komunikace. Pole sociální práce tedy vzniká působením stresů v životě a v konkrétním prostředí. Cíle sociální práce je potom možno definovat jako snahu o (re)adaptaci.

Dle Germaina a Gittermana ekologické ukotvení sociální práce umožňuje překonat v dosavadní dichotomizaci sociální práce, která měla tendenci oddělovat potřebu reformy prostředí a sociálního jednání na jedné straně (příčina) a potřebu individualizované metody a dovednosti na druhé straně (funkce). Tato dichotomizace příčina – funkce vedla k polarizaci v sociální práci v její teorii i metodě. Ekologický přístup se snaží o integraci důrazu na příčinu a důrazu na funkci (in Kuzníková, 2011).

#### 1.7.6.2 PIE model (Person in environment)

Tento model Person in environment („osoba v prostředí“) vyvivuli ve Spojených státech Karls a Wanderei (1997). PIE má za cíl nabídnout a umožnit jednotné, sociálním pracovníkům i dalším odborníkům jednoznačné srozumitelné výroky a výpovědi o: sociální roli/rolích; environmentálních problémech ve světě fyzickém i sociálním; problémech duševního zdraví; problémech tělesného zdraví; zdrojích klientových sil, jeho rezervách a zásobách energie. Kirst-Ashman a Hull hovoří o PIE modelu tak, že komunikace a interakce jsou aktivní a dynamické akty, při nichž je investována nebo přijímána určitá „energie“ (in Matoušek, 2001).

PIE je nástroj pro sběr, shromažďování a třídění relevantních informací a je také nástrojem k vyvozování závěrů o vzájemně propojených faktorech, nástrojem k volbě a výběru intervencí, které by měly daný problém vyřešit. PIE se snaží zavést kategorizaci do zkoumaných fenoménů, je proto ohrožen tzv. nebezpečím klasifikace. Klasifikace může totiž potlačit jedinečnost individua, čímž dochází ke střetu se základní hodnotou sociální práce, tj. respektování jedinečnosti klienta (Matoušek, 2001).

Metoda PIE se pokouší sjednotit terminologii, definovat vícedimenzionální problematiku sociálního fungování. PIE umožňuje také číselné zakódování a jeho případné zpracování<sup>16</sup>. Základ této metody tvoří čtyři faktory:

- *Problémy sociálního fungování* (východiskem je pojem sociální role; problémy v sociálních rolích jsou obodovány v jednotlivých kategoriích)
- *Problémy prostředí* (jde o problémy jak fyzického, tak sociálního prostředí)
- *Problémy duševního zdraví* (klinické syndromy a osobnostní a vývojové poruchy dle DSM-IV.)<sup>17</sup>
- *Problémy tělesného zdraví* (nemoci diagnostikované lékařem a jiné zdravotní problémy sdělené klientem či někým jiným)

Kovařík (in Matoušek, 2001) uvádí, že zajímavým analogem k metodě PIE je klasifikace ICIDH (nyní nová verze ICF) – Klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, kterou vytvořila WHO. Také zde jde o snahu vytvořit společný komunikační jazyk k popisu klientových problémů v oblasti sociálního fungování, společný komunikační jazyk mezi odvětvími a obory, o snahu vytvořit základnu pro shromažďování údajů, které mají napomoci posouzení vhodnosti a potřebnosti programů sociálních služeb. Kovařík se domnívá, že tento model by byl použitelný také v českém prostředí, především při práci s dospělými, zároveň se přimlouvá za to, aby každý případ byl individuálně posouzen, aby každý klasifikovatelný případ byl vnímán jako jedinečný životní příběh (Matoušek, 2001).

---

<sup>16</sup> Srov. ICIDH, ICF (2001)

<sup>17</sup> čtvrtá americká revize Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob

### 1.7.6.3 Koncept sociálního fungování

Sheafor, Horejsi a Horejsi považují za cíl sociální práce pomáhat jednotlivcům a sociálním systémům zlepšovat jejich sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily tyto jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování (Matoušek, 2001). Termín sociální fungování je dle Navrátila mnohoznačný. Důležitým úkolem při vymezování cíle sociální práce je vyjasnění tohoto základního pojmu, na který se řada teoretiků i praktiků v sociální práci odvolává (Matoušek, 2001).

Navrátil a Musil (2000) označují za sociální fungování komplex následujících skutečností:

- Lidé a prostředí jsou v trvalé interakci.
- Pro prostředí klade na člověka určité požadavky (formuluje očekávání, definuje sociální role) a člověk je nucen na ně reagovat.
- Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha; pokud lidé požadavky prostředí dostatečně nezvládají, rovnováha je rozkolísána a vzniká problém.
- Někteří lidé jsou schopni si s problémem poradit a nastolit rovnováhu znovu sami, jiní tuto schopnost nemají a svou problémovou situaci nezvládají.
- Příčinou problémů nebo jejich nezvládání může být jak nedostatek dovedností na straně klienta, tak nepřiměřenost prostředí vůči němu.
- Předmětem intervence sociálního pracovníka je interakce mezi způsobilostí klienta požadavky zvládat a tím, co od něj prostředí očekává. Jeho cílem je podporovat sociální fungování klienta tím, že mu *„pomáhá obnovit nebo udržovat rovnováhu mezi více či méně dostatečnou kapacitou zvládání požadavků a této kapacitě více či méně přiměřenými požadavky prostředí“* (Navrátil, Musil, 2000 in Kuzníková, 2011:42).

Navrátil (Kuzníková, 2011) uvádí, že pokud definujeme za cíl sociální práce podporu sociálního fungování klientů, měl by si sociální pracovník za prvé ujasnit, které faktory sociálního fungování považuje za podstatné. Za druhé by se měl seznámit s tím, jaké situační faktory (bariéry nebo předpoklady) sociálního fungování sehrály v životě určitého klienta rozhodující úlohu.

#### 1.7.6.4 Systémový přístup

Autoři Pincus a Minahanová (Kuzníková, 2011) uvádějí, že sociální práce se zabývá interakcí neboli vzájemným působením lidí a jejich prostředí. Popisují, že klienti jsou součástí systému, a tedy řešením jejich problémů je možné opět jen v rámci tohoto systému. Cílem sociální práce je zvýšit schopnosti lidí vyřešit problémy, zapojit lidi do systémů, které jim poskytnou služby a příležitosti v řešení jejich situace, podporovat a zlepšovat působení těchto systémů, přispět k rozvoji a zlepšování sociální politiky.

Lidem mohou dle Pincuse a Minahanové (1973, in Kuzníková, 2011: 38) pomoci tři druhy systémů:

- Neformální nebo přirozené systémy pomoci – rodina, přátelé, sousedé, spolupracovníci
- Formální systém pomoci – členské organizace nebo asociace, které podporují zájmy svých členů
- Společenské systémy pomoci – nemocnice, školy, programy sociálního zabezpečení

Dále autoři rozeznávají další čtyři systémy, které využívá sociální pracovník ve snaze dosáhnout změny:

- Systém zprostředkávající změnu – sociální pracovníci a jejich organizace
- Systém klientely – lidé, kteří žádají o službu, očekávají podporu
- Cílový systém – lidé, kteří potřebují být změněni
- Akční systém – zprostředkovatel a lidé, se kterými spolupracuje k dosahování cílů a ovlivňování cílového systému (Kuzníková, 2011).

V praxi lze využít tento přístup tak, že sociální pracovník má k dispozici schéma, které může využít při analýze snah o změnu. Systémový přístup pomáhá určit sociálnímu pracovníkovi úkoly, které mají být dosaženy. Lidé, kteří žádají o pomoc, nemusí být cíli zásahu. Sociální pracovník dle autorů tohoto přístupu musí respektovat to, že musí vybudovat nejen vztahy s klienty, ale i s lidmi, kteří klienty nejsou (Kuzníková, 2011).

Všechny výše uvedené přístupy mají společné východisko, a to předpoklad interakce osob a jejich prostředí. Stejně tak i Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví klasifikuje situaci člověka s disabilitou v prostředí, kterým je

ovlivňován a je ve vzájemné interakci (klasifikuje faktory prostředí – bariéry a facilitace).

### **1.7.7 Případová práce**

Zaměření na případ, na jedince, je v sociální práci často uplatňovaným přístupem, zejména v problematice duševního zdraví, vývojových poruch, ve sféře dlouhodobé péče (Matoušek, 2003). Tento přístup je náročný na osobnostní vybavenost sociálního pracovníka, umožňuje však operativní rozhodování, pružnost a tvořivost a nevyžaduje žádné zvláštní aranžmá. Základem případové práce je pochopení jedince, ale také porozumění rodině, společnosti, kultuře a znalost sociálně-zdravotnických služeb, které umožňují zbavit se nedůstojných životních podmínek. Teoretickou základnu případové práce tvoří vědy o člověku, rozšiřují ji pak teorie učení, teorie socializace, teorie malých skupin, teorie rolí, systémová teorie aj. (Matoušek, 2003).

Případový pracovník musí dobře znát možnosti, nabídky a poslání různých institucí poskytujících sociální služby, stejně také způsoby, jak s nimi komunikovat a jak na ně odkazovat klienty. Řeší oblasti odpovídajícího příjmu klienta, dostupného bydlení, zajišťuje dostupnou zdravotní péči, rekvalifikaci nebo pomáhá hledat vhodné zaměstnání. Systémy služeb jsou často nekoordinované a klient se těžko v systému orientuje. Matoušek (2003) zdůrazňuje nezbytnost napojení na další odborníky, na pracoviště nabízející služby pro určitý typ klientů nebo problémů. Dodává, že bez takových kontaktů by se případový pracovník dostával do slepé uličky. Zprostředkování potřebné služby je jedním z nejvýznamnějších úkolů případové práce. Případový pracovník řídí sociální intervenci, nikoliv klienta.

Případová práce zdůrazňuje hodnotu jedince, individualitu. Sheafor, Horejsi, Horejsi stavějí hodnotu jedince nad zájmy institucí nebo jiné hmotné hodnoty (in Matoušek, 2003).; Pracovník se má zaměřovat na podporu jedince, na kapacitu jeho schopností; ne na „patologii“, bezmoc klienta – tím by mohl podporovat jeho závislost a očekávání pomoci. Případová práce se zabývá řešením takových problémů, které omezují využití jeho možností. Některé problémy vyplývají z prostředí. Další problémy jsou mezilidské, zejména rodinné, a dále problémy, vnitřní, intrapsychické (Matoušek, 2003).

Většinou je nezbytné vypracovat individuální plán pro každého konkrétního klienta. Naplánovat, jakých služeb bude využívat a zmapovat, jak jsou služby v daném případě skutečně poskytovány. Individuální plány umožňují sledovat výsledky případové práce.



Postup plánování práce s klientem (Rose, Moore, 1995 in Matoušek, 2003: 70):

1. Identifikace vhodného klienta;
2. Určení klientových potřeb;
3. Naplánování služeb nebo léčby;
4. Napojení klienta na adekvátní zdroje;
5. Monitorování případu, poskytující zpětnou vazbu o tom, zda a jak jsou služby využívány.

Případová práce je proces, který zahrnuje:

- sociální studii,
- vyšetření,
- intervenci,
- ukončení.

Jednotlivé fáze se mohou prolínat, mohou probíhat simultánně (Havrdová, 1995 in Matoušek, 2003).

*Sociální studie* je etapou prozkoumávání, klíčová je motivace klienta ke změně. Sociální pracovník zaznamenává anamnézu, neměla by být však kompletním sběrem dat. Druhou fází je *vyšetření*, které je dynamickým procesem a prostupuje celým obdobím trvání případové práce. Problém je přesně vymezen a je stanovena pracovní hypotéza, která by měla být vodítkem pro potřebnou intervenci a která se proměňuje s měnící se životní situací klienta. Upřesňují se cíle, které odpovídají klientovým potřebám. Třetí fází je *intervence*, neboli terapie. Ta začíná vlastně už prvním kontaktem a spočívá v rozhovorech, ve vztahu, v uklidňování hladiny emocí. Cíle intervence určuje sociální pracovník a klient společně. Pokud klient potřebuje speciální službu, sociální pracovník mu ji pomáhá nalézt. Pokud služba selže, případový pracovník je odpovědný za nalezení náhradní služby. *Ukončení* je poslední fází procesu, na kterém se předem dohodne klient a sociální pracovník. Dohodnuto má být, za jakých okolností proces poskytování pomoci skončí. Ukončení by mělo nastat včas, tedy až sociální pracovník vidí schopnost klienta poradit si v různých situacích. Je důležité, jak je proces ukončen, jak pracovník zhodnotí klientovu spolupráci, jeho cestu ke stanovenému cíli, jak ho podpoří a vyzdvihne jeho klady, jak ho připraví na další etapu změn (Matoušek, 2003).

### 1.7.8 Case management

Case management patří v USA mezi nejčastější činnosti zdravotně sociálních pracovníků (Kuzníková, 2011). V péči o osoby s mentálním postižením je třeba ověřovat služby, které jsou klientovi nabízeny. Aby využití služeb bylo co nejefektivnější, a pro klienta nejpřínosnější, zdá se potřebné určité provázení klienta službami, tedy case management.

V zahraničí se case management objevuje jako reakce na potřeby člověka v komunitní péči. V české terminologii se pojem case management neustálil, často bývá překládán jako „případové vedení“. Je možné vést spory o tom, zda jde o metodu či nástroj, protože má rysy obojího (Křička in Marková a kol., 2006). Case management je představován jako chybějící článek systému komunitního plánování, především v souvislosti s psychiatrickými pacienty (např. Stuchlík, 2002; Křička in Marková a kol., 2006).

Case manažer je klíčovou osobou nejen pro klienta, ale i pro celý systém poskytování péče. Je koordinátorem práce týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče a v některých modelech je také osobou, která určuje rozdělení finančních prostředků v rámci systému.

Základní prvky case managementu:

1. Přehled o potřebách a schopnostech klienta.
2. Plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle.
3. Uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí.
4. Monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku.
5. Vyhodnocení práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí (Stuchlík, 2002).

Role case manažera může být různá v různých modelech poskytované péče, nejčastěji se jedná o kombinaci následujícího: osoba, která klienty vyhledává a kontaktuje, terapeut či poradce, osoba, která hájí zájmy klienta („obhájce“), zprostředkovatel služeb poskytovaných někým dalším, nákupčí služeb potřebných pro konkrétního klienta (Stuchlík, 2002). Tento postup se tedy dá využít při individuální práci s klienty s mentálním postižením, ke komplexnímu zhodnocení jejich zdravotně sociální situace a k následnému stanovení inkluzivního plánu. Case manažer je „klíčovým pracovníkem“,

hájí zájem klienta, orientuje se v široké paletě služeb, rozhoduje se „napříč odbornostmi“, a to se zdá nejlépe možné s pomocí interdisciplinárního týmu.

„Case manager provází klienta celým procesem péče. Na základě znalosti jeho silných a slabých stránek mu pomáhá volit vhodné a přiměřené aktivity, podle potřeby prosazuje korekce na straně poskytovatelů, aby služby odpovídaly potřebám a možnostem klienta.“ (Kříčka in Marková a kol., 2006: 171)

Standardy kvality sociálních služeb stanovují, že poskytovatel má k plánování a vyhodnocování plánu naplňování cílů pro každého uživatele služeb určeného zaměstnance. Tuto roli shrnuje Johnová (2008) pod pojem koordinátor plánování, který má být tzv. klíčovým pracovníkem. „V praxi se setkáváme s dvojitým pojetím klíčových pracovníků. Pokud je v popředí vztah pracovníka s uživatelem, jde spíše o důvěrníka. V případě zdůraznění odborné způsobilosti se jedná spíše o case managera.“ (Johnová, 2008: 85) Výhodou zavedení systému klíčových pracovníků je mimo jiné poskytnutí uspořádaných podkladů pro dlouhodobé individuální plánování služeb a uspořádání služeb do souvislého, navazujícího systému. Johnová (2008) dále zdůrazňuje, že důležitý je proces zavedení tohoto systému do praxe.

Case manažer může využít k přehledu o potřebách a schopnostech klienta formulář (tzv. záznamový arch) klasifikace MKF. Case manager může být proškolen v kódování pomocí kvalifikátorů MKF. Pomocí klasifikace MKF dokáže, za spolupráce odborníků interdisciplinárního týmu a sociálního okolí klienta, komplexně posoudit zdravotně-sociální situaci klienta a následně stanovit individuální plán “šitý klientovi na míru”.

## **2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíle disertační práce***

**Poznávací cíl** a tedy hlavní výzkumná otázka této disertační práce je zjistit, v čem způsob aplikace MKF ve vybraném pilotním projektu při posouzení situace osob s MR napomáhal a v čem bránil poskytnutí adekvátní podpory jejich inkluze.

**Symbolický cíl** disertační práce je upozornit sociální pracovníky a orgány státní správy jako je např. MZ, MPSV, MMR, MŠMT na potřebu komplexního (nikoliv pouze medicínského) hodnocení osob s mentální retardací dle klasifikace MKF a na potřebu zaměřit se na interakce.

**Aplikační cíl** práce je využít komplexní posouzení dle MKF pro formulaci intervence, která by měla rozšířit možnosti adekvátní podpory psychosociální inkluze.

## **2.2 Dílčí výzkumné otázky disertační práce**

Dílčí výzkumné otázky (DVO) byly stanoveny následovně:

- DVO č. 1: Na které faktory (bariéry a facilitace) inkluze občanů s MR zaměřuje aplikace MKF daným způsobem pozornost sociálních pracovníků?
- DVO č. 2: Na které tělesné funkce zaměřuje klasifikace MKF pozornost při posuzování stavu občanů s MR?
- DVO č. 3: Na které domény aktivit a participací zaměřuje MKF pozornost při posuzování stavu občanů s MR?
- DVO č. 4: Jaké osoby do tohoto procesu vstupují? Kdo se podílí na daném způsobu aplikace MKF u lidí s MR?
- DVO č. 5: V jakém smyslu je klient do tohoto procesu posuzování dle MKF zapojen sám?
- DVO č. 6: Jakou váhu měly hlasy jednotlivých členů týmu, který posuzoval osoby s MR?
- DVO č. 7: Jak členové posuzujícího týmu při daném způsobu aplikace dle MKF prováděli posouzení osob s MR, k čemu je to vedlo v oblasti plánování a v oblasti pomáhající intervence podporující inkluzi?
- DVO č. 8: Jak si sociální pracovníci představují posuzování osob s MR v českých podmínkách?

## **2.3 Hypotézy**

V první části procesu zkoumání se jednalo o daný způsob aplikace MKF v pilotním projektu při posuzování situace osob s MR. Hypotézy, které jsou ve druhé části výzkumu ověřovány kvantitativním způsobem technikou dotazníku, vplynuly z první části kvalitativního výzkumného šetření.

*H1: Více než polovina sociálních pracovníků není v rámci svého zaměstnání seznamována s posouzením situace člověka s mentálním postižením dle klasifikace MKF.*

*H2: Více než polovina sociálních pracovníků pracujících s osobami s MP se domnívá, že by posouzení komplexní životní situace (tělesné, psychické, sociální, pracovní) těchto osob měl provádět tým odborníků (tzv. multidisciplinární tým).*

*H3: Dle více než poloviny dotazovaných sociálních pracovníků by v České republice měl tým pro posuzování zdravotně sociální situace osob s MP působit při zdravotnickém zařízení.*

*H4: Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu pro posuzování zdravotně sociální situace by podle více než poloviny dotázaných měla být rolí hodnotitele sociální situace, kvality života klienta, a zároveň rolí koordinátora celého týmu.*

*H5: Dle alespoň poloviny dotazovaných sociálních pracovníků je pro úplné začlenění osob s MP do většinové společnosti v ČR potřeba zaměřit se především na interakce.*

*H5: Více než polovina dotázaných si myslí, že v ČR je možné dosáhnout inkluze osob s MP do společnosti tak, aby ve většinové společnosti neexistovaly předsudky o těchto lidech.*

Nulová hypotéza při výpočtu testu nezávislosti (Pearsonův Chí-kvadrát) předpokládá, že mezi dvěma kvalitativními veličinami (kraje v ČR, místo posouzení, místo informace o MKF) neexistuje závislost.

### 3. METODIKA VÝZKUMU

V rámci výzkumného šetření osob s mentální retardací byla zvolena metodika smíšeného výzkumu. Smíšený výzkum kombinuje určitým způsobem kvalitativní i kvantitativní postupy. Teprve v poslední době metodologové propracovávají aspekty smíšeného výzkumu a drží se přitom teze kompatibility, tj. předpokladu, že oba typy výzkumu lze využít v jedné studii (Hendl, 2008).

Pro první část (kvalitativní šetření) byla zvolena technika sběru dat: případové studie, zúčastněné pozorování a rozhovory, dále sekundární analýza dat.

Zúčastněné pozorování patří mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu (Jorgensen, 1989 in Hendl, 2008). Tato strategie se používá v případových studiích, které se soustřeďují na hloubkový popis a na analýzu nějakého jevu. Zúčastněné pozorování je zvláště vhodné, jestliže jev, který se bude zkoumat, je málo prozkoumaný; jestliže existují velké rozdíly mezi pohledy členů a nečlenů pozorované skupiny; jestliže jev není přístupný pohledu mimo skupinu (Hendl, 2008). Pozorovatel se sám účastní dění v sociální situaci, je v osobním vztahu s pozorovanými, sbírá data, zatímco se účastní vyvíjející se životní situace klienta. Mnoho otázek se ozřejmí pouze tímto přístupem (Hendl, 2008).

Doplňkovou část tvoří výzkum kvantitativního charakteru, kdy bylo zvolenou metodou dotazování, technikou sběru dat polostandardizovaný dotazník.

#### ***3.1 Metodika 1. části výzkumu (pilotní projekt)***

První část výzkumu probíhala v zařízeních pro osoby s mentálním postižením, v Centru sociálních služeb Empatie v Českých Budějovicích a v Domově Petra v Mačkově. Došlo k šetření celkem 25 osob s diagnózou mentální retardace. Využito bylo kvalitativní metody - rozhovorů s rodiči (popř. jinými opatrovníky) klientů, dále přímého zúčastněného pozorování a sekundární analýzy dat (zdravotnických záznamů lékaře, fyzioterapeuta a záznamů nelékařských pracovníků). Šetření probíhalo za souhlasu samotných klientů a jejich opatrovníků, po další dohodě mezi ústavními zařízeními a Zdravotně sociální fakultou JU. Šetření osob prováděl multidisciplinární tým pracovníků sestavený pro tyto účely dle klasifikace MKF. Výstupem jsou případové studie a okódování zdravotně sociální situace klientů z výzkumného souboru dle klasifikace MKF. Dalším výstupem je rozbor a popis procesu samotného

posuzování, popis preferencí hlasů členů týmu, snaha zjistit názorovou hladinu na posuzování u samotných sociálních pracovníků v přímé péči s klienty s MR v podmínkách českého prostředí. Z uvedených analýz procesu posuzování a na základě vyvíjejícího se pilotního zkoumání názorů pracovníků, poskytujících služby pro osoby s mentálním postižením, na posuzování disability v ČR, byly sestaveny hypotézy, které byly ověřovány v kvantitativní části.

### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru 1. části výzkumu***

Výzkumným souborem 1. části výzkumu byli vybráni uživatelé služeb sociální péče Centra sociálních služeb Empatie v Českých Budějovicích s diagnózou mentální retardace v počtu **12**, dále uživatelé v počtu **13** z Domova Petra v Mačkově u Blatné v okrese Strakonice. Celkem tedy **25** osob s diagnózou **mentální retardace**. Věkové rozmezí souboru bylo **18 – 60 let**.

Výběr uživatelů probíhal na základě návrhu vedení daného zařízení a na základě souhlasu opatrovníků, nejčastěji v diagnostickém pásmu střední mentální retardace. U osob s těžkou či hlubokou mentální retardací bylo obtížné komunikovat a tedy i domluvit se na podmínkách a souhlasu s výzkumem. Osoby s lehkou mentální retardací byly také zařazeny do výzkumu, byla zde dobrá spolupráce s rodinou i samotnými osobami s MR.

### ***3.3 Metodika 2. části výzkumu***

Ve druhé části výzkumu byla použita metoda kvantitativního charakteru, technika sběru dat – polostandardizovaný dotazník s možným volným doplněním u některých odpovědí. Výzkumné šetření probíhalo po stanovení hypotéz z první, kvalitativní části výzkumného šetření. Hypotézy byly vyvozeny na základě zkoumání pilotního projektu v rámci procesu posuzování klientů s mentální retardací multidisciplinárním týmem dle klasifikace MKF.

Cílem bylo zjistit od poskytovatelů sociálních služeb, kteří pracují s cílovou skupinou osob s mentálním postižením, jak si představují optimální posuzování situace osob s mentální retardací za stávajících podmínek v ČR, jaký mají názor na inkluzi osob s MR do společnosti, jak inkluze prakticky probíhá v rámci jejich služby. Tato druhá

část (kvantitativní šetření) byla doplňující a rozšiřující částí pilotního výzkumného šetření.

### **3.4 Charakteristika výzkumného souboru 2. části výzkumu**

Výzkumným souborem 2. části výzkumu byli pracovníci sociálních služeb, kteří poskytují služby osobám s mentálním postižením. Soubor tvořili pracovníci sociálních služeb, jejichž adresy byly vygenerované z internetových stránek veřejného portálu Registru poskytovatelů sociálních služeb ČR. Celkový počet registrovaných služeb pro cílovou skupinu byl **1207**. Celkem emailových adres poskytovatelů bylo vygenerováno **847**. (Z celkového počtu 1207 se počet redukoval na 847 z důvodu toho, že některé organizace měly zaregistrovány větší počet služeb dle z. č. 108/2006 Sb. a používaly např. stejnou emailovou adresu pro více služeb.) Dotazníky tedy byly rozeslány na 847 emailových adres. Do souboru byli zařazeni pracovníci, kteří vyplnili dotazník v internetové formě a odeslali zpět na uvedenou adresu výzkumníka. Jednalo se o pracovníky rané péče, pracovníky denního i týdenního stacionáře, aktivizačních služeb pro osoby se zdravotním postižením, pracovníky odborného sociálního poradenství, sociálně terapeutických dílen a další pracovníky<sup>18</sup>. Dotazník se týkal názoru a představ sociálních pracovníků o ideálním a reálném posuzování situace osob s mentální retardací v podmínkách ČR (kdy, kde a jak posuzovat osoby s MR, jakou roli hraje v posuzování sociální pracovník apod.), dále se otázky zaměřovaly na inkluzi osob s MR do společnosti (dotazník viz. příloha). **Návratnost dotazníku** byla **49%**, počet platných řádně vyplněných dotazníků byl **417**.

### **3.5 Hodnocení kvality života pečujících osob**

Ve výzkumném šetření bylo dílčím cílem získat informace o kvalitě života osob, které pečují o lidi s MR v rodině (rodičů, přítomných výzkumného šetření).

Při stanovení kvality života jde o osobní subjektivní hodnocení zdravotního stavu a vlastního života. Vstupují sem také osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí,

---

<sup>18</sup> možno dohledat v Registru poskytovatelů sociálních služeb na [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1323868267482\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1323868267482_1)



naděje, očekávání a přesvědčení. (Křivohlavý, 2009) **Dotazník kvality života SEIQoL** (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*) byl prezentován prof. Jaro Křivohlavým. Jedná se o subjektivní dotazník, kterým je zjišťován osobní náhled a názor občana na vlastní kvalitu života a spokojenost s ní. Respondent zaznamenává své životní cíle, hodnotí jejich plnění a určuje jejich důležitost. Respondent vybere pět cílů (životních témat), které rozdělí procentuálně tak, aby celek dával 100%. Tím vyjádří jejich důležitost. Plnění každého cíle vyjádří rovněž v procentech, od 0 – 100%. Dotazník je doplněn vizuální analogovou škálou, na které respondent vyznačuje míru spokojenosti se životem. (Matlasová, 2010)

V dotazníku SEIQoL jde o:

- a) O to, které cíle jsou pro daného člověka důležité, a jak moc důležité jsou v relaci k dalším čtyřem cílům.
- b) Zjištění míry spokojenosti s předešlými uvedenými cíly v životě pacienta.

Testem se vyhodnocuje:

- a) Celková úroveň kvality života (QL) v %
- b) Celková míra spokojenosti s kvalitou vlastního života (VAS) v %

Hodnota QL a VAS by se měla rovnat, nebo být v co nejmenší disproporci.

V rámci výzkumného šetření došlo ke zjišťování kvality života nejen osob s MR, ale také jejich rodin, rodičů či jiných pečujících osob. V rámci možností byli rodiče přizváni a účastnili se posouzení dle MKF v CSS Empatie (12 rodičů). V Domově Petra v Mačkově nebyla možná účast rodičů (velká vzdálenost od zařízení, nezáměr rodiny o klienta, popř. opatrovníkem byla obec Mačkov).

### **3.6 Použité statistické metody pro zpracování výsledků**

#### **Zpracování statistického souboru – pilotní studie (1. část výzkumného šetření)**

S ohledem na charakter datového souboru získaného z vyplněných dotazníků ICF Checklist pro mentální retardaci pro jednotlivé klienty bylo třeba pro analýzu použít převážně neparametrických metod. Charakter otázek typu „B“, „D“ i „E“ je výhradně ordinální (ordinální statistické znaky).

U otázek typu „B“ a „D“ kódy „0“–„4“ odpovědí na jednotlivé otázky určují rozsah poruch, které daný pacient buďto má, nebo by se u něj daly očekávat (otázky D). Přičemž „0“ značí nejmenší problém, který lze numericky kvantifikovat tak, že problém je přítomen méně než 5 % času. Naopak „4“ značí kompletní obtíže kvantifikovatelné tak, že problém je přítomen více než 95 % času. Vzhledem k tomu, že jednotlivé kategorie nejsou stejně široké a rovnoměrně rozdělené na stupnici 0–100 %, nelze tyto odpovědi považovat za numerické statistické znaky. Pro popis (výpočet průměrů apod.) mohou být jednotlivé kategorie nahrazeny středy intervalů. Konkrétně kódy „0“–„4“ mohou být nahrazeny následujícími procentuálními vyjádřeními: 2,5 %, 15 %, 37,5 %, 72,5 % a 97,5 %. U tohoto nahrazení se však nedá předpokládat dodržení normálního rozdělení statistických znaků, a i to bylo důvodem pro volbu neparametrických metod pro analýzu výsledů. Další kódy „8“ a „9“ slouží pro popis nedostupných dat (8 = nespecifikováno pro nedostatečnost informace, 9 = neaplikovatelnost). Obě kategorie byly pro potřeby analýzy nahrazeny jako nedostupné hodnoty.

U otázek typu „E“ se taktéž jedná o ordinální stupnici, která v jednom spojuje vyjádření kvalifikátorů jak z pohledu popisu bariér, tak facilitátorů. Kódy „(0)“–„(4)“ odpovědí na jednotlivé otázky popisují bariéru v rozsahu „žádná bariéra“–„kompletní bariéra“. Kódy „0“–„+4“ odpovědí na jednotlivé otázky popisují facilitátor v rozsahu „žádný facilitátor“–„kompletní facilitátor“. Další kódy „8“, „9“, respektive „+8“ a „+9“ slouží pro popis nedostupných dat, podobně jak tomu bylo u otázek typu „B“ a „D“. Obě kategorie byly pro potřeby analýzy nahrazeny jako nedostupné hodnoty.

V některých případech dával na konkrétní otázku odpověď více než jeden odborník. V takových případech byla navíc k jednotlivým hodnocením odborníků vypočítána průměrná hodnota odpovědi na otázku o stavu pacienta. Výpočet byl proveden prostřednictvím jak prostého tak váženého průměru hodnocení jednotlivými odborníky. Váhy vyjadřující důležitost odpovědi jednotlivými odborníky navrhly Mgr. Jana Kupková a Mgr. Hana Matlasová, Ph. D., již v projektu Grantové agentury Jihočeské

univerzity, který se týkal posuzování osob s roztroušenou sklerózou a po traumatickém poškození mozku.<sup>19</sup>

Pro popis statistického souboru byly použity zejména míry polohy jako: průměr, modus a medián. Pro posouzení variability byla použita míra vhodná pro ordinální data – dorvar:

$$\text{dorvar} = \frac{4}{K-1} \sum_{i=1}^K F_i(1-F_i),$$

kde  $F_i$  je kumulativní relativní četnost.

Dále byla posuzována shoda a neshoda hodnocení jednotlivými odborníky. Maximální rozdíl byl tři kategorie – např. posuzovaná doména b 140, u klienta č. 10 od psychologa dostal 0 a od ergoterapeuta 3. Neshoda hodnocení je poměrně velká u značné části otázek.

Rozdílné hodnocení výkonnosti a kapacity bylo posuzováno prostou diferencí mezi hodnotami. Kladné hodnoty diferencí značí vyšší výkonnost než kapacitu a naopak záporné hodnoty značí nižší výkonnost než kapacitu. Daleko častěji je výkonnost nižší než kapacita aktivit pacientů.

Ke statistické analýze byly vybrány jen odpovědi na relevantní otázky k dané diagnóze.<sup>20</sup>

Statistické porovnání pacientů na začátku a na konci pozorování proběhlo prostřednictvím Wilcoxonova párového testu. Statistickou významnost rozdílnosti rozdělení nebylo možno vzhledem k počtu posuzovaných klientů prokázat.

Wilcoxonův párový test je neparametrickou alternativou párového  $t$ -testu. Jeho výhoda však spočívá v absenci předpokladů o počtu pozorování a normalitě statistických znaků. Tento test je bohužel slabší, ale robustnější, a jediným předpokladem je fakt, že popisované statistické znaky mají spojitě rozdělení. Pokud tomu však není, existují korekce testového kritéria pro spojitost a průměrná pořadí. Díky tomu, že test posuzuje

---

<sup>19</sup> Srov. MATLASOVÁ, H. Použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) v rehabilitaci u lidí s roztroušenou sklerózou a po traumatickém poškození mozku. GAJU, kód: 83/2007/H-ZSF.

<sup>20</sup> Srov. MATLASOVÁ, H. *Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou*. Dizertační práce. ZSF JU. České Budějovice, 2010. 182 s.

rozdělení testovaných souborů ( $H_0 : F_1(x) = F_2(x)$  proti  $H_A : F_1(x) \neq F_2(x)$ ), nikoliv jen aritmetické průměry a směrodatné odchylky, dokáže obvykle i při malých rozsazích souborů potvrdit statistickou významnost tam, kde by párový  $t$ -test neuspěl, navíc výsledek statistické indukce je malinko odlišný. Zatímco párový  $t$ -test vypovídá striktně o mírách polohy (aritmetických průměrech jakožto odhadech hypotetických středních hodnot –  $H_0 : \mu_1 = \mu_2$  proti  $H_A : \mu_1 \neq \mu_2$ ) v závislosti na variabilitě, Wilcoxonův párový test posuzuje rozdělení statistických znaků jako celek, a proto ho lze bez výhrad použít právě u ordinálních statistických znaků, jakými jsou škály z dotazníků ICF.

Matematický background párového Wilcoxonova testu lze nalézt např. v Hendl (Hendl, 2004).

Vzhledem k tomu, že výpočty probíhaly v statistickém softwaru není na tomto místě třeba výpočty více specifikovat.

Přestože samotná informace o shodě, respektive neshodě pořadí je přínosem – vypovídá o rozdělení hodnocení jednotlivých pacientů – neumožňuje rozhodnout o tom, kde je situace příznivější. Lze-li však předpokládat shodný tvar rozdělení, je možné hypotézy ověřované prostřednictvím párového Wilcoxonova testu poněkud upřesnit. Je-li tvar rozdělení shodný, pak je možno případnou odlišnost mezi stavem na začátku a na konci vysvětlovat jako odlišnost míry polohy, tj. například mediánů. V tomto pojetí lze posuzovat „lepší“, respektive „horší“ výsledky v jednotlivých skupinách prostřednictvím následujících alternativních hypotéz:

- 1)  $H_A : \tilde{x}_1 > \tilde{x}_2$  – medián prvního souboru (stavu na začátku) je větší než medián druhého souboru (stavu na konci), tj. hodnoty statistického znaku na začátku jsou větší než hodnoty znaku na konci. Pokud by se tento přístup aplikoval např. na otázky typu „B“, pak tato alternativní hypotéza tvrdí, že klienti na tom byli na začátku hůře než na konci – rozsah poruchy u klientů se snížil.
- 2)  $H_A : \tilde{x}_1 < \tilde{x}_2$  – medián prvního souboru (stavu na začátku) je menší než medián druhého souboru (stavu na konci), tj. hodnoty statistického znaku na začátku jsou větší než hodnoty znaku na konci. Pokud by se tento přístup aplikoval např. na otázky typu „B“, pak tato alternativní hypotéza tvrdí, že klienti na tom byli na začátku lépe – rozsah poruchy u klientů se zvýšil.

Ověření shodného tvaru rozdělení při malých rozsazích souborů a malém počtu hodnot statistického lze poměrně přesně provést například prostřednictvím histogramu četnosti. Na svislou osu je však nutno v případě nevyváženého pokusného plánu nanášet relativní četnosti. Je-li tvar rozdělení u skupin odlišný, nelze po provedení Wilcoxonova párového testu říci více, než že se rozdělení buďto liší, nebo to, že se shoda rozdělení na zvolené hladině významnosti nepodařila zamítnout.<sup>21</sup>

### **Zpracování statistického souboru – pilotní studie (2. část výzkumného šetření)**

Ve druhé části výzkumného šetření byla použita statistická metoda - Pearsonův chí-kvadrát, test nezávislosti v kontingenční tabulce. Byla vypočtena hodnota testového kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost daných proměnných z výsledků dotazníku. Na základě pravděpodobnostního rozložení chí-kvadrát se vypočítá pravděpodobnost výskytu takovéto nebo ještě extrémnější hodnoty. Tato pravděpodobnost se nazývá dosažená hladina významnosti statistického testu ( $p$ -hodnota). Pokud je menší než 0,05, nulovou hypotézu zamítáme. Znamená to, že pravděpodobnost, že by pozorované rozdíly či závislosti vznikly pouze náhodou, je menší než 5 %.

Zpracování dotazníků bylo provedeno do formy grafů, kde se objevila četnost odpovědí na dané otázky dotazníku. Odpovědi byly vyjádřeny také v procentech. Promítla se zde názorová hladina odborníků, pracujících s osobami s mentálním postižením v České republice, na posuzování situace osob s disabilitou.

Při statistickém zpracování dat byl použit Microsoft Office Excel 2007.

---

<sup>21</sup> Statistického zpracování Wilcoxonovým testem provedl Mgr. Roman Biskup, Ph.D.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Výsledky 1. části výzkumu

#### 4.1.1 Pilotní výzkumný projekt - popis procesu

Pilotní výzkumný projekt lze rozdělit na několik fází:

- 1) přípravná fáze
- 2) realizace výzkumného šetření
- 3) okódování situace osob a vypracování individuálního plánu (IP) pro osoby s MR
- 4) kontrolní šetření po uplynutí 6 měsíců
- 5) zpracování získaných dat
- 6) popis procesu posuzování, dílčí závěry

V rámci **přípravné fázi** došlo k sestavení multidisciplinárního týmu, dále k vyjednávání se zařízeními, ve kterých šetření probíhalo a jednání se samotnými osobami s MR, kteří byli zařazeni do výzkumného souboru, a jejich rodinami, rodiči nebo opatrovníky. Došlo k podepsání informovaného souhlasu s provedením výzkumu, k podpisu souhlasu s využitím poskytnutých údajů k výzkumným účelům.

**Multidisciplinární tým** byl sestaven pro účely posuzování situace osob s mentální retardací v rámci tohoto výzkumného šetření. Tým byl sestaven z odborníků zdravotní a sociální oblasti a byl proškolen na Klinice rehabilitačního lékařství 2. LF UK v Praze Albertově. Členové týmu byli proškoleni již pro účely hodnocení situace osob s roztroušenou sklerózou v rámci řešení projektu Grantové agentury Jihočeské univerzity, kód: 83/2007/H-ZSF s názvem „Použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) v rehabilitaci u lidí s roztroušenou sklerózou a po traumatickém poškození mozku“<sup>22</sup>, v roce 2007. Školiteli byli prof. MUDr. Jan Pfeiffer, Dr.Sc. a MUDr. Yvone Angerová. Všichni členové týmu podepsali Prohlášení o mlčenlivosti vztahující se na skutečnosti, které se členové týmu dozvědí v souvislosti s výzkumným šetřením.

---

<sup>22</sup> Srov. MATLASOVÁ, H. Použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) v rehabilitaci u lidí s roztroušenou sklerózou a po traumatickém poškození mozku. GAJU, kód: 83/2007/H-ZSF.

Výzkumnému šetření byl dále přítomen za oblast posudkového lékařství MUDr. Zdeněk Krátký. Další pracovníci Centra sociálních služeb (CSS) Empatie Mgr. Dana Pokorná, vedoucí CSS, a sociální pracovníce CSS Mgr. Vladimíra Holczerová se účastnily závěrečné besedy a závěrečného zhodnocení praktické aplikace MKF.

Členové týmu:

Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, Dr. Sc. – rehabilitační lékař 1. LF UK v Praze

MUDr. Zdeněk Krátký – posudkový lékař OSSZ v Českých Budějovicích

Mgr. Hana Matlasová, Ph. D. – zdravotní sestra, Nemocnice České Budějovice

Mgr. Marek Zeman, Ph. D. – fyzioterapeut, Bertiny Lázně Třeboň

Mgr. Jana Kupková – sociální pracovníce pro aktivizační službu pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Koníček, o. s., České Budějovice

Mgr. Iva Dedeciová – psycholog, Krizové centrum pro rodinu, České Budějovice

Mgr. Kateřina Krásová – psycholog, Krizové centrum pro rodinu, České Budějovice

Mgr. Klára Doubková – logoped, soukromá praxe Třeboň

Bc. Petra Klímová – ergoterapeut, Nemocnice České Budějovice

Při **realizaci výzkumného šetření** měli členové týmu k dispozici záznamový arch MKF (tzv. Checklist ICF) a dále pomocné testy, které běžně provádějí při své praxi v zaměstnání (např. FIM test, Barthel index ADL test aj.). Členové týmu měli k dispozici také zdravotní a sociální dokumentaci osob ze zařízení, které navštěvují. Zdravotní i další dokumentaci si mohli členové týmu předem prostudovat. Výzkumného šetření se účastnili také rodiče či opatrovníci osob ze souboru uživatelů CSS Empatie. U uživatelů pobytových služeb Domova Petra Mačkov přítomnost rodičů nebyla technicky možná, další důvod nepřítomnosti opatrovníků byl ten, že opatrovníkem byla obec Mačkov. Byla zjišťována kvalita života pečujících osob (rodičů), které se účastnily výzkumného šetření v CSS Empatie (jednalo se o 12 osob).

Po provedení komplexní zdravotní a sociální diagnostiky a následném **okódování situace osob** s MR (pomocí kvalifikátorů MKF) ode všech členů týmu byl **navržen individuální plán** pro každého z nich. Plány byly vytvořeny během následujícího jednoho měsíce, během kterého se tým sešel k diskuzi nad stanovením příslušných kódů tak, aby tým byl v přiřazení kódů jednotný. Neshoda v kódování domén od jednotlivých členů týmu byla totiž značná u části otázek. V individuálním plánu zazněla doporučení pro praktickou práci s těmito osobami v zařízení, aby došlo k rozvoji jejich potenciálu

funkční schopnosti v oblasti tělesné, ale především v oblasti aktivit a participací, v soběstačnosti a snaze o lepší kvalitu života. Navržený individuální plán byl předložen vedení zařízení a to ho zakomponovalo do individuální práce s klientem v rámci zařízení (doporučení multidisciplinárního týmu byla integrována do individuálního plánu klienta v zařízení). Následně s klientem pracovali zaměstnanci zařízení, snažili se integrovat prvky, které by vedly k začlenění klienta do společnosti, k jejich větší samostatnosti a soběstačnosti. Práce s klienty probíhala také za dobrovolné pomoci studentů fyzioterapie ze Zdravotně sociální fakulty JU v Českých Budějovicích. Studenti docházeli během 6 měsíců do zařízení a dle pokynů fyzioterapeuta multidisciplinárního týmu MKF s klienty cvičili, polohovali, stimulovali jejich aktivitu.

**Po 6 měsících** bylo provedeno **kontrolní šetření** u daných klientů v zařízení pro osoby s mentálním postižením. Kontrolní šetření bylo provedeno stejnými členy týmu jako u prvního šetření. Proběhlo stejným způsobem, za téměř shodných podmínek. V kontrolním šetření byli navíc účastni zaměstnanci zařízení (fyzioterapeut, sociální pracovník, logoped), kteří byli v týmu s jednotlivým posuzovatelem (členem posuzujícího týmu, který používá MKF). Zaměstnanci zařízení byli přizváni kvůli názorné aplikaci kódů MKF u zkoumaných osob a potenciálnímu využívání klasifikování dle MKF ve své práci.

**V poslední fázi** 1. části výzkumu byla **data zpracována** pomocí statistické metody Wilcoxonovým testem (viz. kapitola Použité statistické metody pro zpracování výsledků, Mgr. Roman Biskup, Ph.D.), dále byly zpracovány případové studie a porovnávány výsledky z první a kontrolní fáze výzkumného šetření. Pilotní projekt byl zkoumán a výsledkem je popis procesu posuzování klientů s MR dle dané klasifikace. Během procesu posuzování byly stanoveny hypotézy, které jsou následně předmětem dalšího zkoumání v oblasti názorů sociálních pracovníků na posuzování těchto osob v reálných českých podmínkách.

### **Výsledky kontrolního šetření po uplynutí 6 měsíců**

Výsledkem 2. praktické části hodnocení je porovnání stavu na začátku výzkumu a po půlroční práci s individuálními plány. Pro kontrolní zhodnocení byla použita statistická metoda Wilcoxonův test (viz. popis metodiky)



Došlo k několika změnám v doménách, které byly zhodnoceny jako statisticky málo významné. Celkově tedy výsledky ukazují, že k zásadním změnám po půlroční práci s klienty nedošlo. Mentální postižení je povětšinou stav trvalý, šetření po půlroční práci je ukázalo jako málo užitečné, pro výraznější změny (event. zlepšení) by bylo třeba provést šetření po delším časovém úseku. U těchto klientů v dospělém věku je důležité zachovat soběstačnost, péči sám o sebe, jak potvrdily výsledky testů a rozhovory s opatrovníky a se zaměstnanci daných zařízení. Je důležité zachovat tělesné funkce i aktivitu a participaci klienta, jeho funkční schopnost, v maximální možné míře.

Klasifikace MKF hodnotí stav za posledních 30 dní. Tam, kde ke změně v přiřazení došlo, jednalo se o aktuální zhoršení stavu, případně o zkreslující informaci – ovlivnění aktuálním stresem, zhoršení zdravotního stavu, subjektivní úsudek člena týmu apod. Celkově však stav klientů odpovídal stavu, ve kterém se nacházeli na začátku výzkumného šetření. Některé domény byly hodnoceny více než jedním odborníkem, kde neshoda v přiřazení kvalifikátorů byla poměrně značná u části otázek (maximální rozdíl 3 kategorie např. u domény b140 od psychologa dostal klient kvalifikátor 0 a od ergoterapeuta 3).

#### **4.1.2 Popis preference hlasů při přiřazování kódů**

Kvalifikátory byly přiřazovány každým ze členů hodnotícího týmu zvlášť, na závěr však došlo ke konsenzu dle váhy, kterou měl hlas člena týmu v dané doméně. Např. psycholog má rozhodující hlas v doméně intelektuálních a kognitivních funkcí (b144 paměť, b140 pozornost, b114 orientace, d175 řešení problému atd.), emocionálních funkcí (b152) aj. Sociální pracovník má větší váhu hlasu než např. zdravotní sestra v doménách interpersonálních vztahů, občanském životě, vzdělávání, v oblasti bytové situace (d7, d8, d9, e3, e5) apod. Fyzioterapeut má rozhodující hlas v oblasti hybnosti a motoriky (b710 až b770), logoped se zaměřuje na funkce mluvení a řeči (b3) a komunikaci (d3). Ergoterapeut provádí vyšetření soběstačnosti pomocí FIM testu, Barthel indexu ADL, vyhodnocuje a přiřazuje kvalifikátory především v oblasti domén d5, d6 (Péče o sebe, Domácí život – domácí práce, nakupování, příprava jídel atd.)

Opět je kladen důraz na jedinečnost hodnocené osoby, na danou situaci, ze které klient či „rehabilitant“ vychází. Výsledek kódování je výsledkem multidisciplinární týmové práce. Zaznamenávání kvalifikátorů bylo provedeno koordinátorem týmu, kterým byla

osoba sociálního pracovníka, proškoleného v kódování ICF v zahraničí (Milano, München) i v ČR (Praha, Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK).

#### 4.1.3 Výsledky dotazníků kvality života rodičů v CSS Empatie

*Výsledky QL a míry spokojenosti (dotazník SEIQoL)*

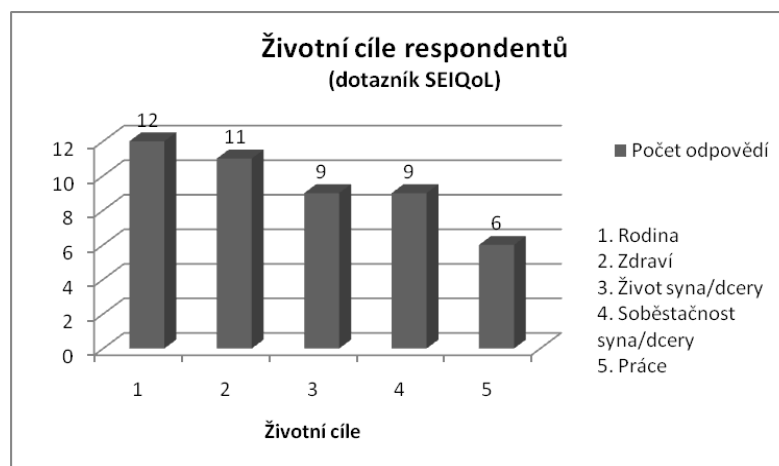
Počet respondentů, u kterých byla hodnocena celková úroveň kvality života a celková míra spokojenosti, bylo 12 (N=12). Jednalo se o rodiče klientů s mentálním postižením.

**Tabulka 1:** Znázornění výsledků QL a míry spokojenosti

	Odpovědi respondentů – průměr v %
Úroveň kvality života (QL)	40,6 %
Míra spokojenosti (VAS)	59,3%

Celková úroveň kvality života (QL) hodnocených respondentů je 40,6% a celková míra spokojenosti s kvalitou vlastního života (VAS) je 59,3 % (**Tab. 1**). V hodnotě QL a VAS je disproporce 18,7%.

**Graf 1:** Uvedené životní cíle respondentů



*Zdroj: Vlastní výzkum*

Výsledky dotazníku SEIQoL ukázaly, že mezi nejdůležitější životní cíle, které uváděli rodiče klientů (rehabilitantů), patří rodina, zdraví, život syna/dcery – jeho/její soběstačnost, práce. Uvedené cíle vyjadřují četnost odpovědí na prvních pěti pozicích (**Graf 1**).

Z polostandardizovaných rozhovorů se na téma budoucnosti dítěte s postižením od rodičů dostávalo odpovědi jako:

*„ Mám obavu, co se bude dít se synem, až tu my nebudeme. “*

*„ Bojím se, aby naše dcera byla do budoucna dobře zajištěná, aby tu nezůstala sama. “*

*„ Nevím, jak to bude, až my se nebudeme moct starat. “*

*„ Péče o syna je celá na mě, manželka zemřela, tak hlavně aby nás stát podpořil, sám to celé nezvládnou. “*

*„ Přála bych si, aby o dceru bylo dobře postaráno. Učím jí, aby byla co nejvíc soběstačná. “*

#### **4.1.4 Případové studie**

Do případových studií jsou zahrnuty závěry hodnocení „rehabilitantů“ s mentální retardací v Českých Budějovicích. Hodnocení probíhalo od března do října 2009, dále během roku 2010. Přípravná fáze probíhala již během roku 2008 a zahrnovala školení členů hodnotícího týmu, nácvik kódování, diskuze nad klasifikací MKF (např. i v emailové podobě se zahraniční klinikou v Miláně a Mnichově), přípravy a tisk záznamových archů pro MKF (Checklisty ICF) a vzhledem k tomu, že v době výzkumného šetření nebyla k dispozici česká verze ICF Checklist, tak i překlad záznamových archů do českého jazyka. Dále výběr souboru a vyjednávání s možnostmi potenciálních zařízení. V následujících studiích jednotlivých případů je pozornost zaměřena na stupeň aktivity a participace klientů, na stupně jejich funkční schopnosti a na ovlivňující faktory prostředí, ve kterém žijí. Výsledky se zaměřují na potenciální příležitosti ke zvýšení kvality jejich života, na možnosti jejich inkluze a schopnost vstupovat do interakcí.

#### **Klient č. 1: Alexandr**

Alexandr je 34letý muž, klient dojíždějící do ústavního zařízení, kterému byla v dětství stanovena diagnóza mentální retardace středního stupně. Přes týden žije v ústavu, kde je

již 20 roků, a na víkendy jezdí domů s rodiči. Je zamlklý, matka za něj vše vyřizuje, nepouští ho k samostatnému jednání. Byl zbaven povinnosti školní docházky, svéprávnosti, důvod není zcela jasný. Pobírá plný invalidní důchod a dále druhý stupeň příspěvku na péči, dle zákona č. 108/2006 Sb, o sociálních službách. Vlastní průkazku ZTP/P. Má hudební nadání, má rád hudbu, rádio, pistole, děti a rád kreslí. Matka předpokládá, že bude trvale v ústavu.

Matka je ke stavu svého syna optimistka. Říká, že dnes je doba „taková lepší“, dřív se mu posmívali i studenti VŠ, říká, že na něj „divně koukali“. Dnes je více možností, zlepšuje se to. Postoje společnosti k lidem s mentálním postižením jsou podle ní lepší.

### **Alexandr, 34 let**

#### MKN kódy:

F 71	Střední mentální retardace, žádná nebo minimální porucha chování
Q90.9	Downův syndrom
I10	Esenciální hypertenze
E66	Obezita
	Stav po fraktuře stehenní kosti, stav po operaci obou kyčelních kloubů (TEP – totální endoprotéza)

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.2	Funkce vědomí, středně těžký problém
b114.2	Orientační funkce, středně těžký problém
b140.3	Funkce pozornosti, těžký problém
b7100.1	Hybnost jednoho kloubu, lehký problém
b715.2	Funkce kloubní stability, středně těžká porucha
b770.1	Funkce chůze, lehký problém

##### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, úplný problém
d350.33	Konverzace, těžký problém
d440.22	Využití ruky k jemným pohybům, střední problém
d465.11	Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém

d510.22	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), střední problém
d530.01	Používání toalety, žádný problém výkon, střední v kapacitě
d540.01	Oblékání, žádný problém výkon, střední v kapacitě
d630.24	Příprava jídel, úplný problém (s dopomocí lze dosáhnout kvalifikátoru 2)
d640.23	Vykonávání domácích prací, těžký problém, s dopomocí 2
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém

### ***Faktory prostředí***

e120+2	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, střední facilitace (na WC má madla, používá francouzské hole)
e310+2	Nejbližší rodina, střední facilitace
e320.1	Přátelé, lehká bariéra (nemá s kamarády konflikt, ale chybí mu přítel)
e350+2	Domácí zvířata, střední facilitace (má rád svého psa)
e460.2	Postoje společnosti, střední bariéra

U klienta byly provedeny testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), testování úchopů dle Kapanjiho.

Klient je převážně soběstačný v pADL, potřebuje pomoc pouze při koupání, chůze samostatná v interiéru i exteriéru nyní bez kompenzačních pomůcek, pro pADL používá kompenzační pomůcky na koupání. FIM – 5,22 ze 7, BI pADL – 95 ze 100. V oblasti iADL je klient plně závislý na dopomoci svého okolí, je schopen se částečně zapojit do přípravy jídla a jednoduchých domácích prací. BI iADL – 5 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na obou HKK.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** Dosažení plné soběstačnosti v pADL, s využitím kompenzačních strategií, rozvoj iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování – nastavení pravidelných povinností v domácím prostředí, rozvoj pracovních návyků.

### **Klient č. 2: Blažej**

Blažej je 33letý muž, který má stanovenou diagnózu střední mentální retardace s výraznou poruchou chování. Dále má stanovenou dětskou mozkovou obrnu – hypotonický typ perinatálencefalipatie s úpravou motorických funkcí, s poruchou

expresivní řeči. Blažej má od narození velký hemangiom na pravé tváři, který je velkým kosmetickým problémem. Při hodnocení přichází s matkou, která má tendenci vše říci za syna. Dle matky byl blokován přítok některých cév do hemangiomu, a tak se již nezvětšuje. V současné době je velikost nádoru jako velké jablko livídní barvy na dolním okraji tváře. Lékař, který klienta má v péči, údajně nemá v plánu nádor odstranit, i když by to byl veliký přínos při interpersonálním kontaktu. Blažej měl údajně v 9 měsících vysoké horečky, které měly vliv na intelekt. Intelekt je těžko hodnotitelný v přítomnosti matky. Odpovídá tichým hlasem na jednoduché otázky. V dětství byl zbaven povinné školní docházky, pouze jeden rok chodil do zvláštní školy. Působí dojmem, že by se jednoduché trivium mohl naučit, což potvrzuje i matka. Stisk každou rukou přiměřený. Na dotaz, zda dovede spustit počítač, matka uvádí, že ho k tomu otec nepustí. Pohybuje se sám bez problémů, je schopen chůze, dovede poskakovat po každé dolní končetině zvlášť bez závratě. Vše dělá s doprovodem, na nákup sám nechodí.

Matka navrhuje a vidí jako velmi prospěšné respitní pobyty, denní stacionáře, aby si rodiče mohli odpočinout od neustálé péče o dítě s mentálním nebo kombinovaným postižením. Jako ideální se jí jeví oddechové pobyty pro rodiče. Často si chce s manželem popovídat, ale není kdy, většinu jejich volného času ji zaměstnává jejich syn. Domnívá se, že v ústavě chybí mužský vzor pro klienty mužského pohlaví.

Blažej zná značky všech automobilů, má zájem o vlaky, rád jimi jezdí a „vše o tom ví“. V létě má rád jízdu na kole, v zimě „kafičko“. Rád diskutuje o počasí. Pobírá plný invalidní důchod a 3. stupeň příspěvku na péči dle zákona č.108/2006 Sb. Dále příspěvek na provoz motorového vozidla a příspěvek na telefonní stanici. Matka vyjadřuje nespokojenost a popisuje velmi špatnou zkušenost s posudkovým lékařstvím za minulého režimu. Nyní má dále problém s obvodním lékařem, který se dle jejích slov „moc nezajímá“. Blažej je každý den je v ústavu, kde se mu líbí.

### **Blažej, 33 let**

#### MKN kódy:

- |       |  |
|-------|--|
| F 71  | Střední mentální retardace s výraznou poruchou chování   |
| G80.9 | DMO – hypoton.typperinatálencefalipatie s úpravou motorických funkcí, s poruchou expresivní řeči |
| D18.0 | Hemangiom, pravá tvář  |

## MKF kódy:

### ***Tělesné funkce***

b110.1	Funkce vědomí, lehký problém
b114.0	Orientační funkce, žádný problém
b117.2	Funkce intelektuální, středně těžký problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.3	Funkce pozornosti, těžký problém
b144.1	Funkce paměti, lehký problém
b152.0	Funkce emocionální, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, středně těžký problém
b320.0	Artikulační funkce, žádný problém
b 330.3	Plynulost a rytmus funkce řeči, těžký problém (kocktavost)
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
b715.0	Funkce kloubní stability, žádná porucha
b730.0	Funkce svalové síly, žádný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.0	Funkce chůze, žádný problém
b849.2	Funkce kůže, jiné, blíže neurčené, středně těžký problém

### ***Tělesné struktury***

S8100.3	Kůže oblasti hlavy a krku, těžký problém
---------	--

### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, úplný problém výkon i kapacita
d175.22	Řešení problémů, mírný problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.22	Provádění jednotlivého úkolu, mírný problém výkon i kapacita
d220.33	Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti kapacity i výkonu
d330.33	Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d350.23	Konverzace, středně těžký problém výkon, těžký problém kapacita
d430.00	Zvedání a nošení předmětů, žádný problém
d440.22	Využití ruky k jemným pohybům, mírný problém ve výkonu i kapacitě
d465.00	Pohybovat se při použití různých pomůcek, žádný problém výkon i kapacita

d470.21	Používání dopravních prostředků, středně těžký problém výkon, lehký kapacita
d510.22	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
d530.01	Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký problém v kapacitě
d540.11	Oblékání, lehký problém v kapacitě i výkonu
d630.32	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, středně těžký v kapacitě
d640.32	Vykonávání domácích prací, těžký problém - výkon, středně těžký kapacita
d820.33	Školní výchova, těžký problém (zbaven školního vzdělávání)
d860.33	Základní ekonomická jednání, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d920.32	Rekreace a volný čas, těžký problém ve výkonu, středně těžký v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.1	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), lehká bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádný problém
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, žádný problém
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e310+3	Nejbližší rodina, vysoká facilitace
e320.1	Přátelé, lehká bariéra
e350+1	Domácí zvířata, mírná facilitace (pes)
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, středně těžká facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
e590+1	Služby pro práci a zaměstnání, lehká facilitace

U klienta byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klient je převážně soběstačný v pADL, potřebuje mírnou pomoc při oblékání a koupání, chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. FIM – 5,27 ze 7, BI pADL – 90 ze 100. V oblasti iADL je



klient převážně závislý na dopomoci svého okolí, je schopen se částečně zapojit do přípravy jídla a jednoduchých domácích prací, je schopen s asistencí cestovat dopravním prostředkem na známé trase. BI iADL – 15 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální až středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na obou HKK srovnatelné, vážne manipulace, obratnost prstů a je lehce zhoršené cílení na LHK.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** Dosažení plné soběstačnosti v pADL s případným využitím kompenzačních strategií, iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování – nastavení pravidelných povinností v domácím prostředí.

### **Klient č. 3: Cyril**

Cyril je velmi statný 21letý hoch. V anamnéze má epilepsii a nyní když užívá léky, je bez záchvatů. Jeho osobnost se disharmonicky vyvíjí, má poruchy chování, autistické rysy, emoční labilitu. Ovládá mobilní telefon, zajímá se o počítač, na kterém dovede pracovat. Rád se dívá na televizi. Stále za něho odpovídá matka. Pokud hovoří sám, tak jen jednoduchými větami tichým hlasem. Byl údajně zbaven svéprávnosti, a tedy finanční problémy nemůže řešit. Má plný invalidní důchod a druhý stupeň příspěvku na péči dle z. č.108/2006 Sb. Mohl by dělat různé jednoduché i fyzicky namáhavé práce v přítomnosti druhé osoby (asistenta).

### **Cyril, 21 let**

#### MKN kódy:

F70	LMR
G40.1	Sympt.epilepsie a epil.syndrom

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.1	Funkce vědomí, lehký problém
b114.0	Orientační funkce, žádný problém
b117.1	Funkce intelektuální, lehký problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.0	Funkce paměti, žádný problém

- b152.2 Funkce emocionální, středně těžký problém (emoční plochost, emoční labilita)
- b164.1 Vyšší kognitivní funkce, lehký problém
- b320.0 Artikulační funkce, žádný problém
- b 330.1 Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém (mírně zrychlené)
- b710.1 Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
- b715.1 Funkce kloubní stability, mírná porucha
- b730.1 Funkce svalové síly, mírný problém
- b755.1 Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
- b770.1 Funkce chůze, mírný problém

### ***Aktivita a participace***

- d150.11 Počítání, lehký problém výkon i kapacita
- d175.23 Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu, těžký v kapacitě
- d210.11 Provádění jednotlivého úkolu, lehký problém výkon i kapacita
- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
- d330.22 Mluvení, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d350.22 Konverzace, středně těžký problém výkon i kapacita
- d430.00 Zvedání a nošení předmětů, žádný problém
- d440.11 Využití ruky k jemným pohybům, mírný problém ve výkonu i kapacitě
- d465.00 Pohybovat se při použití různých pomůcek, žádný problém výkon i kapacita
- d470.22 Používání dopravních prostředků, středně těžký problém výkon i kapacita
- d510.11 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
- d520.00 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém
- d530.00 Používání toalety, žádný problém ve výkonu i kapacitě
- d540.01 Oblékání, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d630.33 Příprava jídel, těžký problém ve výkonu a kapacitě
- d640.33 Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
- d660.34 Pomoc druhým, středně těžký problém výkon a těžký problém v kapacitě

- d820.22 Školní výchova, středně těžký problém
- d860.22 Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d920.12 Rekreační a volný čas, mírný problém ve výkonu, středně těžký v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

- e110.1 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), lehká bariéra
- e120.0 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
- e125.2 Produkty a technologie pro komunikaci, středně těžká bariéra
- e150.0 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
- e310+2 Nejbližší rodina, střední facilitace
- e320.0 Přátelé, žádný problém
- e325+1 Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, lehká facilitace
- e340+2 Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, střední facilitace
- e350+1 Domácí zvířata, mírná facilitace (2 kočky)
- e355.0 Zdravotničtí pracovníci, žádný problém
- e410.0 Postoje členů nejbližší rodiny, žádný problém
- e460.2 Postoje společnosti, středně těžká bariéra
- e540+0 Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
- e570+1 Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
- e580+1 Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
- e590+2 Služby pro práci a zaměstnání, střední facilitace

U klienta byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klient je převážně soběstačný v pADL, potřebuje mírnou pomoc při koupání, chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. FIM – 5,83 ze 7, BI pADL – 95 ze 100. V oblasti iADL je klient převážně závislý na pomoci svého okolí, je schopen se částečně zapojit do přípravy jídla a nakupování, je

schopen s asistencí cestovat dopravním prostředkem na známé trase. BI i ADL – 15 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální omezení bidigitálních a pluridigitálních úchopů a jemné motoriky při manipulaci s drobnějšími předměty, na obou HKK srovnatelné.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** využití strukturovaného učení a strukturování dne, rozvoj komunikace s využitím pomůcek, iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování – nastavení pravidelných povinností v domácím prostředí.

#### **Klient č. 4: Daniela**

Daniela má četné nádory benigní povahy. Jejich klinický název nezná. Měla epileptické záchvaty, které po neurochirurgické operaci ustaly. I přetrvávající nádory se nezvětšují. Od doby, co nemá záchvaty, se také zlepšila její aktivita. V dětství byla zbavena povinné školní docházky. Je doprovázena matkou, která se snaží stále se za dceru vyjadřovat (hyperprotektivní vliv matky). Intelekt je zřetelně výrazně snížený a přesněji ho musí stanovit psycholog. Do ústavu dochází jednou týdně. Dovede zapnout mobilní telefon, ale nedovede ho prakticky používat. Je velice upoutaná na rodinné prostředí.

#### **Daniela, 32 let**

##### MKN kódy:

- |       |  |
|-------|--|
| F71   | SMR – žádná nebo minimální porucha chování   |
| G40.1 | Sympt.epilepsie a epil.syndrom – smíšený<br>Nezhoubný novotvar mozk. pleny – meninges cerebri<br>Stav po hysterektomii<br>Stav po reoperaci meningeomu |

##### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

- |        |   |
|--------|---|
| b110.1 | Funkce vědomí, lehký problém  |
| b114.2 | Orientační funkce, střední problém  |
| b117.2 | Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém |
| b130.1 | Funkce energie a tempa, mírný problém                                     |

b134.1	Funkce spánku, lehký problém (po operaci 4, nyní s medikací 1)
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.1	Funkce paměti, lehký problém
b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b320.3	Artikulační funkce, těžký problém
b 330.4	Plynulost a rytmus funkce řeči, totální problém
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.1	Funkce chůze, mírný problém

### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.22	Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.22	Provádění jednotlivého úkolu, střední problém výkon i kapacita
d220.22	Provádění složitého úkolu, středně těžký problém v oblasti výkonu i v kapacitě
d315.33	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), těžký problém
d330.33	Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d335.42	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), totální problém ve výkonu, střední v kapacitě
d350.44	Konverzace, středně totální problém výkon, těžký kapacita
d430.11	Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
d440.22	Využití ruky k jemným pohybům, střední problém ve výkonu i kapacitě
d465.88	Pohybovat se při použití různých pomůcek, nespecifikováno
d470.44	Používání dopravních prostředků, úplný problém výkon i kapacita
d510.11	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
d520.01	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém výkon, lehký kapacita

d530.01	Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d540.01	Oblékání, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d550.00	Přijímání potravy, žádný problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.33	Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.34	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
d640.33	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
d660.34	Pomoc druhým, středně těžký problém výkon a těžký problém v kapacitě
d820.21	Školní výchova, středně těžký problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.44	Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu i kapacitě
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.1	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, lehká bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.3	Produkty a technologie pro komunikaci, těžká bariéra
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+1	Nejbližší rodina, lehká facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350.0	Domácí zvířata, mírná facilitace (žádné zvíře nemá)
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, žádný problém

e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, žádný problém
e590.0	Služby pro práci a zaměstnání, žádný problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je převážně soběstačná v pADL, potřebuje dopomoc a dohled při koupání, chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. V pADL se projevuje zhoršená funkce PHK, její snížené zapojování do aktivit. FIM – 5 ze 7, BI pADL – 95 ze 100. V oblasti iADL je klientka převážně závislá na dopomoci svého okolí, je schopna se zapojit s dopomocí při nakupování, do jednoduchých domácích prací, je schopna s asistencí cestovat dopravním prostředkem na známé trase, s dohledem samostatně užívat léky. BI iADL – 20 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální až středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na LHK, středně silné až silné omezení na PHK drobných bidigitálních a pluridigitálních úchopů, vážné manipulace, obratnost a spolupráce prstů.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj** – rozvoj komunikačních dovedností s využitím kompenzačních strategií dle systému AAK, maximalizovat míru soběstačnosti v pADL s využitím kompenzačních pomůcek, pokračovat v zapojování do iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování. Je vhodné využít kompenzační pomůcky v kuchyni pro zlepšení funkce PHK.

### **Klient č. 5: Emílie**

Emílie se narodila v roce 1982. Má dětskou mozkovou obrnu, která je komplikovaná epileptickými záchvaty. Při záchvatu má pohyby rukou. Mimo záchvatů není ochrnutí velké, neomezuje podstatně soběstačnost. Dovede dobře malovat. Ovládá mobil i počítač. Za dceru se snaží hovořit matka. Má plný invalidní důchod a druhý stupeň příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. Během týdne je v ústavu, na víkend je doma.

## **Emílie, 29 let**

### MKN kódy:

#### Obezita

F70	LMR (lehká mentální retardace) – žádná nebo minimální porucha chování
G40.9	Epilepsie
G80.1	Spastická dětská mozková obrna
H40.9	Glaukom
M47.9	Spondylóza
K80.2	Kámen žlučníku bez cholecystitidy
T88.7	Alergie na lék LAMICTAL, jarní pyly Plochá noha

### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.0	Orientační funkce, žádný problém
b117.1	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), mírný problém
b130.1	Funkce energie a tempa, mírný problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.0	Funkce paměti, žádný problém
b152.0	Funkce emocionální, žádný problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.1	Vyšší kognitivní funkce, lehký problém
b310.0	Funkce hlasu, žádný problém
b320.0	Artikulační funkce, žádný problém
b 330.0	Plynulost a rytmus funkce řeči, žádný problém
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
b715.2	Funkce kloubní stability, střední porucha (problémy s balancí, po operaci)
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.0	Funkce mimovolních pohybových reakcí, žádný problém



b770.2 Funkce chůze, střední problém (+bolest při chůzi)

***Aktivita a participace***

- d150.11 Počítání, mírný problém výkon i kapacita
- d175.22 Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.11 Provádění jednotlivého úkolu, lehký problém výkon i kapacita
- d220.32 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, mírný v kapacitě
- d315.00 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), žádný problém
- d330.00 Mluvení, žádný problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.00 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), žádný problém
- d350.00 Konverzace, žádný problém
- d430.11 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
- d440.22 Využití ruky k jemným pohybům, střední problém ve výkonu i kapacitě
- d450.00 Chůze, žádný problém
- d465.11 Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém
- d470.11 Používání dopravních prostředků, mírný problém (při jízdě na kole)
- d510.11 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
- d520.00 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém
- d530.00 Používání toalety, žádný problém
- d540.00 Oblékání, žádný problém ve výkonu i kapacitě
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.01 Péče o své zdraví, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d620.23 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém v kapacitě, výkon střední problém
- d630.23 Příprava jídel, střední problém výkon, těžký problém kapacita
- d640.23 Vykonávání domácích prací, střední problém výkon, těžký problém kapacita
- d660.23 Pomoc druhým, střední problém výkon, těžký problém kapacita

- d820.01 Školní výchova, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d860.21 Základní ekonomická jednání, střední problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d870.33 Ekonomická soběstačnost, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d920.12 Rekreace a volný čas, mírný problém ve výkonu, střední v kapacitě

***Faktory prostředí***

- e110.0 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
- e115.0 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, žádná bariéra
- e120.0 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
- e125.0 Produkty a technologie pro komunikaci, žádná bariéra
- e150.0 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
- e155.0 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
- e310+2 Nejbližší rodina, střední facilitace
- e320+2 Přátelé, střední facilitace
- e325.0 Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
- e340.0 Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, žádný problém
- e350+1 Domácí zvířata, mírná facilitace
- e355.0 Zdravotničtí pracovníci, žádný problém
- e410+1 Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
- e460.0 Postoje společnosti, žádný problém
- e540.0 Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
- e570+1 Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
- e580.0 Zdravotní služby, systémy, žádný problém
- e590+1 Služby pro práci a zaměstnání, lehká facilitace

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je převážně soběstačná v pADL, potřebuje dohled/mírnou pomoc při koupání, ale pouze v méně stimulujícím prostředí, je zde potenciál na plnou samostatnost. Chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyžívá žádné kompenzační pomůcky. FIM 6,25 ze 7, BI pADL – 100. V oblasti iADL je klientka ve velké míře závislá na dopomoci svého okolí, je schopna se zapojit s dopomocí do všech aktivit iADL kromě praní prádla. BI iADL – 35 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá zhoršení obratnosti obou HKK na úrovni minimálního až středně silného omezení složitějších úchopů.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj** – maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, rozvoj samostatnosti v iADL s využitím kompenzací – jednoduché strukturalizace aktivit místo dohledu, připravovat na možnost chráněného bydlení, maximalizovat pracovní potenciál pro uplatnění na volném trhu práce s využitím podporovaného zaměstnávání.

#### **Klient č. 6: Františka**

Františka má 34 let, trvalé bydliště má v Praze, ale převážně bydlí u příbuzných u Českých Budějovic. Má hemiparetickou formu dětské mozkové obrny, která není těžká. Absolvovala školu v Praze. Měla být zaměstnaná, ale nakonec nebyla přijata. Je provázena matkou, která má na situaci velmi racionální náhled. Snažili se, aby se začlenila do práce, ale bez úspěchu. Nyní navštěvuje CSS Empatie dva dny v týdnu. Ráda vyšívá, pracuje s počítačem. V ústavu vyrábí také koberce, jde o práci na stroji. Má plný invalidní důchod a první stupeň příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb. Domnívá se, že by mohla být více využita v nějakém pracovním procesu.

#### **Františka, 34 let**

##### MKN kódy:

- |       |   |
|-------|---|
| F70   | LMR (lehká mentální retardace) – žádná nebo minimální porucha chování |
| G40.6 | Epilepsie grand mal   |
| G80.9 | Dětská mozková obrna  |

##### MKF kódy:

### ***Tělesné funkce***

- b110.0 Funkce vědomí, žádný problém
- b114.0 Orientační funkce, žádný problém
- b117.1 Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), mírný problém
- b130.1 Funkce energie a tempa, mírný problém
- b134.1 Funkce spánku, lehký problém
- b140.2 Funkce pozornosti, středně těžký problém
- b144.0 Funkce paměti, žádný problém
- b152.1 Funkce emocionální, lehký problém (při menzes záchvatu zuřivosti)
- b156.0 Funkce vnímání, žádný problém
- b164.1 Vyšší kognitivní funkce, mírný problém
- b310.1 Funkce hlasu, lehký problém (při zpěvu kolísá)
- b320.2 Artikulační funkce, středně těžký problém (dyslalie, rotacismus, rot. Bohemicus, lambda.)
- b 330.2 Plynulost a rytmus funkce řeči, střední problém (neplynulá)
- b710.2 Funkce kloubní hybnosti, střední problém
- b715.3 Funkce kloubní stability, těžká porucha
- b730.2 Funkce svalové síly, středně těžký problém
- b755.2 Funkce mimovolních pohybových reakcí, střední problém
- b770.2 Funkce chůze, středně těžký problém

### ***Aktivity a participace***

- d150.22 Počítání, střední problém výkon i kapacita
- d175.23 Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu, těžký v kapacitě
- d210.23 Provádění jednotlivého úkolu, střední problém výkon, těžký kapacita
- d220.33 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu i v kapacitě
- d315.00 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), žádný problém
- d330.00 Mluvení, žádný problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.00 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), žádný problém
- d350.00 Konverzace, žádný problém

- d430.21 Zvedání a nošení předmětů, střední problém výkon, lehký problém v kapacitě
- d440.11 Využití ruky k jemným pohybům, lehký problém ve výkonu i kapacitě /PHK
- d440.33 Využití ruky k jemným pohybům, těžký problém ve výkonu i kapacitě /LHK
- d450.00 Chůze, žádný problém
- d465.22 Pohybovat se při použití různých pomůcek, střední problém
- d470.31 Používání dopravních prostředků, těžký problém výkon, lehký kapacita
- d510.00 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), žádný problém ve výkonu i kapacitě
- d520.00 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém
- d530.00 Používání toalety, žádný problém
- d540.00 Oblékání, žádný problém
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.12 Péče o své zdraví, mírný problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d620.33 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
- d630.33 Příprava jídel, těžký problém ve výkonu i v kapacitě
- d640.33 Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
- d660.33 Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
- d820.11 Školní výchova, mírný problém ve výkonu i kapacitě
- d860.11 Základní ekonomická jednání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d870.33 Ekonomická soběstačnost, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d920.12 Rekreační a volný čas, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

- e110.0 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
- e115.0 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, žádná bariéra
- e120.0 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
- e125.0 Produkty a technologie pro komunikaci, žádná bariéra

e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+1	Nejbližší rodina, lehká facilitace
e320.0	Přátelé, žádný problém
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350.0	Domácí zvířata, žádná facilitace
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, žádný problém
e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540+1	Dopravní služby, systémy a principy řízení, lehká facilitace
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
e590.0	Služby pro práci a zaměstnání, žádný problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je téměř plně soběstačná v pADL, potřebuje mít pokrájenou stravu pro samostatné jení, dohled při koupání, chůze samostatná v exteriéru i interiéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky, přes výrazné omezení funkce LHK, projevuje se minimální možností jejího zapojování do aktivit – pouze jednoduchá fixační funkce. FIM – 5,66 ze 7, BI pADL 90 ze 100. V oblasti iADL je klientka převážně závislá na dopomoci svého okolí, je schopna se zapojit s dopomocí do většiny aktivit – nakupování, jednoduché domácí práce, je schopna s asistencí cestovat dopravním prostředkem na známé trase, s dohledem samostatně užívat léky. BI iADL – 25 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá silné omezení úchopů na LHK, nefunkční výchozí postavení ruky pro úchop, projev spasticity.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, vyzkoušet kompenzační pomůcky pro samostatné jení, pokračovat v zapojování do

iADL s využitím kompenzačních pomůcek v kuchyni pro zlepšení funkce LHK, pokusit se o zlepšení klidového postavení ruky pomůckou pro rozvoj její funkce.

### **Klient č. 7: Gina**

Tato klientka má značnou mentální poruchu nejasné etiologie. Nemá školní vzdělání. Chodila údajně půl roku do školy, ale pak byla ze školy vyřazena. Údajně hůře vidí. Slovní kontakt je možný jen na velice jednoduché fázi, chudá slovní zásoba, řeč špatně artikulovaná. Pohybové omezení kromě složitých pohybů není. Občas se podílí na práci na zahrádce a částečně matce pomáhá v práci se slepicemi. Často umývá nádobí, stele postele, podílí se i na dalších domácích pracích. Má kočku, na které je prý „závislá“, má ráda i psy a další zvířata. Ráda chodí také do divadla. Nedívá se často na televizi, spíš poslouchá rádio. V rodině došlo po 27 letech manželství rodičů k rozvodu. Matka se nyní stará o Ginu sama, ta je od pondělí do pátku v ústavu. Gina má plný invalidní důchod a ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách má třetí stupeň příspěvku na péči.

### **Gina, 36 let**

#### MKN kódy:

F71	SMR – žádná nebo minimální porucha chování
010.0	Esenciální hypertenze
Q90.1	Trisomie 21, mozaika
E66.0	Těžká obezita
K80.2	Cholecystolithiasia
	Stav po kompres. fraktuře Th 21

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.2	Orientační funkce, střední problém
b117.2	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
b130.2	Funkce energie a tempa, střední problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém

b144.0	Funkce paměti, žádný problém
b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b310.0	Funkce hlasu, žádný problém
b320.3	Artikulační funkce, těžký problém (dyslalie, morfolog. i syntax)
b 330.2	Plynulost a rytmus funkce řeči, střední problém (tempo střídavé)
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.1	Funkce chůze, mírný problém

### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.33	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.33	Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon i kapacita
d220.34	Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
d310.22	Komunikace, přijímání mluvených zpráv, střední problém
d315.44	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), úplný problém
d330.33	Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity (narušené, viz. b167)
d335.00	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), žádný problém
d350.33	Konverzace, těžký problém výkon i kapacita (neudrží téma, myšlenky nesouvislé)
d430.11	Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
d440.11	Využití ruky k jemným pohybům, mírný problém ve výkonu i kapacitě
d450.10	Chůze, mírný problém ve výkonu, žádný v kapacitě
d465.88	Pohybovat se při použití různých pomůcek, nespecifikováno
d470.21	Používání dopravních prostředků, střední problém výkon, mírný kapacita (na kole nejedí)



d510.11	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
d520.01	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém výkon, lehký kapacita
d530.01	Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d540.01	Oblékání, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d550.01	Přijímání potravy, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d560.00	Pití, žádný problém
d570.23	Péče o své zdraví, středně těžký problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.34	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
d640.33	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
d660.33	Pomoc druhým, těžký problém výkon a těžký problém v kapacitě
d820.21	Školní výchova, středně těžký problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d860.11	Základní ekonomická jednání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d870.32	Ekonomická soběstačnost, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d920.23	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, žádná bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, žádná bariéra
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+3	Nejbližší rodina, výrazná facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+2	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, střední facilitace

e350+1	Domácí zvířata, mírná facilitace
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, žádný problém
e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, mírný problém (nedaří se sehnat vhodná práce)

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je převážně soběstačná v pADL, potřebuje mít pokrájenou stravu pro samostatné jedení, dohled při osobní hygieně a přesunu do vany, mírnou dopomoc při koupání, ale pouze v méně stimulujícím prostředí, je zde potenciál na plnou samostatnost. Chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. FIM – 5,5 ze 7, BI pADL – 90 ze 100. V oblasti iADL je klientka převážně závislá na dopomoci svého okolí, je schopna se s dopomocí zapojit do nakupování, do jednoduchých domácích prací. BI iADL – 10 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá celkové lehké zhoršení obratnosti obou HKK, na úrovni minimálního omezení, složitější bidigitální a pluridigitální úchopy se středně silným omezením na PHK.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, rozvoj samostatnosti v iADL, rozvoj pracovních návyků.

### **Klient č. 8: Helena**

Helena není schopná žádné intelektuální práce, i když pohybově je bez větších problémů. Základní onemocnění je tuberózní skleróza. V 17ti letech byla údajně zbavena povinnosti školní docházky a dostala se do pomocné školy. Není schopna číst, psát ani počítat. Nyní je jí 32 let. Její hobby je jídlo a televize, dále má doma pejska, kocoura a rybičky. Má plný invalidní důchod a ze zákona o sociálních službách má třetí stupeň příspěvku na péči.

**Helena, 32 let**MKN kódy:

F71	SMR s výraznou poruchou chování
G40.8	Sympt.epilepsie a ep.syndrom (sekundár.EPI)
Q85.1	Tuberózní skleróza

MKF kódy:***Tělesné funkce***

b110.1	Funkce vědomí, lehký problém
b114.2	Orientační funkce, střední problém
b117.3	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), těžký problém
b130.2	Funkce energie a tempa, střední problém
b134.0	Funkce spánku, žádná porucha
b140.3	Funkce pozornosti, těžký problém
b144.1	Funkce paměti, lehká porucha
b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.1	Funkce vnímání, lehký problém
b164.3	Vyšší kognitivní funkce, těžký problém
b310.0	Funkce hlasu, žádný problém
b320.3	Artikulační funkce, těžký problém
b 330.3	Plynulost a rytmus funkce řeči, těžký problém
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.2	Funkce chůze, střední problém

***Aktivity a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.34	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu, úplný v kapacitě
d210.34	Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, úplný v kapacitě
d220.44	Provádění složitého úkolu, úplný problém v oblasti výkonu i v kapacitě

- d315.44 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), úplný problém (obtížná komunikace, těžká spolupráce, těžké rozlišení hloubky deficitu)
- d330.33 Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.43 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), totální problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d350.44 Konverzace, středně totální problém výkon, těžký kapacita
- d430.11 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
- d440.33 Využití ruky k jemným pohybům, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d450.11 Chůze, lehký problém
- d465.11 Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém
- d470.88 Používání dopravních prostředků, nespecifikováno
- d510.33 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d520.22 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), střední problém výkon i kapacita
- d530.11 Používání toalety, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d540.32 Oblékání, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d550.01 Přijímání potravy, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.34 Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu, úplný v kapacitě
- d620.44 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), úplný problém
- d630.44 Příprava jídel, úplný problém ve výkonu i kapacitě
- d640.44 Vykonávání domácích prací, úplný problém – výkon i kapacita
- d660.44 Pomoc druhým, úplný problém výkon i kapacita
- d820.43 Školní výchova, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d860.43 Základní ekonomická jednání, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d870.44 Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu i kapacitě
- d920.33 Rekreační a volný čas, těžký problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

- e110.1 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), lehká bariéra

e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, žádná bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, žádná bariéra
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+3	Nejbližší rodina, výrazná facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+2	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, střední facilitace
e350+1	Domácí zvířata, mírná facilitace
e355.1	Zdravotničtí pracovníci, lehká bariéra
e410+2	Postoje členů nejbližší rodiny, střední facilitace
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, lehká bariéra

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je částečně soběstačná v pADL, potřebuje mít pokrájenou stravu pro samostatné jení, dopomoc při osobní hygieně, oblékání, koupání, mírnou dopomoc při použití WC. Chůze samostatná v interiéru i exteriéru, nutný dohled pro snížení KF, nikoliv nebezpečí pádu. V pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. FIM – 4,44 ze 7, BI pADL – 80 ze 100. V oblasti iADL je klientka plně závislá na dopomoci svého okolí, tato oblast zatím nebyla rozvíjena. BI iADL – 0 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá

celkové středně silné zhoršení obratnosti obou HKK, je zhoršeno cílení a koordinace pohybu, klientka obtížně chápe požadovanou činnost.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL – na dohled a instrukci, rozvoj jednoduchých pracovních návyků, rozvoj volnočasových aktivit.

### **Klient č. 9: Ivan**

Ivanovi je 27 let. Jeho základní onemocnění je dětská mozková obrna provázená častými epileptickými záchvaty spojenými často se ztrátou antigravitačního tonu a pádem někdy až 5x za den. Pohybově není podstatně omezen. Podle sdělení otce je schopen ovládat počítač. Jeho otec se chlapci plně věnuje. Otec pracoval v armádě, ale když mu před 2 roky zemřela manželka, šel do důchodu a stará se o syna, kterého také na vyšetření doprovází. Otec uvádí, že se bude neurochirurgicky řešit epilepsie, poněvadž je známo ložisko. Otec ukazuje na okcipitální krajinu vlevo. Otec je poměrně autoritativní a udržuje chlapce jako malé dítě. Syn má plný invalidní důchod a nejvyšší 4. stupeň příspěvku na péči ze zákona o sociálních službách. Do ústavu dojíždí na polovinu dne do keramické dílny, kde se chlapci práce velice líbí. Hraje na flétnu a klávesy, má rád svého psa.

### **Ivan, 27 let**

#### MKN kódy:

F70	LMR (lehká mentální retardace)
G80.1	Spastická mozková obrna
G40.6	Epilepsie grand mal

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádná porucha
b114.0	Orientační funkce, žádná porucha
b117.1	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), mírný problém
b130.1	Funkce energie a tempa, mírný problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.1	Funkce pozornosti, lehký problém

b144.0	Funkce paměti, žádný problém
b152.0	Funkce emocionální, žádný problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.1	Vyšší kognitivní funkce, mírný problém
b310.1	Funkce hlasu, lehký problém (hrubší, monotonie)
b320.2	Artikulační funkce, středně těžký problém (dyslalie)
b 330.0	Plynulost a rytmus funkce řeči, žádný problém
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, lehký problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.1	Funkce chůze, mírný problém

### ***Aktivita a participace***

d150.11	Počítání, mírný problém výkon i kapacita
d175.22	Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.11	Provádění jednotlivého úkolu, lehký problém výkon i kapacita
d220.22	Provádění složitého úkolu, středně těžký problém v oblasti výkonu i v kapacitě
d315.00	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), žádný problém
d330.10	Mluvení, lehký problém v oblasti výkonu, žádný v oblasti kapacity
d335.00	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), žádný problém
d350.10	Konverzace, lehký problém výkon, žádný kapacita
d430.22	Zvedání a nošení předmětů, středně těžký problém
d440.22	Využití ruky k jemným pohybům, střední problém ve výkonu i kapacitě
d450.10	Chůze, žádný problém v kapacitě, mírný ve výkonu
d465.11	Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém
d470.11	Používání dopravních prostředků, lehký problém výkon i kapacita
d510.11	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
d520.00	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém výkon, kapacita

d530.00	Používání toalety, žádný problém ve výkonu i kapacitě
d540.00	Oblékání, žádný problém ve výkonu i kapacitě
d550.00	Přijímání potravy, žádný problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.01	Péče o své zdraví, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d620.34	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém výkon, totální kapacita
d630.34	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
d640.34	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon, úplný - kapacita
d660.33	Pomoc druhým, středně těžký problém výkon i kapacita
d820.11	Školní výchova, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.43	Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d920.11	Rekreace a volný čas, lehký problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, žádná bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125+2	Produkty a technologie pro komunikaci, střední facilitace
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+2	Nejbližší rodina, střední facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350+1	Domácí zvířata, mírná facilitace (pes, rybičky)



e355.0	Zdravotničtí pracovníci, žádný problém
e410.1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká bariéra
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, žádný problém
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, lehký problém

U klienta byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klient je převážně soběstačný v pADL, potřebuje mírnou pomoc při koupání, chůze samostatná v exteriéru i interiéru, pro vysoké riziko epileptických záchvatů vždy s dohledem, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. FIM 6,16 ze 7, BI pADL – 95 ze 100. V oblasti iADL je klient převážně závislý na pomoci svého okolí, je schopen se částečně zapojit do jednoduchých domácích prací, je schopen samostatného telefonování, s asistencí cestovat dopravním prostředkem na známé trase, s dohledem samostatně užívat léky. BI iADL – 30 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální až středně silné omezení složitějších úchopů a jemné motoriky na obou HKK, vážné manipulace s předměty, obratnost a spolupráce prstů, a je lehce zhoršené cílení.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** dosažení plné soběstačnosti v pADL s případným využitím kompenzačních strategií především ke zvýšení bezpečí při epi. záchvatech, rozvoj všech oblastí iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování. Úprava domácího prostředí ke zvýšení bezpečnosti a tím rozvoji samostatnosti. Rozvoj pracovního potenciálu.

Průběh narušen opakovanými drobnými epi. záchvaty.

### **Klient č. 10: Johana**

Johana má dětskou mozkovou obrnu, pravostrannou hemiparézu. Léky žádné neužívá, chodí na logopedii. Chodila sice do školy, ale nenaučila se číst, řeč je velice špatně srozumitelná až nesrozumitelná. V ústavu je během týdne, na víkend je doma. Podle sdělení matky si dovede pustit televizi, pokud je doma, tak pomáhá v jednoduchých činnostech. Ovládá i mobilní telefon, ale matka se jí bojí někam pustit samotnou a vždy

jí doprovází. Johanka má plný invalidní důchod a ze zákona o sociálních službách pobírá dávku 2. stupně příspěvku na péči. Od mala používá invalidní vozík.

### **Johana, 29 let**

#### MKN kódy:

F71	SMR – žádná nebo minimální porucha chování
G80.1	Spastická mozková obrna
H50.9	Strabismus
Q07.9	Jiné urč.vrozené vady nerv.soustavy Hemolyticko-uremický syndrom Transplantovaná ledvina

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.1	Orientační funkce, mírný problém
b117.2	Funkce intelektuální, středně těžký problém
b130.1	Funkce energie a tempa, mírný problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.3	Funkce pozornosti, těžký problém
b144.0	Funkce paměti, žádný problém
b152.0	Funkce emocionální, žádný problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b310.0	Funkce hlasu, žádný problém
b320.2	Artikulační funkce, středně těžký problém
b 330.0	Plynulost a rytmus funkce řeči, žádný problém
b710.3	Funkce kloubní hybnosti, těžký problém (problémy s koleny)
b715.2	Funkce kloubní stability, středně těžká porucha
b730.3	Funkce svalové síly, těžký problém (horší vlevo DK)
b755.2	Funkce mimovolních pohybových reakcí, středně těžký problém
b770.3	Funkce chůze, těžký problém

### ***Aktivity a participace***

- d150.33 Počítání, těžký problém výkon i kapacita
- d175.33 Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.33 Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon i kapacita
- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, úplný v kapacitě
- d315.00 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv, žádný problém
- d330.22 Mluvení, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.00 Produkce neverbálních zpráv, žádný problém
- d350.32 Konverzace, těžký problém výkon, středně těžký kapacita
- d430.34 Zvedání a nošení předmětů, těžký problém výkon, totální kapacita
- d440.33 Využití ruky k jemným pohybům, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d450.34 Chůze, těžký problém výkon, totální kapacita
- d465.23 Pohybovat se při použití různých pomůcek, střední problém výkon, těžký kapacita
- d470.44 Používání dopravních prostředků, úplný problém výkon i kapacita
- d510.23 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), střední problém ve výkonu, těžký kapacita
- d520.12 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), lehký problém výkon, střední kapacita
- d530.12 Používání toalety, lehký problém ve výkonu, středně těžký v kapacitě
- d540.11 Oblékání, lehký problém ve výkonu i v kapacitě
- d550.01 Přijímání potravy, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.33 Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d620.44 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), úplný problém
- d630.44 Příprava jídel, úplný problém ve výkonu i v kapacitě
- d640.44 Vykonávání domácích prací, úplný problém – výkon i kapacita
- d660.33 Pomoc druhým, středně těžký problém výkon i kapacita
- d820.21 Školní výchova, středně těžký problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d860.33 Základní ekonomická jednání, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d870.44 Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu i kapacitě
- d920.23 Rekreační a volný čas, střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.1	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, lehká bariéra
e120+1	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, lehká facilitace
e125.1	Produkty a technologie pro komunikaci, lehká bariéra
e150.2	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), střední problém
e155.2	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, středně těžká bariéra
e310+2	Nejbližší rodina, střední facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+2	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, střední facilitace
e350.0	Domácí zvířata, žádný problém (žádné zvíře nemá)
e355+1	Zdravotničtí pracovníci, lehký problém
e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
e460+1	Postoje společnosti, mírná facilitace
e540.2	Dopravní služby, systémy a principy řízení, středně těžký problém (bariérovost)
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580.+1	Zdravotní služby, systémy, lehký problém
e590.0	Služby pro práci a zaměstnání, žádný problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je částečně soběstačná v pADL, potřebuje mít pokrájenou stravu pro samostatné jení, mírnou dopomoc při osobní hygieně, koupání, oblékání, použití WC a dohled při přesunech. Lokomoce samostatná v bezbariérovém prostředí na vozíku v interiéru, na krátké vzdálenosti schopná využít i formu lezení po čtyřech končetinách,

je schopna krátkého statického stoje s oporou HKK. V pADL využívá pouze madel pro přesuny na vozík, jinými kompenzačními pomůckami nebyli vybaveni. V pADL se projevuje zhoršená funkce obou HKK, výrazně na LHK pro spasticitu, její snížené zapojování do aktivit, využití spíše pro fixační funkci. FIM – 4,44 ze 7, BI pADL – 60 ze 100. V oblasti iADL je klientka plně závislá na dopomoci svého okolí, tato oblast zatím nebyla rozvíjena i vzhledem k nedostatečně uzpůsobenému domácímu prostředí. BI iADL – 0 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální až středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na PHK, silné omezením neprovede na LHK drobných bidigitálních a pluridigitálních úchopů.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL – na dohled a instrukci s maximálním možným využitím kompenzačních pomůcek pro ADL a úpravy oděvu, rozvoj iADL v domácím prostředí, úprava domácího prostředí – zpřístupnění všech místností na vozíku a zpřístupnění všech potřebných ploch pro aktivity p,iADL (police, skříně, kuchyně), rozvoj volnočasových aktivit ke zlepšení funkce HKK.

### **Klient č. 11: Kristýna**

Kristýna je narozená v roce 1981, v diagnóze je primární mentální retardace. Žije s matkou, otcem a dědečkem z otcovy strany. Starší sestra je již mimo rodinu. Během týdne je v ústavu, na víkend jezdí domů. Matka je zdravotní sestra v nemocnici, kde pracuje na směny. Otec je zaměstnaný v továrně a rovněž pracuje na směny. Pohybově nejsou zjevné žádné poruchy. Řeč je srozumitelná. Kristýna ráda vaří nebo alespoň pomáhá v kuchyni. Matka jí doma ale nechce nechat vařit, aby něco nezakazila, poněvadž tchán je dle jejích slov vybíravý a chce složitou stravu. Kristýna hraje na zobcovou flétnu. Má invalidní důchod a příspěvek na péči 1. stupně dle zákona č. 108/2006 Sb.

### **Kristýna, 30 let**

#### MKN kódy:

- |       |   |
|-------|---|
| F71   | SMR (střední mentální retardace) – žádná nebo minimální porucha chování |
| E66.9 | Obezita   |
| H52.0 | Hypermetropie bilat., astigmatismus                                     |

Q67.5            Kongenitální Th skoliosa s gibbe

MKF kódy:

***Tělesné funkce***

- b110.0            Funkce vědomí, žádný problém
- b114.0            Orientační funkce, žádný problém
- b117.2            Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
- b130.1            Funkce energie a tempa, mírný problém
- b134.0            Funkce spánku, bez problému
- b140.2            Funkce pozornosti, středně těžký problém
- b144.0            Funkce paměti, bez problému
- b152.0            Funkce emocionální, žádný problém
- b156.0            Funkce vnímání, žádný problém
- b164.2            Vyšší kognitivní funkce, střední problém
- b167.2            Mentální funkce řeči, střední problém
- b310.0            Funkce hlasu, žádný problém
- b320.2            Artikulační funkce, středně těžký problém (dyslalie morfol. i syntax)
- b 330.0            Plynulost a rytmus funkce řeči, žádný problém
- b710.0            Funkce kloubní hybnosti, žádný problém
- b715.0            Funkce kloubní stability, žádný problém
- b730.0            Funkce svalové síly, žádný problém
- b755.0            Funkce mimovolních pohybových reakcí, žádný problém
- b770.0            Funkce chůze, žádný problém

***Aktivity a participace***

- d150.33            Počítání, těžký problém výkon i kapacita
- d175.23            Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu, těžký v kapacitě
- d210.23            Provádění jednotlivého úkolu, střední problém výkon, těžký kapacita
- d220.33            Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu i v kapacitě
- d315.11            Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), lehký problém

d330.22	Mluvení, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d335.00	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), žádný problém
d350.33	Konverzace, těžký problém výkon i kapacita
d430.00	Zvedání a nošení předmětů, žádný problém
d440.00	Využití ruky k jemným pohybům, žádný problém
d450.00	Chůze, žádný problém
d465.00	Pohybovat se při použití různých pomůcek, žádný problém
d510.00	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), žádný problém
d520.00	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém
d530.00	Používání toalety, žádný problém
d540.00	Oblékání, žádný problém
d550.00	Přijímání potravy, žádný problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.11	Péče o své zdraví, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.23	Příprava jídel, středně těžký problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d640.33	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
d660.33	Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
d820.00	Školní výchova, žádný problém
d860.11	Základní ekonomická jednání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d870.22	Ekonomická soběstačnost, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d920.12	Rekreace a volný čas, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, bez bariéry
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém

e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+3	Nejbližší rodina, silná facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350+2	Domácí zvířata, střední facilitace
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, žádný problém
e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, žádný problém
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, žádný problém
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, lehká bariéra

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je soběstačná v pADL, chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky. FIM – 6 ze 7, BI pADL – 100. V oblasti iADL je klientka ve velké míře závislá na dopomoci svého okolí, je schopna se s dopomocí zapojit do všech aktivit. BI iADL – 30 z 80. Z vyšetření úchopů – není výraznější omezení jemné motoriky HKK, pouze projev zpomaleného pracovního tempa.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, rozvoj samostatnosti v iADL s využitím kompenzací – jednoduché strukturalizace aktivit v domácím prostředí místo dohledu, připravovat na možnost chráněného bydlení, maximalizovat pracovní potenciál pro uplatnění na volném trhu práce s využitím podporovaného zaměstnávání.



### **Klient č. 12: Lenka**

Lenka je 32letá žena s diagnózou DMO, pravostranné ochrnutí. Vzdělávala se ve škole při ústavu, do 6 let byla doma, od svých 22 let je v ústavním zařízení na týdenním pobytu. Bydlí s rodiči v rodinném domku, má tři sourozence a jednoho psa. Jejími koníčky jsou hudba, televize, vožení kočárku. Při hodnocení je často unavená. Z fyzioterapeutického vyšetření je pravá strana těla funkčně zhoršená, pravostranné ochrnutí. Mluvení je na špatné úrovni, klientka má náhradní komunikační systém, dle logopedky rodiče uvažují o AAK.

Pobírá plný invalidní důchod, příspěvek na péči dle zákona o sociálních službách, 2. stupeň, a příspěvek na provoz motorového vozidla.

### **Lenka, 32 let**

#### MKN kódy:

F71	SMR – žádná nebo minimální porucha chování
G80.9	DMO
Q02	Mikrocephalia

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.1	Orientační funkce, mírný problém
b117.2	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
b130.2	Funkce energie a tempa, středně těžký problém
b134.1	Funkce spánku, lehký problém (nemůže spát ráno)
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.1	Funkce paměti, lehký problém
b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b310.1	Funkce hlasu, mírný problém (intonace)
b320.2	Artikulační funkce, středně těžký problém
b 330.1	Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém

b710.2	Funkce kloubní hybnosti, střední problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.1	Funkce chůze, mírný problém

### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.33	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.33	Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon i kapacita
d220.34	Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
d315.11	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), lehký problém
d330.33	Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d335.22	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), střední problém ve výkonu i kapacitě
d350.33	Konverzace, těžký problém (s dopomocí, má vlastní komunikační systém)
d430.12	Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d440.44	Využití ruky k jemným pohybům PHK, totální problém ve výkonu i kapacitě
d440.33	Využití ruky k jemným pohybům LHK, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d450.12	Chůze, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d465.12	Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d470.12	Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d510.11	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
d520.01	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty), žádný problém výkon, lehký kapacita
d530.01	Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě

d540.11	Oblékání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d550.01	Přijímání potravy, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d560.00	Pití, žádný problém
d570.33	Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.34	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
d640.33	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
d660.33	Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
d820.11	Školní výchova, mírný problém ve výkonu i kapacitě
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.43	Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.1	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, lehká bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.3	Produkty a technologie pro komunikaci, těžká bariéra
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310+2	Nejbližší rodina, střední facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350.0	Domácí zvířata, mírná facilitace (žádné zvíře nemá)
e355+1	Zdravotničtí pracovníci, lehká facilitace
e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace

e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.1	Dopravní služby, systémy a principy řízení, lehká bariéra
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
e590+2	Služby pro práci a zaměstnání, střední facilitace

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je převážně soběstačná v pADL, potřebuje mít pokrájenou stravu pro samostatné jedení, dopomoc a dohled při koupání, oblékání, chůze samostatná v interiéru i exteriéru, v pADL nevyužívá žádné kompenzační pomůcky přes výrazné omezení funkce PHK, projevuje se minimální možností jejího zapojování do aktivit – pouze jednoduchá fixační funkce. V pADL se projevuje zhoršená funkce PHK, její snížené zapojování do aktivit. FIM – 4,83 ze 7, BI pADL – 85 ze 100. V oblasti iADL je klientka převážně závislá na dopomoci svého okolí, je schopna se s dopomocí zapojit do nakupování a do jednoduchých domácích prací. BI iADL – 20 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální až středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na LHK, silné omezení na PHK.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** rozvoj komunikačních schopností s využitím kompenzačních strategií dle systému AAK, orofaciální stimulace pro zlepšení salivace a rozvoji řeči, zlepšení postavení hlavy a trupu. Maximalizovat míru soběstačnosti v pADL s využitím kompenzačních pomůcek, pokračovat v zapojování do iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování. Je vhodné využít kompenzační pomůcky v kuchyni pro zlepšení funkce PHK.

### **Klient č. 13: Monika**

Monice je 33 let, je svobodná a má průkaz ZTP/P. Trvale žije v ústavu od roku 1994, v chráněném bydlení, žije zde bez partnera. Pobírá příspěvek na péči, druhý stupeň. Z rodinné anamnézy matka psychiatricky léčena, otec zemřel. Monika je „invalidní z mládí“, diagnózu mentální retardace má od narození. Je nesoběstačná, sebeobsluhu nezvládá, potřebuje trvalý dohled při hygieně, při užívání léků. *Bydlí na pokoji sama, má vedle sebe sousedku. Pomáhá na pokojíčku, vytírá, zalévá si kytky, vypomáhá. Ráda*

*jezdí na koni, ráda plave, vyšívá, maluje. Má ráda muzikoterapii, líbí se jí Dáda Patrasová, má časopisy i vidokazety, cédéčka, je oblíbená zpěvačka, nedá na ní dopustit. Chtěla by jí vidět ve skutečnosti. Z terapie je u ní provozována ergoterapie a rehabilitace (fyzioterapie). V řeči má problémy s výslovností, má chudou slovní zásobu při komunikaci (středně těžký až těžký problém). Chůze a stoj samostatný. Objevují se u ní značné poruchy chování. Orientována osobou, místem (středně těžký problém s orientací). Paměť a intelekt středně těžká až těžká porucha.*

Ze závěrů fyzioterapeuta: Svalová síla perfektní, hybnost dobrá, chůzi zvládá perfektně do schodů ze schodů, malá nestabilita v chůzi pozpátku. Jemný úchop je na úrovni střední poruchy.

### **Monika, 33 let**

#### MKN kódy:

F71	Mentální retardace – střední stupeň
G40.9	Epilepsie – kompenzovaná léčbou
E66.9	Obezita
F54	Poruchy chování s agresivitou

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.1	Orientační funkce, mírný problém
b117.2-3	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký až těžký problém
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b144.2	Funkce paměti, středně těžký problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.3	Vyšší kognitivní funkce, těžký problém
b167.2	Mentální funkce jazyka, střední problém
b310.0	Funkce hlasu, žádný problém
b320.2	Artikulační funkce, středně těžký problém
b 330.2	Plynulost a rytmus funkce řeči, středně těžký problém
b710.2	Funkce kloubní hybnosti, střední problém (ovlivněno obezitou)

- b730.0 Funkce svalové síly, žádný problém
- b755.1 Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
- b770.1 Funkce chůze, mírný problém

***Aktivita a participace***

- d150.33 Počítání, těžký problém výkon i kapacita
- d175.33 Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.32 Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon, středně těžký kapacita
- d220.44 Provádění složitého úkolu, totální problém
- d330.21 Mluvení, středně těžký problém v oblasti výkonu, mírný v kapacitě
- d335.22 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), střední problém ve výkonu i kapacitě
- d350.33 Konverzace, těžký problém
- d430.11 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d440.22 Využití ruky k jemným pohybům, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d450.12 Chůze, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d470.42 Používání dopravních prostředků, totální problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d510.32 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě (potřebuje dohled)
- d520.32 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty), těžký problém výkon, střední kapacita
- d530.32 Používání toalety, těžký problém výkon, střední kapacita
- d540.22 Oblékání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.33 Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d620.43 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), totální problém výkon, těžký kapacita
- d630.33 Příprava jídel, těžký problém
- d640.32 Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon, střední kapacita

d660.33	Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
d820.32	Školní výchova, těžký problém výkon, střední kapacita
d860.43	Základní ekonomická jednání, totální problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d870.43	Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110+2	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), střední facilitace
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310.2	Nejbližší rodina, střední bariéra
e320+2	Přátelé, střední facilitace
e325+3	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, značná facilitace
e340+3	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, značná facilitace
e350.0	Domácí zvířata, mírná facilitace (žádné zvíře nemá)
e410.2	Postoje členů nejbližší rodiny, střední bariéra
e540.1	Dopravní služby, systémy a principy řízení, lehký problém (téměř nepoužívá dopravu)
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580+2	Zdravotní služby, systémy, střední facilitace

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 4,13 ze 7; pADL 65 ze 100, iADL 0 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** Doporučeno pracovat na rozvoji komunikačních schopností s využitím kompenzačních strategií dle systému AAK, maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, rozvoj samostatnosti především v iADL s využitím kompenzací – jednoduché strukturalizace aktivit v chráněném bydlení místo dohledu, maximalizovat

pracovní potenciál pro uplatnění na volném trhu práce s využitím podporovaného zaměstnávání.

#### **Klient č. 14: Nina**

Nina má 31 let, je zbavena způsobilosti k právním úkonům, trvale žije v zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením (dále jen „v ústavu“). V minulosti se u ní objevily suicidální pokusy. Matka je Romka, žila příživnickým způsobem života, otec dělník, otcovství soudně neprokázáno. Má tři sourozence, kteří byli také v minulosti umístěni v ústavu. Matka z porodnice utekla, pro dítě poslala svého druhu. Po týdnu domácí péče přinesla dítě na dětské oddělení ve špatném stavu. Pro nevyhovující sociální poměry bylo dítě umístěno do kojeneckého ústavu v Plzni. Odtud „putovalo“ dítě do dětského domova, pak do dětské psychiatrické léčebny. Psychomotorický vývoj od počátku opožděný, nejvýrazněji v řeči. V batolecím věku byla diagnostikována MR, střední stupeň. Navštěvovala pomocnou školu ZŠ, ve škole jí to nebavilo, měla ráda „Ježíška“ – náboženství. Nina nyní pobírá plný invalidní důchod. Nikdy nepracovala, v zařízení, kde nyní žije, hlídá malé děti, což ji baví. Má přítele, je mu prý 60 let, navštěvují se. Rodiče jí nenavštěvují, jen píše dopisy. Zájmy: kreslení, plavání, je věřící, pravidelně chodí do kostela. Nekouří, alkohol nepije.

Vnímání bez problémů, myšlení simplexní, bez poruchy chování, orientovaná osobou, časem a místem ne. Paměť narušená, vada řeči, chudá slovní zásoba. Je emočně tupě euforická, má stereotypy v chování a v myšlení. Stoj i chůze samostatná, pomoc při úkonech jemné motoriky, nutný dohled při úkonech osobní hygieny (oblékání, léky). Sebeobsluhu zvládá.

Vyšetření fyzioterapeuta: Silnější, má souhyb celého těla, pořád se naklání. Dopředu a dozadu, pak do stran. Na kole nejezdí, bojí se, že by to nešlo. Svalová síla dobrá, ale těžko chápe, co se po ní chce, odpor apod. Chůze horší, pravá DK vychází více do strany, chůze pozpátku je omezenější, méně jistá, chůze do schodů a ze schodů je výborná. Úchop je dobrý.

#### **Nina, 31 let**

##### MKN kódy:

F71	Středně těžká mentální retardace
E66.9	Obezita



Tentamen suicidii

Dyslalie

MKF kódy:

***Tělesné funkce***

- b110.0 Funkce vědomí, žádný problém
- b114.1 Orientační funkce, mírný problém
- b117.2 Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
- b140.2 Funkce pozornosti, středně těžký problém
- b144.2 Funkce paměti, středně těžký problém
- b156.0 Funkce vnímání, žádný problém
- b152.2 Funkce emocionální, středně těžký problém
- b164.3 Vyšší kognitivní funkce, těžký problém
- b310.0 Funkce hlasu, žádný problém
- b320.2 Artikulační funkce, středně těžký problém
- b 330.3 Plynulost a rytmus funkce řeči, těžký problém
- b710.0 Funkce kloubní hybnosti, bez problému
- b715.1 Funkce kloubní stability, mírná porucha
- b730.0 Funkce svalové síly, žádný problém
- b770.1 Funkce chůze, mírný problém

***Aktivita a participace***

- d150.33 Počítání, těžký problém výkon i kapacita
- d175.33 Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.22 Provádění jednotlivého úkolu, středně těžký problém výkon i kapacita
- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
- d315.22 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), střední problém
- d330.33 Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity (dyslalie)
- d350.32 Konverzace, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d430.00 Zvedání a nošení předmětů, bez problému
- d440.11 Využití ruky k jemným pohybům, mírný problém

d450.11	Chůze, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d470.21	Používání dopravních prostředků, střední problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d510.00	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), bez problému
d520.00	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém
d530.00	Používání toalety, žádný problém
d540.11	Oblékání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d550.00	Přijímání potravy, žádný problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.33	Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d620.22	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), středně těžký problém
d630.21	Příprava jídel, střední problém výkon, lehký kapacita
d640.11	Vykonávání domácích prací, mírný problém – výkon i kapacita
d660.22	Pomoc druhým, mírný problém
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.33	Ekonomická soběstačnost, těžký problém
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110+1	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), mírný facilitátor
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, žádná bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e310.2	Nejbližší rodina, střední bariéra (rodiče ji nenavštěvují, píše jen dopisy)
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+2	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, střední facilitace
e350.0	Domácí zvířata, bez bariéry (žádné zvíře nemá)

e410+2	Postoje členů nejbližší rodiny, střední bariéra
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 5,54 ze 7; pADL 95 ze 100, iADL 25 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** Pokračovat v zapojování do iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování. Maximalizovat soběstačnost v pADL.

### **Klient č. 15: Olga**

Olga je rovněž klientka zbavená způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je obecní úřad. Je jí 42 let, je svobodná a trvale žije v ústavu. Pobírá příspěvek na péči druhého stupně dle zákona o sociálních službách. Od narození má psychomotorickou retardaci, ve třech letech odebrána matce a byla nařízena ústavní výchova. Trvá porucha orientace, málohodnotný kontakt, časté afektivní záchvaty, chování je narušené, stejně tak i paměť. Somaticky je bez výraznější patologie, psychomotoricky neklidná, zlepšení nelze dle dokumentace očekávat. Má časté infekce močových cest a pohlavního ústrojí. Olga potřebuje pomoc při chůzi na delší vzdálenosti, jinak chůze i stoj samostatný. Potřebuje pomoc při komunikaci, hygieně, nutný částečný dohled druhé osoby. Je nesoběstačná, neklidná. Orientována místem a osobou, jen časem ne. Ze současné terapie je u ní využívána ergoterapie a fyzioterapie. Dle jejích slov *chodí plavat, jezdí na koních, baví jí vyšívát, plést, žehlit a malovat. Chodí vyšívát koberce a ubrusy, chodí do prádelny uklízet. Nejezdí domu na Vánoce, nemá mámu ani tátu, nejezdí sem za ní nikdo. Chodí sami na nákupy do Blatné. „Když mají kroužek, tak chodí do Blatný s klukama“.*

Z vyšetření fyzioterapeuta: Chůze je perfektní, úchopy, svalová síla je perfektní. Se zavřenýma očima též perfektní.

### **Olga, 42 let**

#### MKN kódy:

F71	Mentální retardace – středně těžká, s poruchami chování, afektivní záchvaty
N39.0	Infekce močových cest

F81.1 Porucha výslovnosti

MKF kódy:

***Tělesné funkce***

- b110.0 Funkce vědomí, žádný problém
- b114.2 Orientační funkce, středně těžký problém
- b117.2 Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
- b130.2 Funkce energie a tempa, středně těžký problém
- b134.0 Funkce spánku, žádný problém
- b140.1 Funkce pozornosti, mírný problém
- b144.2 Funkce paměti, středně těžký problém
- b152.0 Funkce emocionální, žádný problém
- b156.0 Funkce vnímání, žádný problém
- b164.2 Vyšší kognitivní funkce, střední problém
- b310.0 Funkce hlasu, bez problému
- b320.2 Artikulační funkce, středně těžký problém
- b 330.1 Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém
- b610.2 Funkce vylučování moči, středně těžký problém
- b6201.1 Frekvence močení, mírný problém
- b710.0 Funkce kloubní hybnosti, žádný problém
- b715.0 Funkce kloubní stability, bez poruchy
- b730.0 Funkce svalové síly, bez problému
- b770.0 Funkce chůze, bez problému

***Tělesné struktury***

- s6101.2 Struktura močovodů, středně těžký problém

***Aktivita a participace***

- d150.44 Počítání, totální problém výkon i kapacita
- d175.33 Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.22 Provádění jednotlivého úkolu, středně těžký problém výkon i kapacita

- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
- d315.11 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), lehký problém
- d330.22 Mluvení, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.22 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), střední problém ve výkonu i kapacitě
- d350.22 Konverzace, středně těžký problém (s dopomocí)
- d430.10 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu, bez problému v kapacitě
- d440.22 Využití ruky k jemným pohybům, střední problém ve výkonu i kapacitě
- d450.00 Chůze, bez problému
- d465.11 Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém
- d470.12 Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d510.33 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d520.21 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), střední problém výkon, lehký kapacita
- d530.00 Používání toalety, žádný problém
- d540.11 Oblékání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.32 Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d620.32 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), středně těžký problém kapacita, těžký problém výkonnost (nutná dopomoc)
- d630.32 Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, středně těžký v kapacitě
- d640.23 Vykonávání domácích prací, těžký problém – kapacita, střední problém výkon
- d660.33 Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
- d860.33 Základní ekonomická jednání, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d870.43 Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d920.23 Rekreační a volný čas, střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110+2	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), střední facilitace
e115+1	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, lehká facilitace
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e310.2	Nejbližší rodina, střední bariéra
e320+2	Přátelé, střední facilitace
e325+1	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, mírná facilitace
e340+3	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, výrazná facilitace
e350.0	Domácí zvířata, bez problému
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, bez problému
e410.2	Postoje členů nejbližší rodiny, střední bariéra
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, mírná facilitace
e590.2	Služby pro práci a zaměstnání, střední problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 4 ze 7; pADL 55 ze 100, iADL 0 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** rozvoj soběstačnosti v pADL, rozvoj všech oblastí iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování. Rozvoj samostatnosti. Rozvoj pracovního potenciálu.

### **Klient č. 16: Petra**

Klientka 43letá svobodná žena, rovněž žije trvale v ústavu a opatrovníkem je její matka. Trvale žije v ústavu. Klientka byla zbavena školní docházky, je bez vzdělání. Z příspěvku na péči pobírá dle zákona výši druhého stupně. Dále pobírá invalidní důchod, je „invalidní z mládí“. Klientka je z druhého těhotenství, porod byl v termínu, psychomotorický vývoj byl stanoven jako opožděný (dle tehdejšího posouzení). Opakovaně hospitalizována pro pyelonefritidu. Obézní, gotické patro, přečnávající horní

zuby, jinak nález přiměřený věku. Není schopna samostatně užívat předepsané léky, nemluví zřetelně, hovorové řeči rozumí. Není schopna číst ani počítat. Potřebuje trvalý dohled, pomoc při užívání léků.

Z vyšetření fyzioterapeuta: Chůze je horší, menší krůčky, instabilita na levé noze při zdvihu druhé končetiny. Chůze do schodů horší, ze schodů také nestabilita, zavřené oči vůbec ne.

### **Petra, 43 let**

#### MKN kódy:

F71	Mentální retardace – středně těžká
E66.9	Obezita
	Stav po operaci katarakty obou očí

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.1	Orientační funkce, mírný problém
b117.3	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), těžký problém
b130.2	Funkce energie a tempa, středně těžký problém
b134.0	Funkce spánku, bez problému
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.2	Funkce paměti, středně těžký problém
b152.0	Funkce emocionální, bez problému
b156.1	Funkce vnímání, mírný problém
b164.3	Vyšší kognitivní funkce, těžký problém
b310.2	Funkce hlasu, středně těžký problém
b320.3	Artikulační funkce, těžký problém
b 330.2	Plynulost a rytmus funkce řeči, středně těžký problém
b710.2	Funkce kloubní hybnosti, střední problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.1	Funkce svalové síly, mírný problém
b755.1	Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
b770.2	Funkce chůze, středně těžký problém

### ***Aktivity a participace***

- d150.44 Počítání, totální problém výkon i kapacita
- d175.32 Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu, střední v kapacitě
- d210.33 Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon i kapacita
- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
- d315.22 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), střední problém
- d330.33 Mluvení, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.22 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), střední problém ve výkonu i kapacitě
- d350.33 Konverzace, těžký problém
- d430.23 Zvedání a nošení předmětů, středně těžký problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d440.33 Využití ruky k jemným pohybům, těžký problém
- d450.33 Chůze, těžký problém
- d465.00 Pohybovat se při použití různých pomůcek, bez problému
- d470.32 Používání dopravních prostředků, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d510.22 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), střední problém
- d520.22 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), střední problém
- d530.00 Používání toalety, žádný problém
- d540.32 Oblékání, těžký problém výkon, střední kapacita
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.33 Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d620.33 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
- d630.34 Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
- d640.33 Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
- d660.33 Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
- d860.22 Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě



- d870.43 Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě  
d920.22 Rekreační a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

- e110+1 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), mírná facilitace  
e115.0 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry  
e120.0 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra  
e310.0 Nejbližší rodina, bez problému  
e320.0 Přátelé, bez problému  
e325.0 Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém  
e340+3 Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, výrazná facilitace  
e350.0 Domácí zvířata, bez problému (žádné zvíře nemá)  
e355+1 Zdravotničtí pracovníci, lehká facilitace  
e410.2 Postoje členů nejbližší rodiny, střední bariéra (nejsou v kontaktu)  
e460.0 Postoje společnosti, bez problému  
e570+2 Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace  
e580.0 Zdravotní služby, systémy, bez problému  
e590.2 Služby pro práci a zaměstnání, střední problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 4,6 ze 7; pADL 80 ze 100, iADL 15 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** doporučeno rozvíjet samostatnost v pADL, maximalizovat soběstačnost za využití kompenzačních pomůcek, případné úpravy bytu pro zlepšení pohyblivosti, dále rozvoj činností v iADL. Vytvořit pracovní návyky, zapojit do činností jako je nakupování, příprava jídla, domácích prací apod.

### **Klient č. 17: Radka**

Paní Radka je zbavena způsobilosti k právním úkonům, žije v ústavu a opatrovníkem je obec. Má 42 roků, je svobodná a partnera nemá. Pobírá druhý stupeň příspěvku na péči. Je „invalidní z mládí“, od narození má diagnostikovanou MR. Z rodinné anamnézy má

oba rodiče alkoholiky. Klientka je drobná, dobře pohyblivá, bázlivá, občas má sklony k sebepoškození. Somaticky má občas patologické jaterní testy, zřejmě stav po cholecystektomii pro lithiázu. Hovorové řeči rozumí, nemluví zřetelně. Není schopna číst a psát. Potřebuje dohled při užívání léků, koupání, při použití toalety. Je schopna účastnit se drobných úklidových prací. Pochází z Vyškova na Moravě, má tam tety a strýčky. Neví, kolik je jí let. *Někdy jí bolí hlava, kouká ráda na televizi s holkama, jinak jí nic nebolí. Vstává o víkendu pozdě, asi v 9 hodin. Chodí na návštěvy za ostatními děvčaty, jinak nedělá nic. Myje nádobí. Nikdo nejezdí za ní se podívat. Po obědě se dívají na televizi. Konverzace horší. Bere prášky bílé, ale neví na co, „ostatní holky je taky berou“.* „Jsou tady v Mačkově vychovatelky pořád, sestřičky jsou přes týden. O víkendu nejsou.“ Chodí jenom do Blatné, dále ne, na dlouhé vycházce nemá žádné problémy, na kole ale neumí jezdit, nikdy nejezdila, nezkoušela jezdit ani na tříkolce. Soběstačnost dobrá, mytí apod. bez problému.

Z vyšetření fyzioterapeuta: Chůze horší, rozbíhavá do stran „vyhazuje“ špičky, laterální instabilita, schody zvládá bez problémů, do schodů i ze schodů, tužší trapézy, krátké extenzory šije, svalová síla dobrá. Svalová síla končetin na úrovni 3, je třeba odlišit schopnost pochopit pohyb, měla podvrknutou nohu, struktury končetin i těla jsou v pořádku. Motoricky je v pořádku, vážne porozumění, jemná motorika je výborná.

### **Radka, 42 let**

#### MKN kódy:

F71                    Mentální retardace – středně těžká  
Cholecystektomie

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.0                Funkce vědomí, žádný problém  
b114.2                Orientační funkce, středně těžký problém  
b117.3                Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), těžký problém  
b130.2                Funkce energie a tempa, středně těžký problém  
b134.0                Funkce spánku, bez problému  
b140.2                Funkce pozornosti, středně těžký problém  
b144.2                Funkce paměti, středně těžký problém

b152.0	Funkce emocionální, bez problému
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.3	Vyšší kognitivní funkce, těžký problém
b310.0	Funkce hlasu, bez problému
b320.3	Artikulační funkce, těžký problém
b 330.1	Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém
b710.0	Funkce kloubní hybnosti, žádný problém ve funkci
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.3	Funkce svalové síly, těžký problém
b755.0	Funkce mimovolních pohybových reakcí, bez problému
b770.0	Funkce chůze, bez problému

### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.33	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.21	Provádění jednotlivého úkolu, středně těžký problém výkon, mírný kapacita
d220.32	Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, střední v kapacitě
d315.22	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), střední problém
d330.11	Mluvení, mírný problém v oblasti výkonu i kapacity
d335.22	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), střední problém ve výkonu i kapacitě
d350.32	Konverzace, těžký problém výkon, střední kapacita
d430.12	Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d440.00	Využití ruky k jemným pohybům, bez problému (jemná motorika výborná)
d450.32	Chůze, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d465.12	Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d470.12	Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě

d510.00	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), bez problému
d520.02	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty), žádný problém ve výkonu, střední v kapacitě (dohled druhé osoby)
d530.01	Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d540.02	Oblékání, žádný problém ve výkonu, střední v kapacitě
d550.01	Přijímání potravy, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d560.00	Pití, žádný problém
d570.43	Péče o své zdraví, těžký problém v kapacitě, totální ve výkonu (pouze s dopomocí, sama nezvládne)
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.23	Příprava jídel, těžký problém v kapacitě, střední ve výkonu (s pomocí zlepšení)
d640.23	Vykonávání domácích prací, střední problém výkon, těžký problém kapacita
d660.12	Pomoc druhým, mírný problém výkon, střední kapacita
d820.99	Školní výchova, nelze aplikovat (do školy nechodí)
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.34	Ekonomická soběstačnost, úplný problém v kapacitě, těžký ve výkonu
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě (může se účastnit, sama si však dovolenou ne zvolí)

### ***Faktory prostředí***

e110+2	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), střední facilitace
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.1	Produkty a technologie pro komunikaci, mírná bariéra
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310.1	Nejbližší rodina, mírná bariéra

e320+2	Přátelé, střední facilitace
e325+2	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, střední facilitace
e340+3	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, výrazná facilitace (asistenti provádějící dohled)
e350.0	Domácí zvířata, bez problému (žádné zvíře nemá, ale zvířata má ráda)
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, bez problému (vše funguje, jak má)
e410.1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká bariéra
e460.0	Postoje společnosti, bez problému (žije převážně celoročně v ústavu, s lidmi „z venku“ se příliš často neseťkává, tedy ani s jejich reakcemi nemá problém)
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, bez problému se přepravuje
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, středně výrazná facilitace (podpora ID, PnP)
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace – usnadňuje život díky dobré zdrav. péči
e590.2	Služby pro práci a zaměstnání, střední problém (není pro tyto osoby dostatek pracovních míst)

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 5,17 ze 7; pADL 75 ze 100, iADL 15 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, vyzkoušet kompenzační pomůcky, pokračovat v zapojování do iADL s využitím kompenzačních pomůcek v kuchyni a při dalších pracovních povinnostech.

### **Klient č. 18: Soňa**

Opatrovníkem této klientky je obec. Je zbavena způsobilosti k právním úkonům, žije trvale v zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, pobírá druhý stupeň výše příspěvku na péči. Má 53 let, svobodná, bez vzdělání, bez partnera. Klientka je „invalidní z mládí“, rodinná anamnéza u ní není známa. Pouze je známo, že byla odňata rodičům pro závady ve výchovném prostředí. Má nyní kožní problémy, otok a zarudnutí pravé poloviny obličeje a pravé poloviny krku (stafylokokus). Dále

z tělesných struktur má problémové varixy DK. Vyprazdňování v normě, spánek bezproblémový, chuť k jídlu přiměřená. Neorientuje se místem, časem ani osobou, jen ví, jak se jmenuje. Má zpomalenou psychiku, spolupracuje, opakuje věty. Stoj i chůze samostatná, chování přiměřené, řeč a komunikace narušená, má chudou slovní zásobu. Paměť je rovněž narušená. Neprovozuje žádnou práci. *Z příbuzných jmenuje sestru, která za ní ovšem nejezdí. To ji velmi mrzí. Bydlí se svojí kamarádkou v chráněném bydlení, s ní je moc spokojená. Chodí do bazénu, na vyšívání chodí, na keramiku, na loutky. Pozvou kluky a doopravdy s nimi tancují. Nic jí nebolí, nestěžuje si. Ani jednou nebyla v nemocnici. Do kuchyně chodí pomáhat, myje nádobí, loupe cibuli.*

Z vyšetření fyzioterapeuta: Přetížené paravertebrální svalstvo, trapézové svalstvo, hluboké šíjové svaly, rovnováha horší na jedné končetině, chůze dobrá, do schodů horší, nachýlené postavení těla. Chůze po zpátku ještě horší, není jistota a stabilita, úchop a svalová síla je celkem dobrá.

### **Soňa, 53 let**

#### MKN kódy:

F71	Mentální retardace – středně těžká
I83.9	Varixy dolních končetin
L20.8	Ekzém
	Bradypsychismus

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.3	Orientační funkce, těžký problém (není orientována místem, časem ani osobou, jen ví, jak se jmenuje)
b117.3	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), těžký problém
b130.2	Funkce energie a tempa, středně těžký problém
b134.0	Funkce spánku, není problém se spánkem
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.2	Funkce paměti, středně těžký problém
b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém

- b164.3 Vyšší kognitivní funkce, těžký problém (přestože má střední stupeň MR, vyšší kognitivní funkce spadají do pásma 3 – problém ve více než 50% oproti normě)
- b310.0 Funkce hlasu, bez problému (funkčně hlas nenarušen)
- b320.2 Artikulační funkce, středně těžký problém
- b 330.2 Plynulost a rytmus funkce řeči, střední problém (malá slovní zásoba)
- b710.1 Funkce kloubní hybnosti, mírný problém
- b715.2 Funkce kloubní stability, středně těžká porucha
- b730.1 Funkce svalové síly, mírný problém
- b755.0 Funkce mimovolních pohybových reakcí, není problém
- b770.2 Funkce chůze, střední problém (není jistota a stabilita, nachýlené postavení těla)

***Aktivita a participace***

- d150.33 Počítání, těžký problém
- d175.32 Řešení problému, těžký problém v oblasti výkonu, kapacita o stupeň lépe (doporučeno pracovat na zlepšení výkonu)
- d210.32 Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon, kapacita o stupeň lepší
- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
- d315.22 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv, narušená komunikace
- d330.23 Mluvení, těžký problém v oblasti kapacity, výkon o stupeň lepší
- d350.22 Konverzace, střední problém (podmíněno sníženým intelektem)
- d430.11 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d440.12 Využití ruky k jemným pohybům mírný problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d450.22 Chůze, střední problém
- d470.10 Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, v kapacitě problém není (dopravu by mohla plně využívat)
- d510.11 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě (s dopomocí zvládne velmi dobře, popř. pouze dohled)

- d520.01 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty), žádný problém výkon, lehký kapacita
- d530.01 Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d540.01 Oblékání, lehký problém v kapacitě, bez problému ve výkonu
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém (potravu přijímá dobře)
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.33 Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d620.23 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém, s dopomocí zvládne lépe, popř. pouze s dohledem
- d630.34 Příprava jídel, těžký problém ve výkonu (s dopomocí i 2), totální v kapacitě
- d640.23 Vykonávání domácích prací, těžký problém, výkon lepší s dopomocí
- d660.33 Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita (mírná pomoc druhým bez problému)
- d820.99 Školní výchova, neaplikováno
- d860.23 Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d870.43 Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě (doporučeno pracovat na zvyšování ekonomické soběstačnosti)

### ***Faktory prostředí***

- e110.0 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
- e115.0 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
- e310.3 Nejbližší rodina, výrazná bariéra (nikdo jí nenavštěvuje ani nepíše, což klientku mrzí)
- e320+2 Přátelé, střední facilitace (má kamarádku, se kterou bydlí, je spokojená)
- e325+1 Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, mírná facilitace
- e340+1 Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
- e350.0 Domácí zvířata, žádné zvíře nemá
- e355.0 Zdravotničtí pracovníci, není problém
- e410.3 Postoje členů nejbližší rodiny, nezájem rodiny (sestry)
- e460.1 Postoje společnosti, mírná bariéra, osobně ji ale nepocit'uje



- e540.0 Dopravní služby, systémy a principy řízení, není problém (nepotřebuje se pohybovat pomocí speciálních pomůcek apod., jde pouze o to, jak se naučí tyto služby využívat)
- e570+1 Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
- e580+1 Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
- e590+2 Služby pro práci a zaměstnání, střední problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 5 ze 7; pADL 70 ze 100, iADL 5 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** rozvoj soběstačnosti v pADL a rozvoj činností v iADL. Vytvoření pracovních návyků, dohled na jejich vykonávání a pravidelnost.

### **Klient č. 19: Štěpánka**

Paní Štěpánce je 36 let, opatrovníkem je její otec, žije trvale v ústavu. Partnera nemá. Pobírá třetí stupeň příspěvku na péči. Je bez vzdělání. Somaticky dobrý stav, jen má brýle na čtení, lehká porucha zraku. Narodila se předčasným porodem, byla nedonošená, ale kříšená nebyla. Má opožděný psychomotorický vývoj, paměť a intelekt je v pásmu středně těžké až těžké poruchy. Řeč patlavá, chudá slovní zásoba. Stoj i chůze samostatné. Klientka je nesamostatná, neorientovaná. Dle záznamů ve zdravotní dokumentaci nelze očekávat zlepšení. Nevykonává žádnou práci. Klientka je závislá na pomoci druhé osoby. Nerozumí otázkám, odpovídá bez návaznosti na rozhovor.

### **Štěpánka, 36 let**

#### MKN kódy:

- F71 Mentální retardace – středně těžká
- Q90.2 Downův syndrom

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

- b110.1 Funkce vědomí, mírný problém
- b114.3 Orientační funkce, těžký problém (neorientovaná v době posuzování)

b117.3	Funkce intelektuální, těžký problém
b130.3	Funkce energie a tempa, těžký problém
b134.0	Funkce spánku, bez problému
b140.4	Funkce pozornosti, totální problém
b144.3	Funkce paměti, těžký problém
b152.2	Funkce emocionální, střední problém
b156.2	Funkce vnímání, střední problém
b164.3	Vyšší kognitivní funkce, těžká porucha
b310.0	Funkce hlasu, bez problému
b320.2	Artikulační funkce, středně těžký problém
b 330.3	Plynulost a rytmus funkce řeči, těžký problém
b710.0	Funkce kloubní hybnosti, žádný problém
b715.0	Funkce kloubní stability, žádná porucha
b730.0	Funkce svalové síly, žádný problém
b755.2	Funkce mimovolních pohybových reakcí, střední problém
b770.1	Funkce chůze, mírný problém

### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.34	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
d210.33	Provádění jednotlivého úkolu, těžký problém výkon i kapacita
d220.34	Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
d315.34	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
d330.23	Mluvení, těžký problém v oblasti kapacity, o stupeň lepší výkon (problém v pochopení souvislostí komunikace)
d335.33	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), těžký problém ve výkonu i kapacitě
d350.33	Konverzace, těžký problém
d430.12	Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d450.00	Chůze, není problém
d465.22	Pohybovat se při použití různých pomůcek, střední problém

d470.32	Používání dopravních prostředků, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d510.23	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), střední a těžký problém
d520.22	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty), střední problém
d530.22	Používání toalety, střední problém
d540.23	Oblékání, střední problém výkon, těžký kapacita
d550.11	Přijímání potravy, lehký problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.33	Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.34	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
d640.33	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
d660.33	Pomoc druhým, těžký problém výkon i kapacita
d860.34	Základní ekonomická jednání, těžký problém ve výkonu, totální v kapacitě
d870.43	Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d920.99	Rekreace a volný čas, neaplikováno

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.1	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, lehká bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.3	Produkty a technologie pro komunikaci, těžká bariéra (nejsou dostupné)
e150.1	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), mírný problém
e155.1	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, mírná bariéra
e310.2	Nejbližší rodina, rodina nemá zájem
e320.0	Přátelé, nemá problém
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém

e340+3	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, výrazná facilitace
e350.0	Domácí zvířata, bez problému
e355+1	Zdravotničtí pracovníci, facilitace
e410.1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká bariéra
e460.1	Postoje společnosti, mírná bariéra
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, bez problému
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, bez bariéry
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, mírný problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 4,81 ze 7; pADL 85 ze 100, iADL 10 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** rozvoj samostatnosti v pADL, vytvoření pracovních návyků, v oblasti iADL rozvoj (nakupování, příprava jídla, běžné denní práce).

#### **Klient č. 20: Taťána**

Taťána je 35letá klientka, trvale žijící v ústavu/zařízení pro osoby s mentálním postižením. Partnera nemá, opatrovníkem je obecní úřad. Výše příspěvku na péči je dle zákona č.108/2006 Sb. ve výši druhého stupně závislosti. Z rodinné anamnézy otec od 16ti let v nápravném zařízení pro zabití člověka, matka žila ve slabých sociálních poměrech, vystudovala praktickou ZŠ, nevyučena. Taťána je ze 7. gravidity, matka nejevila o dítě zájem, klientka je tedy celý život v ústavních zařízeních. Má jizvu na pravém boku. Taťána má snížené IQ, narušenou paměť a psychomotorický vývoj, komunikuje přiměřeně. Je částečně soběstačná, potřebuje dohled. Chůze i stoj samostatný, chůze je horší, potřebuje pomoc na delší vzdálenosti. Klientka je neobratná v hrubé i jemné motorice. Z terapie je u ní využívána fyzioterapie a ergoterapie.

Doporučení: režimová a činnostní terapie, rozvoj sebeobslužných činností vzhledem k omezení jemné motoriky HK, neuroleptika dle potřeby, kondiční tělocvik, rozvoj hry, verbální stimulace, zvýšení sociokulturní úrovně.

Ze záznamů fyzioterapeuta: Chůze horší, instabilita laterální, vyhazuje špičky, má deformity na obou HKK, na rukách korekční operace, fixace do 3 prstů, úchop horší, při chůzi nachýlení těla dopředu. Je orientována, občas se bezdůvodně směje.

**Tat'ána, 35 let**

MKN kódy:

F70            Mentální retardace - lehká  
Q 87.0        Apertův syndrom (Akrocefalosyndaktilie)  
                 Stav po apendektomii, strabismus

MKF kódy:

***Tělesné funkce***

b110.0        Funkce vědomí, žádný problém  
b114.0        Orientační funkce, žádný problém  
b117.1        Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), mírný problém  
b130.1        Funkce energie a tempa, mírný problém  
b134.0        Funkce spánku, není problém  
b140.1        Funkce pozornosti, mírný problém  
b144.1        Funkce paměti, lehký problém  
b152.1        Funkce emocionální, mírný problém (občas se bezdůvodně směje)  
b156.0        Funkce vnímání, žádný problém  
b164.2        Vyšší kognitivní funkce, střední problém  
b310.0        Funkce hlasu, není problém  
b320.0        Artikulační funkce, není problém  
b 330.1        Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém  
b710.0        Funkce kloubní hybnosti, není problém  
b715.1        Funkce kloubní stability, mírná porucha  
b730.0        Funkce svalové síly, není problém  
b755.0        Funkce mimovolních pohybových reakcí, není problém  
b770.1        Funkce chůze, mírný problém

***Aktivity a participace***

d150.12      Počítání, mírný problém výkon, střední kapacita  
d175.11      Řešení problémů, mírný problém  
d210.11      Provádění jednotlivého úkolu, mírný problém  
d220.33      Provádění složitého úkolu, těžký problém

- d315.11 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), lehký problém
- d330.11 Mluvení, mírný problém
- d335.11 Produkce neverbálních zpráv, lehký problém
- d350.22 Konverzace, střední problém
- d430.11 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
- d440.32 Využití ruky k jemným pohybům HK, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d450.12 Chůze, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d470.10 Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, žádný v kapacitě
- d510.10 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu, žádný v kapacitě
- d520.01 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém výkon, lehký kapacita
- d530.00 Používání toalety, žádný problém
- d540.00 Oblékání, nemá problém
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.21 Péče o své zdraví, střední problém ve výkonu, mírný v kapacitě
- d620.22 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), středně těžký problém
- d630.21 Příprava jídel, středně těžký problém ve výkonu, mírný v kapacitě
- d640.11 Vykonávání domácích prací, mírný problém – výkon i kapacita
- d660.11 Pomoc druhým, mírný problém výkon i kapacita
- d860.22 Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d870.23 Ekonomická soběstačnost, střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d920.10 Rekreační a volný čas, žádný problém kapacita, mírný problém ve výkonu

### ***Faktory prostředí***

- e110.0 Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry

e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, lehká bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, není bariéra
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití, žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310.1	Nejbližší rodina, mírná bariéra
e320.0	Přátelé, bez problému
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350.0	Domácí zvířata, není problém
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, není problém
e410.2	Postoje členů nejbližší rodiny, střední bariéra
e460.0	Postoje společnosti, není bariérou
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, není problémem
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, bez problému nebo bariéry
e590.2	Služby pro práci a zaměstnání, střední problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 5,22 ze 7; pADL 95 ze 100, iADL 20 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** rozvoj činností v pADL – soběstačnost v sebeobsluze, rozvoj v iADL – nakupování, domácí práce. Stanovit pravidelné pracovní návyky, dbát na jejich dodržování. Podílení se na pracovních činnostech i mimo chráněné bydlení, zvážit možnosti podporovaného zaměstnávání.

### **Klient č. 21: Veronika**

Klientka Veronika má 53 let, opatrovníkem je obec, svobodná, bez partnera, bez vzdělání, trvale žije v ústavu. Pobírá druhý stupeň výše příspěvku na péči. Somaticky dýchání bez problémů, vyprazdňování rovněž. Na kůži má ekzém. Klientka je částečně orientovaná, chůzi má samostatnou, je částečně soběstačná, opožděný psychomotorický vývoj. Potřebuje dohled a pomoc při užívání léků, na delší vzdálenosti i v chůzi a v komunikaci (má omezení ve výslovnosti). Chování má přiměřené, paměť a intelekt středně těžká porucha. Dle vychovatelky zařízení se na ni musí dohlížet, hygienu nepovažuje za důležitou. *Nemá příbuzné, ale má kamarádku Renátku, bydlí spolu. Každá má svůj pokojíček. Má svoje kolo, má ho na půdě a jezdí normálně, není problém. Skládá puzzle, plete vestu, a ještě vyšívá, někdy se dívá na televizi, nebo si pustí „magič“ (magnetofon).*

Z vyšetření fyzioterapeuta: Kompenzační ani lokomoční pomůcky nepoužívá. Chůze dobrá, instabilita ve stoji na jedné DKK, trapézy kupodivu volné, žádné větší napětí hybnost je dobrá, svalová síla dobrá. Chůze po zpátku horší, menší krůčky a celková instabilita.

### **Veronika, 53 let**

#### MKN kódy:

F71	Mentální retardace – střední
H02.8	Serózní cysta na víčku
L20.8	Ekzém na kůži

#### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.2	Orientační funkce, střední problém
b117.2	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
b130.1	Funkce energie a tempa, mírný problém
b134.0	Funkce spánku, bez problému
b140.1	Funkce pozornosti, mírný problém
b144.2	Funkce paměti, střední problém



b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.3	Vyšší kognitivní funkce, těžký problém
b310.0	Funkce hlasu, bez problému
b320.2	Artikulační funkce, středně těžký problém (omezení ve výslovnosti)
b 330.2	Plynulost a rytmus funkce řeči, střední problém
b710.0	Funkce kloubní hybnosti, není problém
b715.0	Funkce kloubní stability, není porucha
b730.0	Funkce svalové síly, není problém
b755.0	Funkce mimovolních pohybových reakcí, není problém
b770.1	Funkce chůze, mírný problém (instabilita DK)

### ***Aktivity a participace***

d150.22	Počítání, střední problém výkon i kapacita
d175.33	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.22	Provádění jednotlivého úkolu, střední problém výkon i kapacita
d220.34	Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
d315.12	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv, lehký problém výkon (s dopomocí)
d330.12	Mluvení, mírný problém v oblasti výkonu, střední v oblasti kapacity
d335.12	Produkce neverbálních zpráv, mírný problém ve výkonu, střední v kapacitě (s dopomocí lepší výkon)
d350.21	Konverzace, střední problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d430.01	Zvedání a nošení předmětů, není problém ve výkonu, mírný problém v kapacitě
d440.23	Využití ruky k jemným pohybům, střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d450.11	Chůze, lehký problém
d465.11	Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém
d470.12	Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě

d510.23	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě (potřebuje dohled, hygienu nepovažuje za důležitou)
d520.12	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), lehký problém výkon, střední kapacita
d530.12	Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký problém výkon, střední kapacita
d540.12	Oblékání, lehký problém výkon, střední kapacita
d550.01	Přijímání potravy, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
d560.00	Pití, žádný problém
d570.22	Péče o své zdraví, střední problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.23	Příprava jídel, střední problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d640.22	Vykonávání domácích prací, střední problém – výkon i kapacita
d660.32	Pomoc druhým, těžký problém výkon, střední kapacita
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.32	Ekonomická soběstačnost, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d920.99	Rekreace a volný čas, neaplikováno

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, není bariéra
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, není bariéra
e310.0	Nejbližší rodina, není problém
e320+1	Přátelé, lehká facilitace (spolubydlící)
e325+2	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, facilitace
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350+1	Domácí zvířata, mírná facilitace
e355+1	Zdravotničtí pracovníci, lehká facilitace
e410.1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká bariéra
e460.0	Postoje společnosti, nemá problém

e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, není problém
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, mírný problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 6,27 ze 7; pADL 95 ze 100; iADL 40 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** využití strukturovaného učení a strukturování dne, rozvoj komunikace s využitím pomůcek, iADL – domácí práce, příprava jednoduché stravy, nakupování – nastavení pravidelných povinností v prostředí chráněného bydlení.

### **Klient č. 22: Xenie**

Paní Xenie je 56letá klientka, zbavená právní způsobilosti, svobodná, bez vzdělání, bez partnera. Opatrovníkem je obec, příspěvek na péči – druhý stupeň závislosti. Klientka je „invalidní z mládí“, byla hospitalizována pro agresivitu, má poruchy chování, měla psychotickou epizodu. Je sama chodící, potřebuje pomoc při koupání, zejména ve vaně, pomoc při užívání léků. Má dohodu o pracovní činnosti, může pracovat 40 hodin týdně, podle toho má sazbu na hodinu, soběstačná v základních sebeobslužných činnostech. *Ve skleníku vydělává peníze. Peníze si nehlídá sama, už si vydělala hodně peněz. Šetří si na rekreaci. Bydlela s maminkou, maminka už zemřela, chtěla by se kouknout na hřbitov, ale není možnost jak to zařídit. Bratr je ženatý, 4 bratry, sestra též. Nemá s ní kontakt. Vyšívá, v prádelně pomáhá, ve skleníku, starají se o kytičky, zalévají je. V zimě je to horší s prací. Taky ráda cvičí, aby zhubla, chodí na malování, vyšívání, vaření. Na kole nezkoušela, když byla hubenější, jezdila na koni, má ráda kočky, pejsky, králíky, koníčky, zvířátka obecně. Dnes si pustila rádio, hráli k narozeninám. Má ráda přírodu, když padá listí ze stromu, má ráda sáňkování v zimě, když padá sníh, má ráda Vánoce.* Ze záznamů fyzioterapeuta: Chůze na delší vzdálenosti není problém. Chůze je celkově perfektní, svalová síla je dobrá, hybnost dobrá, chůze do schodů, ze schodů dobrá, i po zpátku zvládá perfektně.

## **Xenie, 56 let**

### MKN kódy:

F71	Mentální retardace - střední
K80.2	Cholecystolithiáza
E66.9	Obezita
Q24.8	Vada chlopni srdeční, bez klinických projevů Hepatopatie

### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.1	Orientační funkce, mírný problém
b117.2	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
b130.0	Funkce energie a tempa, bez problému
b134.0	Funkce spánku, bez problému
b140.1	Funkce pozornosti, lehký problém
b144.1	Funkce paměti, lehký problém
b152.0	Funkce emocionální, bez problému
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b310.0	Funkce hlasu, bez problému
b320.0	Artikulační funkce, bez problému
b 330.1	Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém
b710.1	Funkce kloubní hybnosti, mírný problém
b715.2	Funkce kloubní stability, střední porucha
b730.0	Funkce svalové síly, bez problému
b755.0	Funkce mimovolních pohybových reakcí, bez problému
b770.0	Funkce chůze, bez problému

#### ***Aktivita a participace***

d150.44	Počítání, totální problém výkon i kapacita
d175.33	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity

- d210.11 Provádění jednotlivého úkolu, mírný problém výkon i kapacita
- d220.34 Provádění složitého úkolu, těžký problém v oblasti výkonu, totální v kapacitě
- d315.00 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), bez problému
- d330.10 Mluvení, bez problému výkon, lehký problém kapacita
- d350.00 Konverzace, bez problému
- d430.10 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém ve výkonu, žádný v kapacitě
- d440.22 Využití ruky k jemným pohybům, střední problém ve výkonu i kapacitě
- d450.00 Chůze, žádný problém (do schodů a ze schodů, bez problému)
- d465.00 Pohybovat se při použití různých pomůcek, bez problému
- d470.21 Používání dopravních prostředků, lehký problém v kapacitě, střední ve výkonu
- d510.11 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
- d520.01 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), žádný problém výkon, lehký kapacita
- d530.01 Používání toalety, žádný problém ve výkonu, lehký v kapacitě
- d540.11 Oblékání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d550.00 Přijímání potravy, žádný problém
- d560.00 Pití, žádný problém
- d570.11 Péče o své zdraví, mírný problém ve výkonu i kapacitě (cvičí, aby zhubla)
- d620.22 Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), středně těžký problém
- d630.22 Příprava jídel, střední problému
- d640.12 Vykonávání domácích prací, mírný problém výkon, lehký kapacita
- d660.21 Pomoc druhým, mírný problém výkon, lehký kapacita
- d860.22 Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
- d870.23 Ekonomická soběstačnost, středně těžký problém ve výkonu, těžký v kapacitě
- d920.11 Rekreační a volný čas, mírný problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110+1	Produkty nebo látky k osobní spotřebě, lehká facilitace
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, bez bariéry
e310+2	Nejbližší rodina, střední facilitace
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+2	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, výraznější facilitace
e350+1	Domácí zvířata, mírná facilitace
e355+1	Zdravotničtí pracovníci, mírná facilitace
e410.0	Postoje členů nejbližší rodiny, bez problému
e460.0	Postoje společnosti, bez bariéry
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, bez problému
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, bez problému
e590.1	Služby pro práci a zaměstnání, mírný problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 6,61 ze 7; pADL 90 ze 100, iADL 30 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, rozvoj samostatnosti v iADL, rozvoj pracovních návyků.

### **Klient č. 23: Yvonne**

Tato klientka je také zbavena způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem je obec. Klientka má 44 let, je svobodná, „invalidní z mládí“ a pobírá výši příspěvku na péči dle zákona o sociálních službách – třetí stupeň závislosti. Yvonne měla od kojeneckého věku febrilní křeče, rozvoj epilepsie Grand mal, středně těžká MR, nyní i poruchy chování s agresivitou, poruchy orientace a komunikace, kontakt nehodnotný. Má silnou obezitu, hirsutismus (nadměrné ochlupení způsobené endokrinní poruchou), polydipsie.

Má omezenou chůzi na krátkou vzdálenost, trivium nezvládá, nezná barvy. Potřebuje trvalý dohled při hygieně, oblékání a obouvání. Je slabší v oblékání, osobní hygiena, vždy s pomocí, vaření nezkouší, zamíchat možná ano, ale samostatně ne, nemá pojem o hodnotě peněz, nakupuje vždy s doprovodem. *Sestra chodí jí navštěvovat, bydlí sama, má jednolůžkový pokoj, má kamarádky, stýská se jí po mamince, maminka umřela. Do kuchyně nechodí, chodí ven, jenom kousek kolem baráku chodí. Jednou měla zlomenou nohu pravou, měla sádku, byla v nemocnici. Uklízí sama pokoj, poslouchá rádio, kouká na televizi. „Musí chodit pomalu, aby si zase nezlomila nohu.“ Na kole jezdila, ale teď už ne, jenom rotoped jezdí.*

Ze záznamů fyzioterapeuta: Chůze v záklonu, hlava nepřírozně vzpřímená.

### **Yvonne, 44 let**

#### MKN kódy:

F71	Mentální retardace – střední, poruchy chování s agresivitou
G40.9	Epilepsie
E66.9	Obezita
	Polydypsie – psychogenního původu (nadměrná žíznivost)

#### MKF kódy:

#### ***Tělesné funkce***

b110.0	Funkce vědomí, žádný problém
b114.2	Orientační funkce, střední problém
b117.2	Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém
b130.2	Funkce energie a tempa, středně těžký problém (agresivita)
b134.0	Funkce spánku, žádný problém
b140.2	Funkce pozornosti, středně těžký problém
b144.1	Funkce paměti, lehký problém
b152.2	Funkce emocionální, střední problém
b156.0	Funkce vnímání, žádný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b310.0	Funkce hlasu, bez problému
b320.1	Artikulační funkce, mírný problém

- b 330.1 Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém
- b710.2 Funkce kloubní hybnosti, střední problém
- b715.2 Funkce kloubní stability, střední problém
- b730.1 Funkce svalové síly, mírný problém
- b755.1 Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém (epilepsie, hlava nepřírozně vzpřímená)
- b770.2 Funkce chůze, střední problém (omezená chůze na krátkou vzdálenost)

***Aktivita a participace***

- d150.33 Počítání, těžký problém výkon i kapacita
- d175.33 Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.12 Provádění jednotlivého úkolu, mírný problém výkon, střední kapacita
- d220.23 Provádění složitějšího úkolu, výkon střední problém, těžký problém kapacita
- d315.22 Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), střední problém
- d330.22 Mluvení, střední problém v oblasti výkonu i kapacity
- d335.00 Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), bez problému
- d350.33 Konverzace, těžký problém
- d430.11 Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
- d450.11 Chůze, lehký problém ve výkonu i kapacitě
- d465.12 Pohybovat se při použití různých pomůcek, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d470.12 Používání dopravních prostředků, lehký problém ve výkonu, střední v kapacitě
- d510.22 Sám se umýt (vykoupat, osušit se), střední problém ve výkonu i kapacitě
- d520.22 Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), střední problém
- d530.11 Používání toalety, lehký problém
- d540.21 Oblékání, střední problém výkon, mírný v kapacitě
- d550.00 Přijímání potravy, bez problému
- d560.22 Pití, středně těžký problém (nadměrná žíznivost)



d570.33	Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.43	Příprava jídel, těžký problém v kapacitě, totální ve výkonu
d640.33	Vykonávání domácích prací, těžký problém – výkon i kapacita
d660.22	Pomoc druhým, střední problém výkon i kapacita
d820.11	Školní výchova, mírný problém ve výkonu i kapacitě
d860.11	Základní ekonomická jednání, mírný problém ve výkonu i kapacitě
d870.32	Ekonomická soběstačnost, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d920.11	Rekreace a volný čas, mírný problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.1	Produkty a technologie pro komunikaci, mírná bariéra
e150.1	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), mírný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310.1	Nejbližší rodina, mírný problém (sestra ji chodí navštěvovat, chybí jí maminka)
e320+1	Přátelé, lehká facilitace (má kamarádky)
e325+1	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, mírná facilitace
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350.0	Domácí zvířata, bez problému (žádné zvíře nemá)
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, bez problému
e410+1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehká facilitace
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.1	Dopravní služby, systémy a principy řízení, lehký problém
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580+1	Zdravotní služby, systémy, lehká facilitace

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 4,72 ze 7; pADL 60 ze 100, iADL 35 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat soběstačnost v pADL, rozvoj aktivit v iADL, především v oblasti nakupování, ekonomické soběstačnosti, domácích pracích. Rozvoj pracovních povinností, pracovních návyků.

#### **Klient č. 24: Zuzana**

Opatrovníkem této klientky je rovněž obec, je zbavena právní způsobilosti. Paní Zuzaně je 41 let, je svobodná, bez partnera, bez vzdělání, žije v chráněném bydlení v rámci zařízení pro osoby s mentálním postižením. Pobírá druhý stupeň příspěvku na péči. Zuzana zvládne přípravu jídla (lehkou, např. namazat chleba), samostatné vaření nezvládne, lehké domácí práce vykonává. *Rodiče umřeli, má jen tetu, byla tady na návštěvě pouze jednou. Má svůj pokojík, vedle má sousedku. Líbí se jí tady, sestřičky a vychovatelky jsou hodné. Nic nebolí, ani hlava, spí dobře, bez problémů. V nemocnici byla, operace žlučnickových kamenů, byla ve Strakoncích, také jí operovali oči, hraje divadlo, pohádky, chodí do vyšívání, keramika, na koně jezdit taky, chodila do bazénu, ale měla vyrážku, tak teď už nechodí do bazénu.*

Ze záznamů fyzioterapeuta: Svalová síla dobrá, hybnost dobrá, stabilita celkem dobrá, chůze do schodů, ze schodů dobrá, instabilita lehká ve stoji na jedné DKK.

#### **Zuzana, 41 let**

##### MKN kódy:

F71 Mentální retardace - střední

##### MKF kódy:

##### ***Tělesné funkce***

b110.0 Funkce vědomí, žádný problém

b114.1 Orientační funkce, mírný problém

b117.2 Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), středně těžký problém

b130.0	Funkce energie a tempa, bez problému
b134.0	Funkce spánku, bez problému
b140.1	Funkce pozornosti, lehký problém
b144.2	Funkce paměti, střední problém
b152.1	Funkce emocionální, lehký problém
b156.1	Funkce vnímání, mírný problém
b164.2	Vyšší kognitivní funkce, střední problém
b310.0	Funkce hlasu, bez problému
b320.0	Artikulační funkce, bez problému
b 330.1	Plynulost a rytmus funkce řeči, lehký problém
b710.0	Funkce kloubní hybnosti, mírný problém
b715.1	Funkce kloubní stability, mírná porucha
b730.0	Funkce svalové síly, bez problému
b755.0	Funkce mimovolních pohybových reakcí, bez problému
b770.0	Funkce chůze, bez problému

### ***Aktivity a participace***

d150.22	Počítání, střední problém výkon i kapacita
d175.33	Řešení problémů, těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
d210.11	Provádění jednotlivého úkolu, mírný problém výkon i kapacita
d220.33	Provádění složitého úkolu, těžký problém
d315.11	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), lehký problém
d330.00	Mluvení, bez problému
d335.22	Produkce neverbálních zpráv (používání gest, symbolů a kreseb k předání zpráv, apod.), střední problém ve výkonu i kapacitě
d350.11	Konverzace, mírný problém
d430.10	Zvedání a nošení předmětů, žádný problém v kapacitě, lehký ve výkonu
d440.22	Využití ruky k jemným pohybům, středně těžký problém
d450.11	Chůze, lehký problém (lehká instabilita chůze)
d465.00	Pohybovat se při použití různých pomůcek, bez problému
d470.21	Používání dopravních prostředků, střední problém ve výkonu, lehký v kapacitě

d510.11	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), mírný problém ve výkonu i kapacitě
d520.22	Péče o čistotu těla (čistit si zuby, péče o pokožku, nehty..), střední problém
d530.11	Používání toalety, mírný problém
d540.11	Oblékání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d550.00	Přijímání potravy, žádný problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.22	Péče o své zdraví, střední problém ve výkonu i kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.32	Příprava jídel, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d640.22	Vykonávání domácích prací, střední problém – výkon i kapacita
d660.12	Pomoc druhým, mírný problém výkon, střední v kapacitě
d820.11	Školní výchova, mírný problém ve výkonu i kapacitě
d860.22	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu i kapacitě
d870.43	Ekonomická soběstačnost, úplný problém ve výkonu, těžký v kapacitě
d920.22	Rekreace a volný čas, střední problém ve výkonu i v kapacitě

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, bez bariéry
e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310.1	Nejbližší rodina, mírná bariéra (nestýká se s nimi, ale ráda by)
e320.0	Přátelé, bez problému
e325.1	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, mírný problém
e340+2	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, středně těžká facilitace

e350.0	Domácí zvířata, žádný problém, nevlastní žádné domácí zvíře
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, bez problému
e410.2	Postoje členů nejbližší rodiny, středně těžká bariéra
e460.0	Postoje společnosti, bez problému
e540.0	Dopravní služby, systémy a principy řízení, bez problému
e570+1	Služby sociálního zabezpečení, lehká facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, bez problému
e590.2	Služby pro práci a zaměstnání, střední problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 4,44 ze 7; pADL 70 ze 100, iADL 25 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL, rozvoj samostatnosti v iADL, rozvoj pracovních návyků.

#### **Klient č. 25: Žaneta**

Žaneta je klientkou trvale žijící v ústavním zařízení, je zbavena způsobilosti k právním úkonům, je sociálně zanedbaná a z toho důvodu i emočně deprivovaná. Projevil se opožděný psychický vývoj, intelektové, sociální i emoční opoždění. Nezvládala docházku do zvláštní školy, byla přeřazena do pomocné školy. Pobírá invalidní důchod, příspěvek na péči - druhý stupeň. Byla sexuálně zneužívána vlastním otcem od 14 let věku, má nízké sociální porozumění. Nedokáže hospodařit s penězi, trpí noční enurézou, je nutný dohled i nad osobní hygienou. Má dílčí dovednosti a vědomosti. Teď by koukala na televizi, na sport ráda kouká, hraje pingpong, ve Strakonících závody, stovku, štafetu, skok z místa, do bazénu chodí plavat, kroužky na tkaní, na vyšívání, na kobylinky, pomáhat do skleníku, má na to smlouvu. Má počítač s televizní kartou, kouká na ordinaci a na Lescautovou, na Poštu pro tebe. Záchvatovitý kašel, používá sprej, spí dobře, chodí spát dlouho, takže není problém. Kolo má schované na půdě, normálně jezdí, má vlastní telefon, mobil. Chodí nakupovat vánoční dárky. Kluka má v Oseku, vídají se, když je vánoční besídka.

Z vyšetření fyzioterapeuta: Chůze výborná, svalová síla, hybnost skvělá, stabilita v chůzi i ve stoji. Chůze po zpátku dobrá.

**Žaneta, 33 let**

MKN kódy:

F70 Mentální retardace – lehká (testově), klinicky střední MR

MKF kódy:

***Tělesné funkce***

- b110.0 Funkce vědomí, žádný problém
- b114.0 Orientační funkce, bez problému
- b117.1 Funkce intelektuální (zahrnuje retardaci, demenci), mírný problém
- b130.0 Funkce energie a tempa, bez problému
- b134.0 Funkce spánku, bez problému (chodí spát dlouho, ale nemá problém)
- b140.1 Funkce pozornosti, mírný problém
- b144.1 Funkce paměti, lehký problém
- b152.2 Funkce emocionální, středně těžký problém
- b156.0 Funkce vnímání, žádný problém
- b164.2 Vyšší kognitivní funkce, střední problém
- b310.0 Funkce hlasu, bez problému
- b320.0 Artikulační funkce, bez problému
- b 330.0 Plynulost a rytmus funkce řeči, žádný problém
- b525.2 Funkce defekační, středně těžký problém (trpí noční enurézou)
- b710.0 Funkce kloubní hybnosti, bez problému
- b715.1 Funkce kloubní stability, mírná porucha
- b730.0 Funkce svalové síly, bez problému
- b755.1 Funkce mimovolních pohybových reakcí, lehký problém
- b770.0 Funkce chůze, žádný problém (v pořádku i chůze po zpátku a do schodů)

***Aktivita a participace***

- d150.22 Počítání, střední problém výkon i kapacita
- d175.22 Řešení problémů, středně těžký problém v oblasti výkonu i kapacity
- d210.00 Provádění jednotlivého úkolu, bez problému
- d220.21 Provádění složitějšího úkolu, střední problém v oblasti výkonu, mírný v kapacitě

d315.00	Komunikace, přijímání neverbálních zpráv (rozpoznat gesta), bez problému
d330.01	Mluvení, žádný problém v oblasti výkonu, mírný v kapacitě
d335.00	Produkce neverbálních zpráv, bez problému
d350.11	Konverzace, mírný problém
d430.11	Zvedání a nošení předmětů, lehký problém
d440.33	Využití ruky k jemným pohybům, těžký problém
d450.00	Chůze, žádný problém
d470.11	Používání dopravních prostředků, lehký problém
d510.00	Sám se umýt (vykoupat, osušit se), bez problému
d520.21	Péče o čistotu těla, střední problém výkon, lehký kapacita
d530.11	Používání toalety, mírný problém (nutný dohled)
d540.11	Oblékání, lehký problém ve výkonu i kapacitě
d550.00	Přijímání potravy, žádný problém
d560.00	Pití, žádný problém
d570.32	Péče o své zdraví, těžký problém ve výkonu, střední v kapacitě
d620.33	Získávání nezbytných věcí a služeb (nakupování atd.), těžký problém
d630.22	Příprava jídel, střední problém ve výkonu i kapacitě
d640.20	Vykonávání domácích prací, střední problém výkon, bez problému v kapacitě
d660.11	Pomoc druhým, mírný problém
d860.21	Základní ekonomická jednání, středně těžký problém ve výkonu, mírný v kapacitě
d870.33	Ekonomická soběstačnost, těžký problém
d920.00	Rekreace a volný čas, bez problému

### ***Faktory prostředí***

e110.0	Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky), bez bariéry
e115.0	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě, bez bariéry
e120.0	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku, žádná bariéra
e125.0	Produkty a technologie pro komunikaci, bez bariéry

e150.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití (zahrnuje vchod do budov, výtahy, schody apod.), žádný problém
e155.0	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro soukromé použití, žádná bariéra
e310.2	Nejbližší rodina, střední bariéra
e320+1	Přátelé, lehká facilitace
e325.0	Známí, vrstevníci, kolegové, sousedé a členové společenství, žádný problém
e340+1	Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenci, lehká facilitace
e350.0	Domácí zvířata, bez problému
e355.0	Zdravotničtí pracovníci, bez problému
e410.1	Postoje členů nejbližší rodiny, lehký problém
e460.2	Postoje společnosti, středně těžká bariéra
e540.1	Dopravní služby, systémy a principy řízení, lehký problém
e570+2	Služby sociálního zabezpečení, střední facilitace
e580.0	Zdravotní služby, systémy, bez problému
e590.2	Služby pro práci a zaměstnání, střední problém

U klientky byly provedeny tyto testy: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL). FIM: 6,66 ze 7; pADL 100 ze 100; iADL 15 z 80.

**Oblasti vhodné pro další rozvoj:** rozvoj samostatnosti v iADL s využitím kompenzací – jednoduché strukturalizace aktivit místo dohledu, nastavení pravidelných povinností, maximalizovat pracovní potenciál pro uplatnění na volném trhu práce s využitím podporovaného zaměstnávání.



#### **4.1.5 Komentář jednotlivých členů týmu k výsledkům šetření**

##### **Komentář lékaře:**

*„Můžeme konstatovat, že od loňského roku se mnoho nezměnilo. Osoby jsou stabilizované. Zajímavé by bylo, kdyby se mohly některé úkony, nebo zdravotní omezení, skutečně monitorovat a ne hodnotit pouze údaje příbuzných, nebo samotných rehabilitantů. Prakticky všichni mají značný finanční obnos ze zákona o Sociálních službách. Monitorování by vyžadovalo funkční rehabilitační laboratoř, kterou zatím Č. Budějovice nemají, ale mohlo by to být podnětem k jejímu zřízení v krajské nemocnici nebo v Arpidě (pochopitelně s patřičným finančním zázemím). Jde o stavy, které v hodnocení vycházejí v některých doménách jako 3 nebo 4. Např. epileptické záchvaty, jak skutečně vypadají, zda mají auru, u kterých lze využít asistenčních psů, dále zřídit pracovní programy, kde epileptické záchvaty nevadí.*

*Vlastní hodnocení podle MKF doporučuji pokud možno rozdělit na 0,1,2 a dále na 3 a 4, které představují skutečně těžké zdravotní omezení, a většinou se hodnotí jako samostatný problém. V Německu je např. zvláštní zákon – „für Schwerbehinderten Gesetz“. 1 a 2 mohou mít problémy, ale řešitelné bez složitých rehabilitačních prostředků, dále se pokusit stanovit funkční zdraví. Je to funkčně výkonný orgán, resp. orgány a jejich funkce, bez zvláštního zřetele na zcela zničené funkce a struktury. Např. osoba může vykonávat vysokou státní funkci, i když je paraplegická. Funkční zdraví je u ní dostačující. Rozdělit dále na funkční zdraví v sebeobsluze a funkční zdraví při společenských aktivitách.“*

##### **Komentář fyzioterapeuta:**

Obecné doporučení pro všechny klienty:

*„Doporučuji zaměřit se na nějaké balanční cvičení. Klientům by prospělo trochu oživení. Doporučuji nějaký základní senzomotorický koncept – cvičení na velkém míči, nácvik jemné motoriky u nohou, cvičení příčné nožní klenby a prstů. Určitě bych u těch „lepších“ klientů zkusil něco náročnějšího – např. dynamickou stabilizaci na jedné noze apod. Myslím, že fyzioterapie, ať už ve formě komplexního cvičení skupinového nebo individuálního, by u klientů potřebovala zpestření (nabízím možnost domluvy na dobrovolné spolupráci se studenty fyzioterapie na ZSF JU). Domnívám se, že fyzioterapie by měla být důležitou součástí pobytu klientů, zvláště u těch, kteří nejsou přítomni v zařízení celý týden.“*

### **Komentář logopeda:**

Spolupráce týmu:

*„Výzkum realizovaný v CSS Empatie hodnotím velmi kladně. Závěrečné setkání nejen jednotlivých odborností, ale i vedení Empatie mně osobně pomohlo k lepšímu pochopení života osob v zařízení tohoto typu. Alespoň zprostředkovaně nám byly nastíněny možnosti, např. pracovního uplatnění klientů v tomto zařízení, spolupráce s rodinou apod. Přínosem je určitě také to, že tým má k dispozici lékařské zprávy pacientů, včetně hodnocení pracovníky Empatie (jsou s klienty každodenně). Hodnocení dle MKF by (z důvodu větší objektivity a nyníjší náročnosti i pro vyšetřovaného) mělo být realizováno ve větším časovém rozsahu (reálně týden, méně reálně alespoň měsíc). Hodnocení nemusí být natolik objektivní, pokud se hodnotí v krátkém časovém úseku (např. jeden den), není možné klienty natolik poznat. Vliv hraje cizí prostředí, hodnotící osoby, které jsou pro pacienta nové (toto je nejvíce patrné u osob se specifickými vzdělávacími potřebami), časový harmonogram (únava klienta, než absolvuje vyšetření u všech odborností), momentální rozpoložení klienta (ochota či neochota ke spolupráci) v souvislosti s předchozími vlivy prostředí.*

*Hodnotitel zkrusluje výsledek i tím, jaké má vlastní vnímání bodů (procent). Měla by se přesněji stanovit kritéria pro jednotlivá čísla (procenta) v hodnocení (viz. 0 až 4). Mezioborová diskuze s dalšími členy týmu vyžaduje velmi náročnou spolupráci z časového hlediska. Byl by to ideální stav.“*

Spolupráce s vyšetřovanými a jejich rodinami:

*„Rodiny klientů k vyšetření přistupovaly ochotně. Přibližně v 1-2 případech jsem měla pocit, že rodina rezignovala, neměla zájem s klientem cokoliv dál dělat nebo měnit (často v souvislosti s alternativní a augmentativní komunikací). Rodiny často činí své dospělé děti na sobě závislými více, než je potřeba. Je zde velmi málo ponechána samostatnost, vlastní rozhodování. Např. se rodiče diví, že posuzující tým klientům tyká, snaží se odpovídat za své svěřence apod. Na druhou stranu jsem uvítala přítomnost rodiny z důvodu lepšího navázání kontaktu s klienty (někteří klienti byli velmi nedůvěřiví), často bylo opravdu potřeba, aby rodiče přetlumočili odpovědi klientů, zejména pokud se jednalo o těžké řečové vady, kdy opravdu nebylo nic rozumět). Pokud se někdo z rodiny snažil manipulovat odpověď klienta, byla mu dána hranice, kterou by během vyšetření neměl překročit. Většina rodin spolupracovala dobře.“*

### **Komentář psychologa:**

*„Provedené psychologické vyšetření je spíše hrubým screeningem než detailní psychodiagnostikou (což odpovídá vymezenému času). Předpokládám, že detailnějším psychologickým vyšetřením většina klientů prošla (minimálně co se týče intelektových schopností). Z mého pohledu je obtížné odhadnout, jaký potenciál (kapacitu) tito lidé mají pro utváření interpersonálních a především intimních vztahů. Zde hraje roli (stejně jako u tzv. normální populace) roli řada faktorů a velmi těžko se „od stolu“ odhadují. Proto v této kategorii je číslo spíše hrubým odhadem. Zajímavé bylo porovnat mé hodnocení s tím, jak hodnotí oblast sociálních vztahů u klientů jejich klíčoví pracovníci. Přítomnost rodičů jsem považovala za velmi zajímavou komponentu vyšetření. Usnadňovala komunikaci klientů se mnou, snižovala ostych a určitý stres při spolupráci se mnou jako s novou, neznámou osobou. Někdy se rodiče snažili všemožně pomáhat při plnění úkolů, bylo vidět, že si přejí, aby jejich děti obstály. Důležité bylo pro mě pozorování jejich interakcí právě ve zkouškové (a tím pádem stresové) situaci. Dá se pak odhadovat charakter jejich vzájemných vazeb a způsob, jakým fungují. Zda jsou rodiče například hyperprotektivní, nebo naopak nechávají klienty více samostatně apod. Podstatné je, co jsou klienti reálně schopni zvládnout v každodenním životě. U některých jsem se dovídala (většinou od rodičů) o specifických oblastech nadání (hudba, zámký, hrady apod.). Často jim však jejich rodina ulevuje, aniž by zjišťovala, co opravdu dokáží. Z toho pohledu velmi dobře funguje Empatie, která k nim přistupuje jako k lidem, kteří jsou schopni mnohé aktivity za určitých podmínek vykonávat. Tím je stimuluje k dalšímu rozvoji schopností a dovedností. Zároveň je vhodným prostředím pro pěstování zájmových aktivit a rozvíjení mezilidských vztahů, což mnozí klienti velmi oceňují.“*

#### 4.1.6 Tabulkový záznam kódování případových studií

Tab. 1 Případové studie - souhrn

Klient	Muž	Žena	Věk	Dg. MKN	LMR	SMR	FIM (max.7)	pADL (max.100)	iADL (max.80)	PnP - 1.st.	PnP - 2.st.	PnP - 3.st.	PnP - 4.st.
1	+	-	34	F71	-	+	5,22	95	5	-	+	-	-
2	+	-	33	F71	-	+	5,27	90	15	-	-	+	-
3	+	-	21	F70	+	-	5,83	95	15	-	+	-	-
4	-	+	32	F71	-	+	5	95	20	-	+	-	-
5	-	+	29	F70	+	-	6,27	100	35	-	+	-	-
6	-	+	34	F70	+	-	5,66	90	25	+	-	-	-
7	-	+	36	F71	-	+	5,5	90	10	-	-	+	-
8	-	+	32	F71	-	+	4,44	80	0	-	-	+	-
9	+	-	27	F70	+	-	6,16	95	30	-	-	-	+
10	-	+	29	F71	-	+	4,44	60	0	-	+	-	-
11	-	+	30	F71	-	+	6	100	30	+	-	-	-
12	-	+	32	F71	-	+	4,83	85	20	-	+	-	-
13	-	+	33	F71	-	+	4,13	65	0	-	+	-	-
14	-	+	31	F71	-	+	5,54	95	25	-	+	-	-
15	-	+	42	F71	-	+	4	55	0	-	+	-	-
16	-	+	43	F71	-	+	4,6	80	15	-	+	-	-
17	-	+	42	F71	-	+	5,17	75	15	-	+	-	-
18	-	+	53	F71	-	+	5	70	5	-	+	-	-
19	-	+	36	F71	-	+	4,81	85	10	-	-	+	-
20	-	+	35	F70	+	-	5,22	95	20	-	+	-	-
21	-	+	53	F71	-	+	6,27	95	40	-	+	-	-
22	-	+	56	F71	-	+	6,61	90	30	-	+	-	-
23	-	+	44	F71	-	+	4,72	60	35	-	-	+	-
24	-	+	41	F71	-	+	4,44	70	25	-	+	-	-
25	-	+	33	F70	+	-	6,66	100	15	-	+	-	-

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tab. č. 1 znázorňuje získané informace z případových studií. Věkové rozložení klientů: kritériem výzkumu byl věk klientů od 18 do 60 let, nejmladším ze souboru byl klient č. 3 (věk **21 let**), nejstarším klient č. 22 (**56 let**). **Muži – ženy** jsou zastoupeny v poměru **1:5**. Dále je v tabulce uvedena základní diagnóza mentální retardace F70 (lehký stupeň MR) a F71 (středně těžký stupeň MR). Poměr mezi oběma diagnózami je **1:3** (LMR:SMR). V tabulce jsou také znázorněny výsledné hodnoty FIM testu (Funkční

míra nezávislosti), hodnoceném ergoterapeutem, kde maximální dosažená hodnota může být 7, hodnoty Barthel indexu základních sebeobslužných dovedností (BI pADL) s maximální možnou dosaženou hodnotou 100 a Barthel indexu rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL) s maximální hodnotou 80 (viz. tab. č. 2). Následuje poměr příspěvků na péči, který klienti pobírají dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. **PnP (příspěvek na péči)** – 1., 2., 3. a 4. stupeň. Poměr dle uvedeného pořadí je **2:17:5:1**. Převažuje tedy 2. stupeň příspěvku na péči, první stupeň pobírají pouze dva klienti, čtvrtý stupeň pouze jeden.

**Tab. 2** Výsledné hodnoty FIM testu, Barthel indexu u souboru klientů s MR převedené na kvalifikátory ICF (0-4, kde 0 znamená žádná porucha, 4 totální, úplná porucha nebo omezení)

Klient	FIM (max.7)	ICF (0-4)	pADL (max.100)	ICF (0-4)	iADL (max.80)	ICF (0-4)
1	5,22	2	95	1	5	3
2	5,27	2	90	1	15	3
3	5,83	2	95	1	15	3
4	5	2	95	1	20	3
5	6,27	1	100	0	35	2
6	5,66	1	90	1	25	2
7	5,5	2	90	1	10	3
8	4,44	2	80	1	0	4
9	6,16	1	95	1	30	2
10	4,44	2	60	2	0	4
11	6	1	100	0	30	2
12	4,83	2	85	1	20	3
13	4,13	2	65	2	0	4
14	5,54	2	95	1	25	2
15	4	2	55	2	0	4
16	4,6	2	80	1	15	3
17	5,17	2	75	2	15	3
18	5	2	70	2	5	3
19	4,81	2	85	1	10	3
20	5,22	2	95	1	20	3
21	6,27	1	95	1	40	0
22	6,61	1	90	1	30	2
23	4,72	2	60	2	35	1
24	4,44	2	70	2	25	2

	25	6,66	1	100	0	15	3
Min.	4		1	55	0	0	0
Max.	6,66		2	100	2	40	4
<b>Median</b>	<b>5,22</b>		<b>2</b>	<b>90</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>3</b>
<b>Mode</b>	<b>4,44</b>		<b>2</b>	<b>95</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>3</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

**Tabulka č. 2** znázorňuje výsledné hodnoty FIM testu (Funkční míra nezávislosti), hodnoty Barthel indexu základních sebeobslužných dovedností (BI pADL) a Barthel indexu rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL) u klientů výzkumného souboru. Jde o ordinální data, byly zjišťovány hodnoty modu, mediánu, minima a maxima u daných položek.

**Median hodnot FIM testu je 5,2.** Median vyjadřuje střední hodnotu množiny zadaných čísel. Hodnoty FIM testu se pohybovaly od minima do maxima v rozmezí 4 – 6,6. V jazyce ICF jde o průměrný **stupeň kvalifikátoru ICF 2**, tedy na úrovni středně těžkého omezení, kdy problém je přítomen méně než 50% času proti odhadované normě za posledních 30 dní (viz. kap. „Přiřazování kódů MKF“ v teoretické části výzkumu). **Modus (Mode) hodnot FIM testu je 4,4.** Modus vrátí hodnotu, která se v matici nebo v oblasti dat vyskytuje nejčastěji.

**Median hodnot BI pADL je 90.** Maximální dosažená hodnota klienty je 100, minimální 55. V jazyce ICF jde o mírné omezení v oblasti základních sebeobslužných činnostech (**kvalifikátor ICF: 1**). **Modus hodnot BI pADL je 95.**

**U Barthel indexu iADL byla dosažena hodnota mediánu 15** (z možných celkových 80 bodů). Minimum je 0, maximum 40. V oblasti rozšířených aktivit všedního dne měli klienti problém již značně velký, v průměru v 63% proti odhadované normě. Jde tedy o pásmo kvalifikátoru ICF: **3 (těžký problém v oblasti iADL)**. **Modus je 15.**

**Tab. 3** Převedení stupně z FIM testu na stupeň vyjádřený kvalifikátorem ICF

FIM test	Kvalifikátor ICF
7 (úplná nezávislost)	0
6 (modifikovaná nezávislost; pomůcky)	1
4, 5 (supervize)	2
2, 3 (mírná asistence, závislost)	3
1 (celková závislost)	4

*Zdroj: vlastní výzkum*

**Tab. 4** Převedení stupně z Barthel indexu (testu všedních denních činností) na stupeň vyjádřený kvalifikátorem ICF

Barthel index (p ADL)	Kvalifikátor ICF
76 -100 b. (lehký stupeň závislosti; nezávislý)	0, 1
41 – 75 b. (střední stupeň závislosti)	2
0 – 40 b. (vysoký stupeň závislosti)	3, 4

*Zdroj: vlastní výzkum*

**Tab. 5** Převedení stupně z Barthel indexu (rozšířených aktivit všedního dne) na stupeň vyjádřený kvalifikátorem ICF

Barthel index (iADL)	Kvalifikátor ICF
39-40 b.	0
31-38 b.	1
21-30 b.	2
3-20 b.	3
0-2 b.	4

*Zdroj: vlastní výzkum*

Testy provedené ergoterapeutem byly převedeny na kvalifikátory ICF dle uvedených tabulek.

**Tab. 6** *Výsledky kódování tělesných funkcí.*

Domény tělesných funkcí	Kvalifikátory					Celkem	Průměr
	0	1	2	3	4		
<b>b 330</b>	5	8	6	4	1	<b>24</b>	1,33
<b>b110</b>	19	5	1			<b>25</b>	0,28
<b>b114</b>	8	7	8	1		<b>24</b>	1,08
<b>b117</b>		6	12	5		<b>23</b>	1,96
<b>b130</b>	3	8	8	1		<b>20</b>	1,35
<b>b134</b>	20	3				<b>23</b>	0,13
<b>b140</b>		7	12	4	1	<b>24</b>	1,79
<b>b144</b>	7	8	8	1		<b>24</b>	1,13
<b>b152</b>	9	9	5			<b>23</b>	0,83
<b>b156</b>	18	3	1			<b>22</b>	0,23
<b>b164</b>		4	12	7		<b>23</b>	2,13
<b>b167</b>			2			<b>2</b>	2,00
<b>b310</b>	17	3	1			<b>21</b>	0,24
<b>b320</b>	7	1	10	5		<b>23</b>	1,57
<b>b6201</b>		1				<b>1</b>	1,00
<b>b710</b>	9	9	6			<b>24</b>	0,88
<b>b7100</b>		1				<b>1</b>	1,00
<b>b715</b>	5	12	6	1		<b>24</b>	1,13
<b>b730</b>	11	10	1	2		<b>24</b>	0,75
<b>b755</b>	8	10	3			<b>21</b>	0,76
<b>b770</b>	7	11	5	1		<b>24</b>	1,00

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tab. 6 znázorňuje četnost zastoupení kvalifikátorů u jednotlivých domén tělesných funkcí.

**Průměrný kvalifikátor 2** – středně těžký problém (zaokrouhleně na celá čísla) byl zjištěn u domén: **b117 Intelektuální funkce (včetně retardace, demence)**, **d140 Učení – čtení**, **b164 Kognitivní funkce vyšších úrovní**, **b167 Mentální funkce jazyka** a **b 320 Artikulační funkce**. Průměrného kvalifikátoru **3** nebylo v doménách tělesných funkcí dosaženo ani u jedné domény.



**Tab. 7** *Výsledky kódování aktivit a participací.*

Domény aktivit a participací	Kvalifikátory											
	V0	V1	V2	V3	V4	Celkem	K0	K1	K2	K3	K4	Celkem
<b>d570</b>				1		<b>1</b>				1		<b>1</b>
<b>d150</b>		4	4	6	11	<b>25</b>		3	5	6	11	<b>25</b>
<b>d175</b>		1	8	14		<b>23</b>		1	6	14	2	<b>23</b>
<b>d210</b>	1	7	8	7		<b>23</b>	1	7	8	7		<b>23</b>
<b>d220</b>			4	18	2	<b>24</b>		1	4	6	13	<b>24</b>
<b>d310</b>			1			<b>1</b>			1			<b>1</b>
<b>d315</b>	6	6	5	1	1	<b>19</b>	6	5	6	1	1	<b>19</b>
<b>d330</b>	4	5	7	7		<b>23</b>	5	4	6	8		<b>23</b>
<b>d335</b>			1			<b>1</b>			1			<b>1</b>
<b>d350</b>	3	3	6	10	2	<b>24</b>	4	3	7	8	2	<b>24</b>
<b>d430</b>	4	14	3	1		<b>22</b>	6	10	4	1	1	<b>22</b>
<b>d440</b>	2	5	10	6	1	<b>24</b>	2	4	10	7	1	<b>24</b>
<b>d450</b>	7	10	1	3		<b>21</b>	9	5	5	1	1	<b>21</b>
<b>d465</b>	4	4	1			<b>9</b>	4	4	1	2		<b>11</b>
<b>d470</b>		9	5	3	2	<b>19</b>	1	8	8	1	2	<b>20</b>
<b>d510</b>	4	9	6	2		<b>21</b>	5	8	4	4		<b>21</b>
<b>d520</b>	1		1			<b>2</b>	1		1			<b>2</b>
<b>d530</b>	16	5	1			<b>22</b>	9	11	2			<b>22</b>
<b>d540</b>	11	9	3	2		<b>25</b>	5	14	5	1		<b>25</b>
<b>d550</b>	21	1				<b>22</b>	15	7				<b>22</b>
<b>d560</b>	21		1			<b>22</b>	21		1			<b>22</b>
<b>d570</b>	2	3	4	11		<b>20</b>		5	5	9	1	<b>20</b>
<b>d620</b>			3	12	2	<b>17</b>			3	12	2	<b>17</b>
<b>d630</b>			9	13	3	<b>25</b>		2	5	8	10	<b>25</b>
<b>d640</b>		3	8	12	2	<b>25</b>	1	2	5	14	3	<b>25</b>
<b>d660</b>		4	4	13	1	<b>22</b>		3	5	11	3	<b>22</b>
<b>d820</b>	2	5	4	2	1	<b>14</b>	1	9	2	2		<b>14</b>
<b>d860</b>		4	12	4	2	<b>22</b>		5	11	5	1	<b>22</b>
<b>d870</b>			3	8	10	<b>21</b>			4	13	4	<b>21</b>
<b>d920</b>	1	8	10	2		<b>21</b>	2	3	12	4		<b>21</b>

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tab. 7 znázorňuje četnost zastoupení kvalifikátorů aktivit a participací. Hodnocena je výkonnost a kapacita daných domén MKF. V0, V1, V2, V3, V4 označuje omezení ve výkonnosti (1. kvalifikátor v kódu); K0, K1, K2, K3, K4 označuje stupně omezení v kapacitě (2. kvalifikátor v kódu).

**Tab. 8** Průměrný kvalifikátor výkonu a kapacity a jejich disproporce v hodnocení

Doména	Průměr V	Průměr K	Disproporce
<b>d570</b>	3,00	3,00	0,00
<b>d150</b>	2,96	3,00	0,04
<b>d175</b>	2,57	2,74	0,17
<b>d210</b>	1,91	1,91	0,00
<b>d220</b>	2,92	3,29	0,38
<b>d310</b>	2,00	2,00	0,00
<b>d315</b>	1,21	1,26	0,05
<b>d330</b>	1,74	1,74	0,00
<b>d335</b>	2,00	2,00	0,00
<b>d350</b>	2,21	2,04	0,17
<b>d430</b>	1,05	1,14	0,09
<b>d440</b>	1,96	2,04	0,08
<b>d450</b>	1,00	1,05	0,05
<b>d465</b>	0,67	1,09	0,42
<b>d470</b>	1,89	1,75	0,14
<b>d510</b>	1,29	1,33	0,05
<b>d520</b>	1,00	1,00	0,00
<b>d530</b>	0,32	0,68	0,36
<b>d540</b>	0,84	1,08	0,24
<b>d550</b>	0,05	0,32	0,27
<b>d560</b>	0,09	0,09	0,00
<b>d570</b>	2,20	2,30	0,10
<b>d620</b>	2,94	2,94	0,00
<b>d630</b>	2,76	3,04	0,28
<b>d640</b>	2,52	2,64	0,12
<b>d660</b>	2,50	2,64	0,14
<b>d820</b>	1,64	1,36	0,29
<b>d860</b>	2,18	2,09	0,09
<b>d870</b>	3,33	3,00	0,33
<b>d920</b>	1,62	1,86	0,24

Tab. 8 znázorňuje průměrné hodnoty kvalifikátoru výkonnosti a kapacity v doménách aktivit a participací, a jejich disproporci. **Průměrný kvalifikátor 3** – těžký problém (zaokrouhleně na celá čísla) byl zjištěn ve výkonu a/nebo kapacitě u domén: **d570** Péče o své zdraví, **d150** Učit se počítat, **d175** Řešení problémů, **d220** Provádění mnohočetných úkolů, **d620** Získání nezbytných věcí (*nakupování atd.*), **d630**

**Příprava jídla (vaření atd.), d640 Vykonávání domácích prací (úklid domu, mytí nádobí, praní, žehlení atd.), d660 Pomoc druhým a d870 Ekonomická soběstačnost.** Průměrná disproporce mezi výkonností a kapacitou byla menší než 0,5 stupně kvalifikátoru.

**Tab. 9** *Výsledky kódování faktorů prostředí.*

Domény faktorů prostředí	Kvalifikátory										Celkem	Průměr
	4	3	2	1	0	+1	+2	+3	+4			
e110				3	15	3	3				24	0,25
e115				4	16	1					21	-0,14
e120					21	1					22	0,05
e125		3	1	3	11		1				19	-0,63
e310			5	4	2	2	7	4			24	0,58
e320				2	6	12	5				25	0,80
e325				1	15	4	2	1			23	0,43
e340					1	10	7	4			22	1,64
e350					15	8	2				25	0,48
e355				1	14	6					21	0,24
e410		1	5	5	2	8	2				23	-0,26
e460			13	2	6	1					22	-1,23
e540				3	13	1					17	-0,12
e570						12	12				24	1,50
e580					10	11	1				22	0,59

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tab. 9 znázorňuje četnost zastoupení kvalifikátorů faktorů prostředí. Plusové hodnoty vyjadřují facilitace v prostředí; hodnoty 0, 1, 2, 3, 4 vyjadřují bariéry v prostředí.

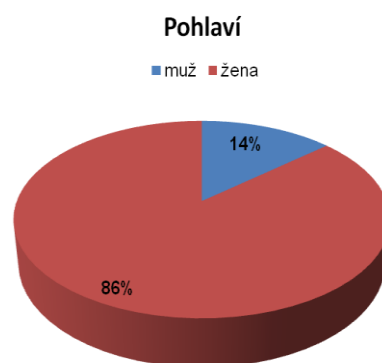
**Průměrný kvalifikátor 2** – středně těžký problém (zaokrouhleně na celá čísla) byl zjištěn u domén (facilitátorů) v oblasti: **e340 Pečovatelé a osobní asistenti a e570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení.** Průměrného kvalifikátoru 3 nebylo dosaženo u žádné domény (bariéry nebo facilitátoru).

## 4.2 Výsledky 2. části výzkumu

Na základě kvalitativních analýz (sekundární analýzy dat, rozhovorů a zúčastněného pozorování) byl sestaven dotazník pro pracovníky, kteří poskytují sociální služby pro osoby s mentálním postižením (viz. příloha č. 4). Dotazník obsahuje 19 otázek. Počet vrácených platných odpovědí je 417, návratnost dotazníku je tedy 49%.

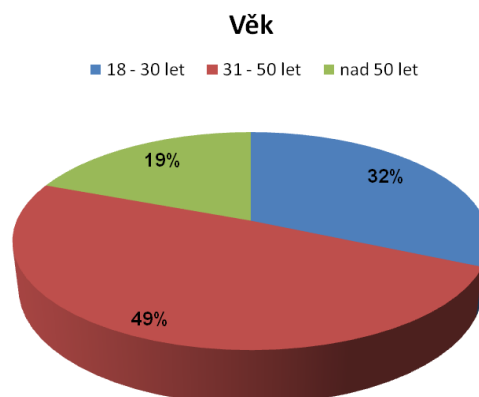
### 4.2.1 Výsledky dotazníků pro poskytovatele sociálních služeb

Otázka č. 1



Dotazník vyplnilo 86% žen, 14% mužů. Z celkového počtu 417 je to 360 žen a 57 mužů.

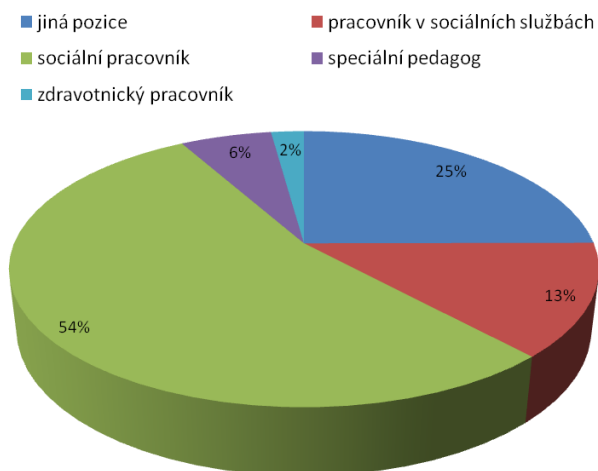
Otázka č. 2



Věkové rozložení respondentů bylo 49% ve věku 31-50 let (205 respondentů). Ve věku 18-30 let respondentů bylo 132 (32%), nad 50 let odpovědělo 80 respondentů (19%).

### Otázka č. 3

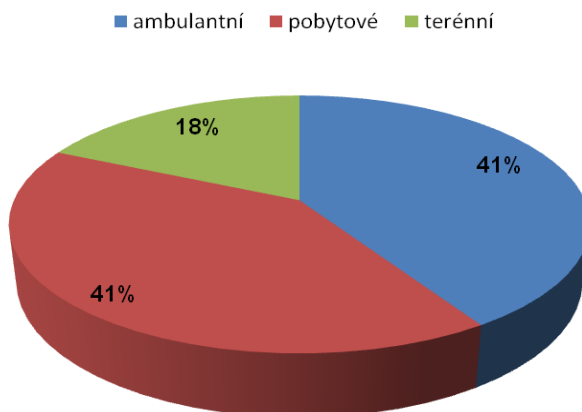
#### Pracovní pozice ve vztahu k cílové skupině osob s MP



Sociální pracovníci tvořili 54% z celkového počtu respondentů (tj. 224 osob). „Jiná pozice“ (25%) byla nejčastěji: ředitel(ka), vedoucí zařízení, vedoucí sociální služby. 13% respondentů pracuje na pozici pracovník v sociálních službách, 6% na pozici speciální pedagog a 2% respondentů tvořila pozice zdravotnický pracovník.

### Otázka č. 4

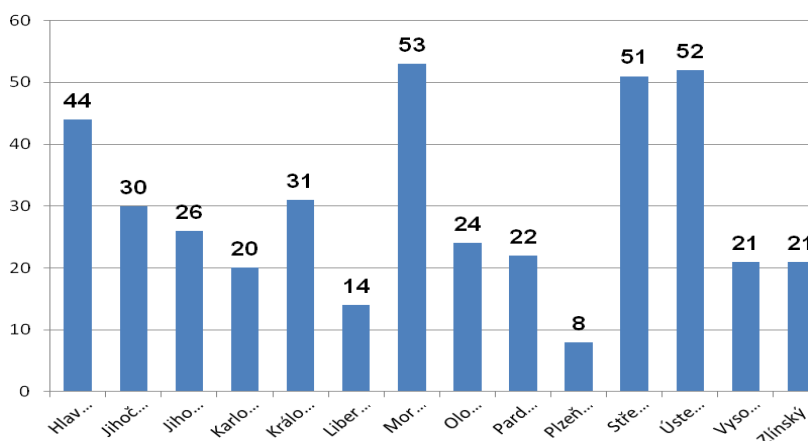
#### Forma poskytování sociální služby



Forma poskytování sociálních služeb byla: shodně 41% pro ambulantní a pobytové služby, 18% tvořila skupina terénních služeb.

Otázka č. 5

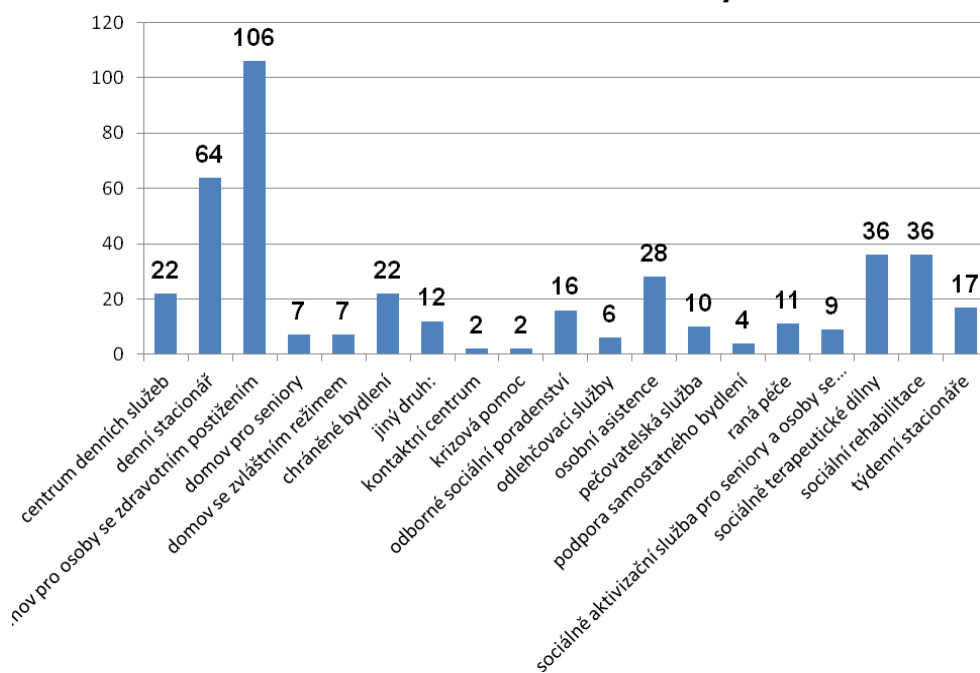
**Kraj nabízené sociální služby**



Největší zastoupení respondentů bylo z kraje Moravskoslezského (53), Ústeckého (52), Středočeského (51) a Hlavního města Prahy (44). Celkově však kraje byly rovnoměrně zastoupeny z celého území ČR.

Otázka č. 6

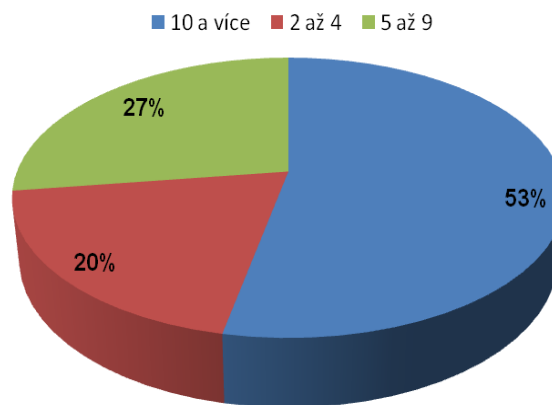
**Druh nabízené sociální služby**



Na otázku „Jaký druh sociálních služeb nabízíte osobám s mentálním postižením?“ nejvíce odpovědělo Domov pro osoby se zdravotním postižením (106 respondentů). Druhé nejpočetnější zastoupení poskytovatelů – respondentů je z denního stacionáře (64 respondentů).

Otázka č. 7

### Počet zaměstnanců organizace pracujících s osobami s MP

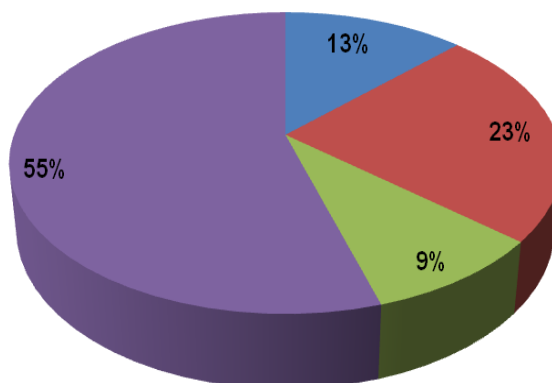


Respondenti nejvíce (53%) pracují v organizacích, kde je 10 a více zaměstnanců, kteří se setkávají s osobami s mentálním postižením. 27% pracuje v zařízení, kde je 5 až 9 zaměstnanců pracujících s osobami s MP a 20% pracuje v zařízení, kde jsou 2 až 4 zaměstnanci.

Otázka č. 8

**Jak často se účastníte aktivit s osobami s MP?**

■ Jiná možnost:                      ■ Maximálně jednou do měsíce  
■ Neúčastním se                      ■ Vícekrát do měsíce

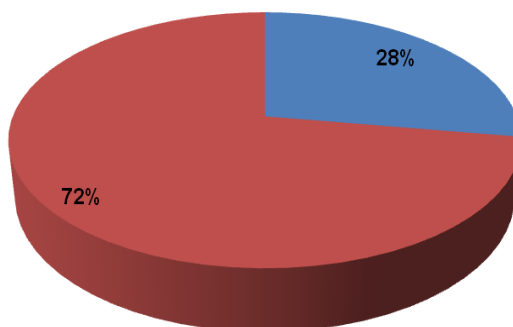


55% dotazovaných se účastní aktivit s osobami s mentálním postižením vícekrát do měsíce, 23% maximálně jednou do měsíce, 13% zvolilo jinou možnost a 9% dotazovaných se neúčastní aktivit s osobami s MP vůbec.

Otázka č. 9

**Byli jste v rámci svého zaměstnání seznámeni s klasifikací MKF?**

■ ano   ■ ne



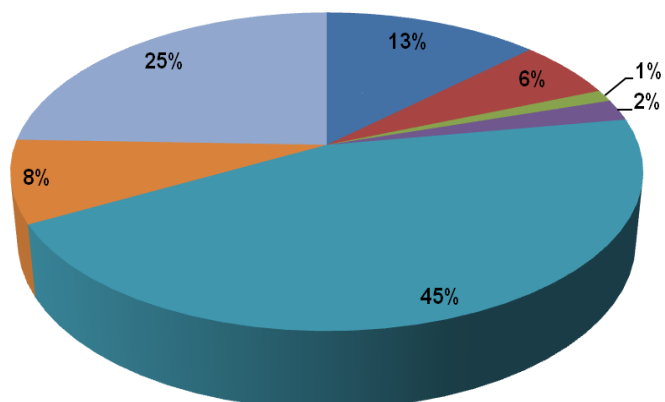
V rámci svého zaměstnání se seznámilo s klasifikací MKF 28% respondentů, 72% se s klasifikací v rámci svého zaměstnání neseznámilo.



Otázka č. 10

**Pokud jste se o klasifikaci MKF již něco dozvěděli, bylo to ze zdrojů:**

- internet
- jiný zdroj:
- od kamaráda/dky
- od vedení Vašeho pracoviště
- opravdu jsem o MKF nevěděl/a
- z odborné publikace
- z přednášky ve škole

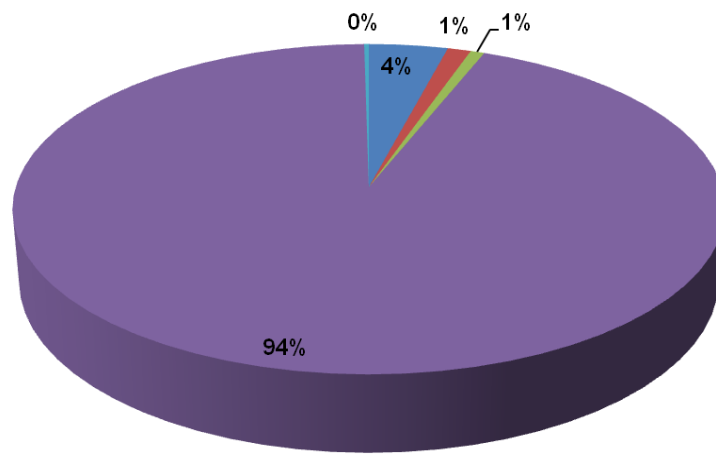


Otázka č. 10 se dotazovala na zdroj, ze kterého se respondenti dozvěděli o klasifikaci MKF. Nejvíce osob (102 respondentů) se dozvědělo o MKF z přednášky ve škole, tj. 25% odpovědí na tuto otázku. Dalším nejčastějším zdrojem (odpovědělo 54 respondentů) byl internet (13%).

## Otázka č. 11

### Kdo by měl posouzení provádět?

- jiná možnost:
- lékař a sociální pracovník (jinak nikdo jiný)
- pouze sociální pracovník
- tým složený z odborníků různých oblastí (lékař, soc. pracovník, speciální pedagog, logoped, psycholog apod.)
- výhradně lékař



Posouzení situace klienta s mentálním postižením by měl podle 94% respondentů (tj. 391 osob) provádět tým složený z odborníků různých oblastí. 17% volilo jinou možnost. Pouze jeden respondent odpověděl, že by to měla být pouze osoba lékaře. „Pouze sociální pracovník“ odpověděli 3 respondenti.

Otázka č. 12

**Je podle Vás v ČR reálné, aby situaci osob s MP posuzoval tým odborníků?**



Dle 55% respondentů je v ČR reálné, aby situaci osob s mentálním postižením prováděl tým odborníků. 45% respondentů se domnívá, že to reálné není. Vyskytovaly se následující odpovědi:

a) Ano, za podmínek:

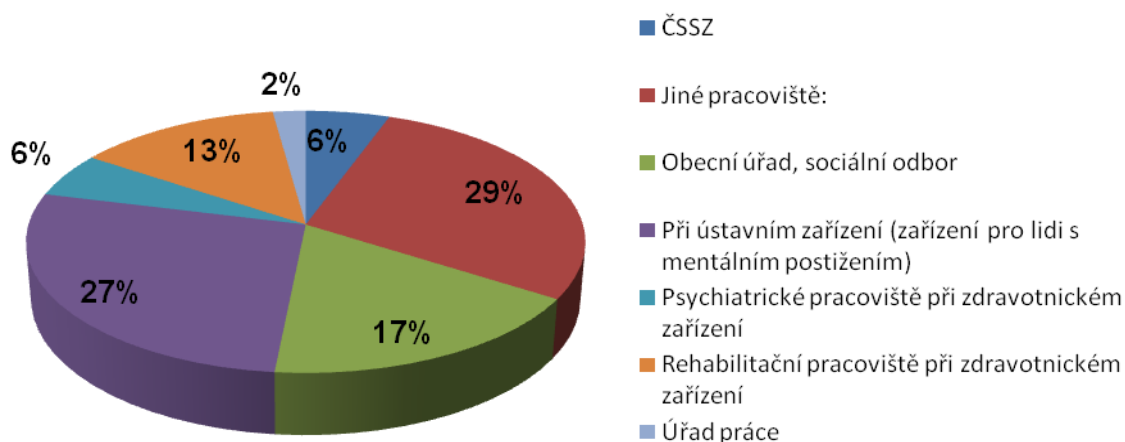
- *„Tým odborníků ano, ale ne v návaznosti na nemocnici či diagnostické zařízení. Ideálně spolupráce škol, rodičů, ÚP, chráněných dílen, sociálních služeb...“*
- *„Myslím, že by byla možná spolupráce, alespoň na úrovni internetové spolupráce.“*
- *„Ideálním prostorem je dle mého názoru oblast komunitního plánování.  
- tým odborníků by měl být ochoten ke kompromisu, k vyjednávání  
- měl by být stanoven jasný cíl - co je cílem společného posuzování, rozhodování  
- s cílem je spojen "strážce" cíle, mediátor - který bude vše koordinovat“*
- *„Ano. Vyžaduje to ale vzájemný respekt jednotlivých odborníků k daným profesím a otevřenou komunikaci vedoucí ke konsensu. Bohužel se často stává, že sociální pracovníci nejsou svými lékařskými kolegy považováni za odborníky. Sociální práce jako kvalifikovaný obor si musí ještě své rovnocenné místo mezi uznávanými profesemi vydobýt.“*

- „pouze ojediněle, protože ČR dělá věci spíše proti dobré péči o tyto osoby, např. sociální reforma, apod. Lékařů ubývá, jejich ochota velmi klesá. Reálně by to bylo za jiného přístupu k postiženým lidem.“
- „motivování (hlavně) lékařů ke spolupráci s ostatními odborníky (výuka na VŠ, legislativní úprava, finanční ohodnocení..), vhodných personálních a časových podmínek“
- „každý odborník se dívá na MP z jiného úhlu a pro integraci je to nezbytné“
- „změna celého systému posuzování“
- „metodika, podloženo zákonem“
- „že zařízení bude disponovat všemi uvedenými odborníky - ze zkušenosti je to asi nereálné, ale z našich zkušeností nutné“
- „1) kvalitní koordinace, 2) dostatečná a efektivní komunikace o konkrétním problému 3) respekt vůči názoru ostatních odborníků“

b) Ne, protože:

- „na to nejsou finance, aby se takový tým scházel a byl za to adekvátně odměněn“;
- „většinou mi praxe ukázala, že školství ani zdravotnictví neumí kooperovat s jinými obory (se sociálním)“
- „nemáme takové zařízení, bylo by to drahé“;
- „V Ústeckém kraji toto zatím možné není, protože se nám nedaří navázat spolupráci se všeobecnými a odbornými lékaři a lékařkami. Spolupráci navazujeme osvětou, osobními kontakty a organizováním kulatých stolů.“
- „u nás se nepracuje systémově“
- „na sociální sféru je nedostatek peněz pro odborné pracovníky. Tím se bohužel celkově snižuje úroveň péče.“
- „- nefunguje mezioborová spolupráce jako systémový nástroj, možná funguje někde z vlastního přesvědčení osvědčených odborníků;- odborníci nejsou ochotní část mapování dovedností realizovat v přirozeném prostředí osoby s MP“
- „není politická vůle změnit systém“
- „Nestačila by kapacita, dlouhá čekací doba v poradníku. Člověka by museli lépe poznat. Často posuzují jen povrchně.“

### Kde by měl podle Vás multidisciplinární tým působit?



Dle 114 respondentů (27%) by měl tým pro posuzování osob s mentálním postižením působit při ústavním zařízení, 73 respondentů (17%) se domnívá, že by to měl být obecní úřad (ve spádové oblasti), 56 osob (13%) uvádí odpověď „rehabilitační pracoviště při zdravotnickém zařízení“, popř. psychiatrické pracoviště při zdravotnickém zařízení (23 osob), tj. 6%. 6% respondentů také označilo odpověď Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ). Pouze 2% respondentů (9 osob) si myslí, že by se posouzení mělo provádět na Úřadu práce. Nejvíce odpovědí (119), tj. 29%, uvedlo odpověď „Jiné pracoviště“. Pod touto otázkou se skrývaly nejčastěji odpovědi, které se dají rozdělit do tří oblastí. První skupina se domnívá, že posouzení by mělo probíhat **v přirozeném prostředí klienta**. Vyskytovaly se odpovědi tohoto typu:

- „sídlit může, kde chce, ale posuzování má probíhat v reálném prostředí, ve kterém se člověk s MP běžně pohybuje, kde žije“;
- „nejlépe v přirozeném prostředí člověka s MP“;
- „tam, kde jsou klienti ve svém přirozeném prostředí, kde jsou zvyklí a mohou se tam bez obav a dostatečně projevit“;

- „nespojovala bych jej s konkrétní organizací. Pokud je multidisciplinární, mohou to být odborníci, kteří se sejdou s uživatelem v jeho prostředí“;
- „žádné sídlo, žádné nové funkce - tým odborníků se každý druhý rok může měnit a to v rámci sebevzdělávání každého jednoho v týmu, jako povinná praxe, kterou by každý měl projít. Posoudit situaci osoby s MP by měl tým v přirozeném sociálním prostředí osoby s MP“;
- „zázemí, které je osobě s MP blízké. Zázemí, ve kterém se bude cítit jako člověk, ne jako pokusný králik.“

Druhou početnou skupinou jsou zastánci názoru, že by posouzení mělo provádět **nezávislé pracoviště**. Odpovědi zněly např.:

- „specializované pracoviště určené vždy pro určitou spádovou oblast“;
- „samostatné pracoviště, mimo zařízení“;
- „přesně nevím jaké, ale nemělo by být v žádné výše uvedené instituci nebo zařízení, mělo by být zcela nezávislé“;
- „nezávislé pracoviště s dobrými facilitátorskými dovednostmi, které do týmu zahrne odborníky z výše uvedených jednotlivých organizací a institucí“;
- „na místě, které nebude připomínat osobě s MP nemocniční prostředí či úřad“.

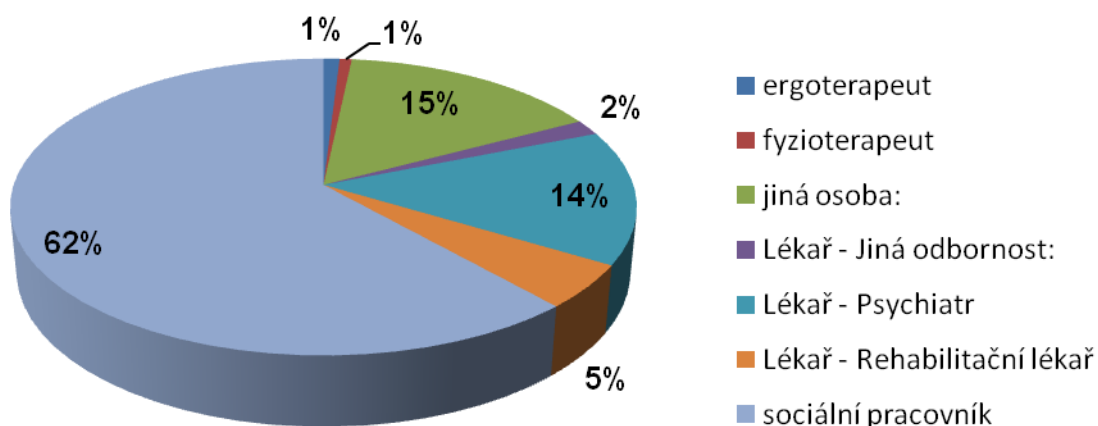
Třetí skupinu tvořil názor pracovníků, že **není důležité, kde tým bude působit**, hlavně když bude multidisciplinární a bude fungovat. Vyskytovaly se odpovědi jako např.:

- „možná by mohl každý člen týmu působit na svém pracovišti a poté se sejit a vytvořit společné posouzení“;
- „Jakékoliv. Je pochopitelně lepší, kdyby to bylo v rámci jedné instituce (budovy).“;
- „těžko říct, nemohu vybrat ani jednu možnost, snad více institucí (sociální odbor, psychologická a psychiatrická ambulance, pedagogicko- speciální centrum, soc. pracovníci, rodiny apod... To vše je zapotřebí ke skutečně objektivnímu vnímání celkového statutu člověka“;
- „v nějaké formě by měl takový tým fungovat (možno externě) při každém subjektu, který se osobám s MR věnuje“;

- „záleží na tom, zda klient je v pobytovém zařízení či doma, zda dochází např. do stacionáře či chráněné dílny a podobně nebo žádné služby nevyužívá. Nejde o to kde, ale o tým pracovníků a odborníků, ne papírových, kteří to dělají od stolu a o těchto osobách nemají znalosti nejen teoretické, ale i praktické“;
- „podobně jako je model v Anglii, při větším městě je 1 osoba, která pomáhá uživateli nalézt tu správnou pomoc a podporu“;
- „Navrhovala bych spolupráci několika odborníků, považuji za nereálné, aby se všichni sešli na jednom místě, ale mohly by se alespoň všichni vyjádřit postupně v jedné souhrnné zprávě, která by postupně narůstala.“

Otázka č. 14

**KDO by podle Vás měl být „koordinátorem“ multidisciplinárního týmu, který hodnotí situaci osob s mentálním postižením?**

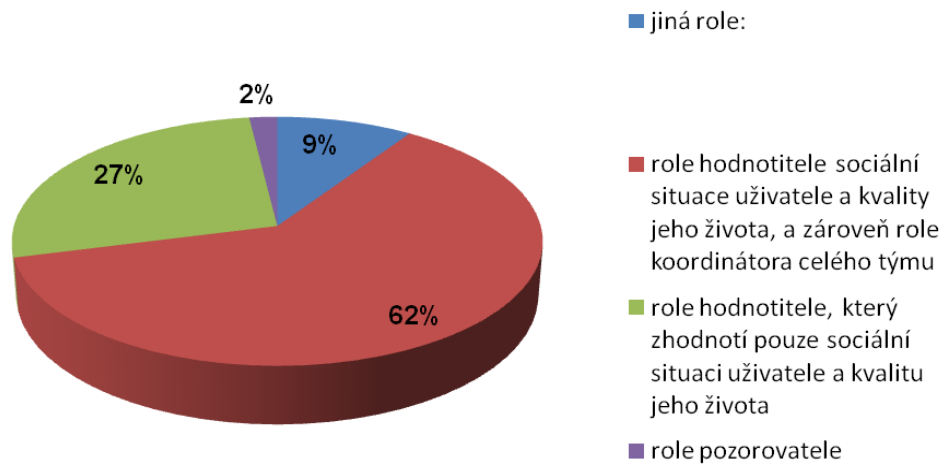


Koordinátorem multidisciplinárního týmu pro posouzení situace osob s MP by měl být dle 62% (257 respondentů) sociální pracovník. Dle 14% (61 respondentů) by koordinátorem měl být lékař – psychiatr. Dle 5% by to měl být rehabilitační lékař, 2% označilo odpověď lékař – jiná odbornost, 1% respondentů označilo odpověď ergoterapeut a taktéž 1% fyzioterapeut. 15% (65 respondentů) odpovědělo „jiná osoba“. Tj. např.:

- „nezávislá osoba, která nestudovala a nepreferuje žádný obor vyskytující se v týmu“;
- „ideálně koordinátor, který by měl na starosti jen tuto akci a příbuzné aktivity (může to být externista najatý pro ten účel na částečný úvazek, alespoň bude mít pohled zvenku, což obohatí celý tým)“;
- „rodinný příslušník ve spolupráci s odborníky“;
- „speciální pedagog“; „psycholog“;
- „nezávislý zprostředkovatel (broker), case manager“;
- „asistent posudkového lékaře, kdyby byl“;
- „nezáleží na odbornosti, ale na vypracovaných standardech týmu, pracoviště, vlastního procesu“.

Otázka č. 15

**Jakou roli by měl podle Vás mít sociální pracovník v týmu pro posuzování osob s mentálním postižením?**



Na otázku, jakou roli by měl mít v týmu pro posouzení osob s MP sociální pracovník, odpovědělo 62% (tj. 257 osob) „role hodnotitele a zároveň koordinátora týmu“. 27% (113 osob) zastává názor, že sociální pracovník by měl mít roli hodnotitele, který zhodnotí pouze sociální situaci uživatele a kvalitu jeho života. 2% označilo odpověď – role pozorovatele.



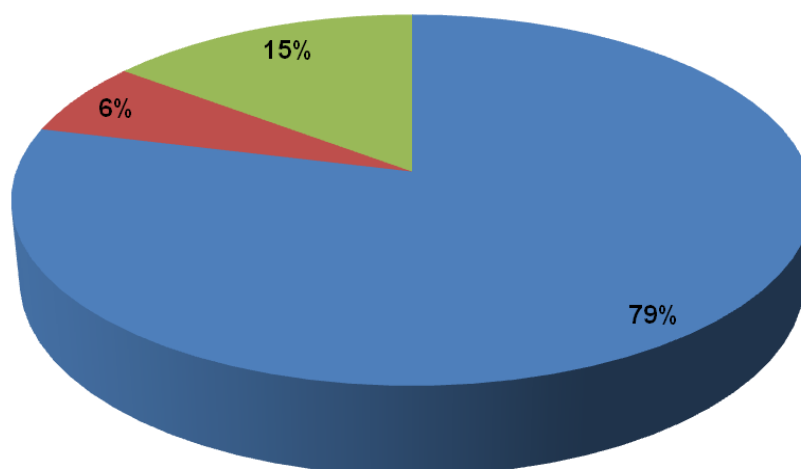
Odpověď „jiná role“ uvedlo 9% respondentů. Uváděli např.:

- „Opět jsme u kvality života. Určitě by měl mapovat sociální situaci uživatele. Jinak by jeho role měla vycházet ze stanovených kompetencí. A role koordinátora proč ne, ale ne v jedné osobě. Sociálně - zdravotní pracovník, ten by byl dobrý v tom, že by se orientoval i v zdravotní problematice.“
- „role koordinátora - je to člověk, který s uživatelem přichází do kontaktu nejčastěji, má přehled o celkové situaci uživatele“.
- „poradní role, hájení posuzované osoby“.

Otázka č. 16

#### Jaká definice podle vás nejlépe vystihuje pojem „INKLUZE“ ?

- rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí) majority a minority, tedy úplné začlenění, aniž by existovaly bariéry (předsudky apod.) v nás samých
- účastnění se menšiny na aktivitách většinové společnosti za pomoci osobního asistenta
- začlenění osob s postižením do společnosti tak, že se menšina účastní aktivit většinové společnosti

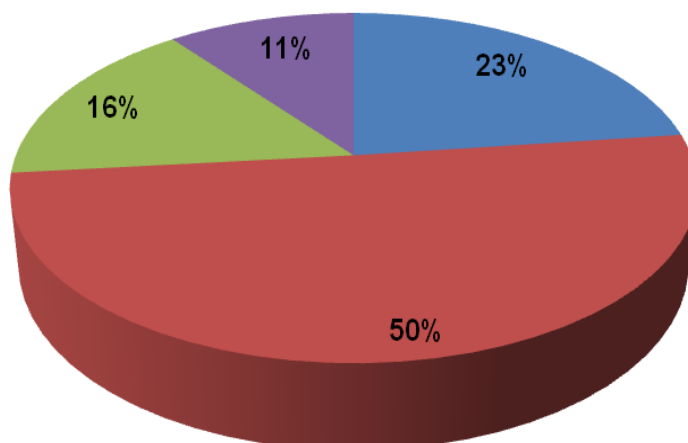


Většina respondentů (79%), 329 osob, na tuto otázku odpověděla, že inkluze je rovnoprávný vztah majority a minority, tedy úplné začlenění, aniž by existovaly bariéry ve většinové společnosti.

Otázka č. 17

Myslíte si, že lze dosáhnout úplného začlenění osob s mentální retardací do společnosti v ČR tak, aby ve většinové společnosti neexistovaly předsudky o těchto lidech?

■ Ano ■ Ne ■ Nevím ■ Jiná možnost



V otázce č. 17 se 210 respondentů domnívá (tj. 50%), že v ČR není možné dosáhnout úplného začlenění osob s MR do společnosti tak, aby neexistovaly předsudky o těchto lidech ve většinové společnosti. Uváděné důvody jsou následující:

- „Společnost není natolik vyspělá, aby všichni přijali osoby s MR.“
- „Protože předsudek je individuální a bylo by hloupé si myslet, že úplně všichni změní názor.“
- „V současné době není společnost pro přijetí a začlenění těchto osob připravená - z důvodu nedostatku informací, stále málo příležitostí pro setkání se s osobami s MP atd.“
- „v Čechách bude vždy místo pro předsudky“
- „Rozhodně chybí dostatečná osvěta, inkluzivní vzdělávání není dostatečně rozšířeno a nemá patřičnou kvalitu a zaměstnavatelé nejsou motivováni zaměstnávat lidi s handicapem, což by mělo být legislativně lépe ošetřeno, resp. výrazně zvýhodněno. V neposlední řadě by doktoři měli přestat radit lidem, aby dávali své postižené děti automaticky do Ústavů a pořídili si místo nich jiné.“
- „předsudky nelze odstranit, z vlastní zkušenosti vím, že děti se speciálními potřebami (zkušenost se třemi dětmi), které byly integrovány do ZŠ, se v ZŠ

*necítily šťastné, připadaly si jiné a necítily se být součástí kolektivu, šťastné se naopak cítily, když začaly navštěvovat Jedličkův ústav..“*

23% (96 osob) si myslí, že inkluze v ČR dosáhnout lze. Uváděné odpovědi jsou následující:

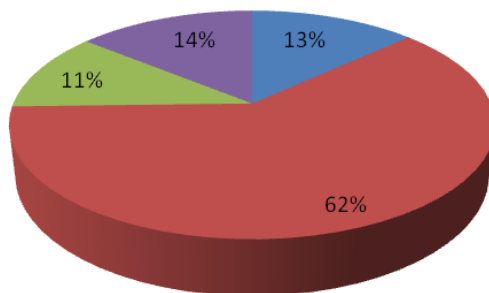
- „*Ano, ale je to dlouhodobé.*“
- „*Myslím si, že aby došlo k úplnému začlenění osob s mentálním postižením do společnosti bude stát hodně práce nejen společnost ale také lidi s postižením. Mám na mysli zejména soustředění se na rozvoj sociálních dovedností a přijetí zodpovědnosti za své chování a jednání.*“
- „*Ano, v horizontu mnoha desetiletí, za podmínky důkladné a pravdivé osvěty celé společnosti.*“
- „*velice pomalu ano.*“

16% označilo odpověď „nevím“ a 11% zvolilo jinou možnost.

Otázka č. 18

### **Co je podle Vás především potřeba udělat v ČR pro úplné začlenění osob s mentální retardací do většinové společnosti?**

- jiná možnost:
- odstranit bariéry v nás samých (ve většinové společnosti) a zaměřit se na podporu interakcí (člověk s postižením – prostředí, ve kterém žije)
- zlepšit hodnocení jejich celkové situace (zhodnotit jejich funkční schopnost, aktivity a soběstačnost, zhodnotit jejich podílení se na společenských aktivitách, zhodnotit faktory prostředí)
- zlepšit informovanost veřejnosti o situaci osob s mentálním postižením v ČR



Na otázku č. 18 „Co je třeba udělat, aby došlo k začlenění osob s MR do většinové společnosti, k inkluzi?“ odpovědělo 62% (256 respondentů), že je třeba odstranit bariéry v nás samých, odstranit předsudky a zaměřit se na podporu interakcí člověk s postižením – prostředí, ve kterém žije.

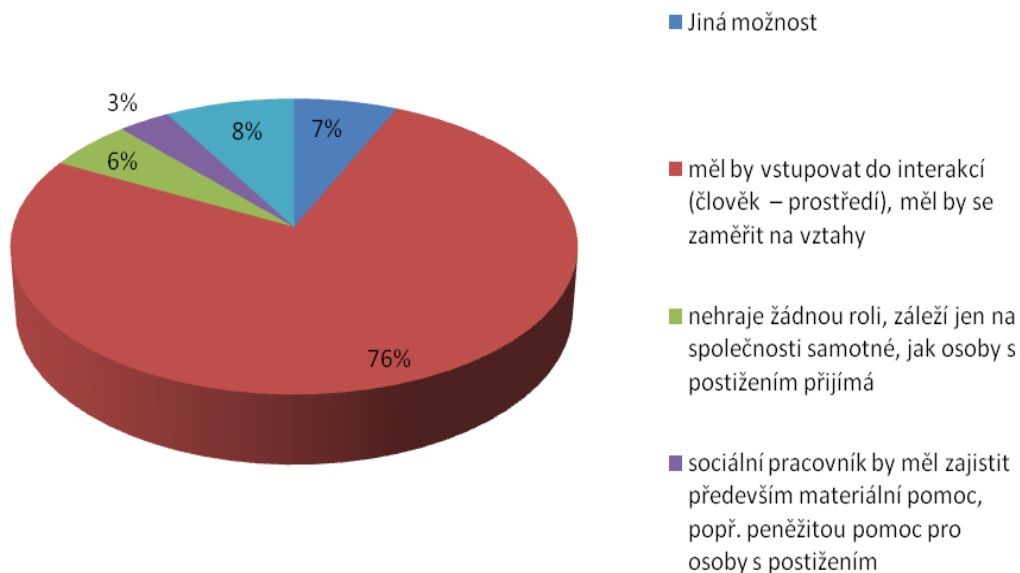
Jiné možnosti byly uváděny např.:

- *„Od každého bodu něco. V neposlední řadě i kladný přístup a touha osob s MR začlenit se, bez toho to nepůjde.“*
- *„Pracovat s rodinou, aby i ona vnímala, že i když má dítě s postižením, tak je možné jej nějak integrovat. Aby rodina nepůsobila jen ochranně, ale aby byla schopná zapojovat se s dítětem do běžného života, aby jej zapojovala do domácích prací, aby jej dokázala v plnoletosti přestěhovat do chráněného bydlení, popř. podporovaného bydlení.“*
- *„Není třeba se o to snažit za každou cenu.“*

14% odpovědělo, že je potřeba zlepšit informovanost veřejnost o situaci osob s MR v České republice. 11% se domnívá, že je třeba zlepšit hodnocení celkové situace osob s MR k inkluzi těchto osob do společnosti.

Otázka č. 19

Jakou roli hraje podle Vás sociální pracovník v procesu inkluze (úplného začleňování) osob s mentálním postižením do společnosti?



Na otázku č. 19 „Jakou roli hraje sociální pracovník v procesu inkluze“ odpovědělo 317 respondentů (tj. 76%), že by měl vstupovat do interakcí člověk – prostředí, měl by se zaměřit na vztahy. Jiné odpovědi byly uváděny, například:

- „Záleží, kde vidí soc. pracovník potřebu podpory. Určitě by měl uživatele připravit a informovat jej o všem důležitém. Být mu v tomto procesu nápomocen.“
- „měl by vstupovat do interakcí a zaměřit se na vztahy (viz. c), ale ve společnosti, která osoby s postižením špatně přijímá, to nestačí, je třeba "vychovat" ke spolupráci i tuto společnost“
- „docela klíčovou, protože SP může působit na osoby s mentálním postižením, své okolí i celou společnost (odbornou i laickou).“

#### 4.2.2 Výsledky statistického zpracování výzkumu

**Tab. 10:** Závinnost krajů v ČR na zdroji informace o MKF

		Zdroj informace o MKF							
5 - 10		Internet	z přednášky ve škole	od kamaráda/dky	z odborné publikace	od vedení Vašeho pracoviště	jiný zdroj:	opravdu jsem o MKF nevědě/a	Total
Kraje v ČR	Hlavní město Praha	8	10	0	1	0	0	25	44
	Jihočeský	6	10	1	1	0	6	6	30
	Jihomoravský	1	9	1	2	2	1	10	26
	Karlovarský	3	1	1	0	2	3	10	20
	Královéhradecký	7	4	1	1	0	3	15	31
	Liberecký	4	4	0	1	0	1	4	14
	Moravskoslezský	6	12	0	8	0	3	24	53
	Olomoucký	5	9	0	1	0	0	9	24
	Pardubický	4	5	0	2	0	0	11	22
	Plzeňský	1	1	0	1	0	0	5	8
	Středočeský	2	13	0	9	5	4	18	51
	Ústecký	3	15	0	3	0	3	28	52
	Vysočina	0	7	0	5	0	0	9	21
	Zlínský	4	2	1	0	0	1	13	21
		54	102	5	35	9	25	187	417

Kontingenční tabulka zobrazuje srovnání závislosti krajů v ČR a zdroj informace o MKF.

Výsledky samotného testu	
<b>Pearson Chi-Square</b>	127,713 (a)
<b>df</b>	78,00
<b>Asymp. Sig (2 -sided)</b>	0,000

(a) 70 cells (71%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,096.

Statistickou metodou, užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce – byla vypočtena hodnota testového kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost krajů v ČR a zdroj informace o MKF. Hodnota p-value (0,000) je nižší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků

daného testu lze tvrdit, že kraje v ČR, ze kterých odpovídali respondenti daného dotazníku, a zdroj informace o MKF jsou na 5% hladině významnosti závislé.

**Tab. 11:** *Závislost krajů v ČR na seznámení se s MKF v rámci zaměstnání*

		Seznámení s MKF v rámci zaměstnání		
		ANO	NE	TOTAL
	5 - 9			
Kraje v ČR	Hlavní město Praha	8	36	<b>44</b>
	Jihočeský	9	21	<b>30</b>
	Jihomoravský	6	20	<b>26</b>
	Karlovarský	7	13	<b>20</b>
	Královéhradecký	8	23	<b>31</b>
	Liberecký	5	9	<b>14</b>
	Moravskoslezský	17	36	<b>53</b>
	Olomoucký	5	19	<b>24</b>
	Pardubický	7	15	<b>22</b>
	Plzeňský	3	5	<b>8</b>
	Středočeský	17	34	<b>51</b>
	Ústecký	15	37	<b>52</b>
	Vysočina	4	17	<b>21</b>
	Zlínský	4	17	<b>21</b>
		<b>115</b>	<b>302</b>	<b>417</b>

Kontingenční tabulka zobrazuje srovnání závislosti krajů v ČR a seznámení se s MKF v rámci zaměstnání.

Výsledky samotného testu	
<b>Pearson Chi-Square</b>	7,455 (a)
<b>df</b>	13,00
<b>Asymp. Sig (2 –sided)</b>	<b>0,000</b>

(a) 2 cells (7,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,206.

Statistickou metodou, užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce – byla vypočtena hodnota testového kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost krajů v ČR a seznámení se s MKF v rámci zaměstnání. Hodnota p-value (0,000) je nižší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na

základě výsledků daného testu lze tvrdit, že kraje v ČR a seznámení se s MKF v rámci zaměstnání respondentů jsou na 5% hladině významnosti závislé.

**Tab. 12:** *Závislost pracovní pozice respondentů na místo působení týmu pro posouzení dle MKF*

		Místo působení týmu pro posouzení dle MKF							
3 - 13		úřad práce	ČSSZ	Psychiatrické pracoviště při zdravotnickém zařízení	Rehabilitační pracoviště při zdravotnickém zařízení	Obecní úřad, sociální odbor	Při ústavním zařízení	Jiné pracoviště:	TOTAL
<b>Pracovní pozice</b>	sociální pracovník	7	10	15	35	40	51	66	<b>224</b>
	speciální pedagog		2	2	5	4	9	3	<b>25</b>
	zdravotní pracovník	0	0	0	1	2	6	0	<b>9</b>
	pracovník v soc. službách	0	4	4	7	13	20	7	<b>55</b>
	jiná pozice	2	7	2	8	14	28	43	<b>104</b>
		<b>9</b>	<b>23</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>73</b>	<b>114</b>	<b>119</b>	<b>417</b>

Kontingenční tabulka zobrazuje srovnání pracovní pozice respondentů a místo působení týmu pro posouzení dle MKF.

Výsledky samotného testu	
<b>Pearson Chi-Square</b>	40,304 (a)
<b>df</b>	24,00
<b>Asymp. Sig (2 -sided)</b>	<b>0,023</b>

(a) 17 cells (48,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,194.

Statistickou metodou, užitím testu nezávislosti – Pearsonův chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce – byla vypočtena hodnota testového kritéria a dosažené hladiny významnosti pro závislost pracovní pozice respondentů na místo působení týmu pro posouzení dle MKF. Hodnota p-value (0,023) je nižší než hodnota zvolené hladiny významnosti 0,05. Na základě výsledků daného testu lze tvrdit, že pracovní pozice respondentů a místo působení týmu pro posouzení dle MKF jsou na 5% hladině významnosti závislé.



## **5. DISKUZE**

V této části práce bych ráda podrobila svůj výzkum kritice. Jak píše Navrátil (2009), v sociální práci je nutné pochybovat. Také Musil (2004) zdůrazňuje nutnost kritického pohledu na zkoumanou problematiku, upozorňuje na pohled z více perspektiv, na propojení více přístupů k jednomu sociálnímu tématu. Proces posouzení je pro celkovou kvalitu služby poskytované sociálními pracovníky rozhodující (Navrátil, 2009). Sociální pracovník se v procesu posuzování snaží pojmout obraz životní situace klienta v jeho celistvosti (Musil, 2004), potřeba posouzení je obvykle vyvolána obtížnou životní situací, na jeho výsledku pak závisí podoba intervence sociálního pracovníka. A co je závažnější, v důsledku toho i osud klienta (Navrátil, 2009).

Různé teorie sociální práce se zabývají procesem posouzení. Např. práce Libora Musila se zabývá faktorem posouzení – s využitím teorie. Navrátil považuje za podstatné, aby se sociální pracovník pokusil své teoretické představy vyjasňovat. Zabývá se problematikou přístupů k posouzení – objektivistického a subjektivistického (konstruktivistického). Postoj sociálního pracovníka v posuzování, který Navrátil vyvozuje na základě své studie o posuzování životní situace v postmoderní době, je uplatňování spíše konstruktivistického než objektivistického pohledu na životní situaci klienta (Navrátil, 2009).

### ***5.1 Diskuze ke kvalitativní části výzkumu***

V daném výzkumném šetření při posuzování klientů s mentální retardací vycházím z teorie, která je kombinací pohledu objektivistického a subjektivistického (konstruktivistického). Pohled objektivistický odpovídá spíše modelu medicínskému (lékařskému), který se opírá především o objektivní údaje – výsledky měření, chemických rozborů, testování. Pohled konstruktivistický představuje potom spíše pohled sociální práce s klientem, která se opírá jednak o objektivní poznatky (bytová situace, pracovní zařazení ve společnosti apod.), ale také bere v potaz celou a jedinečnou osobnost posuzovaného člověka, jeho povahové vlastnosti, osobnostní charakteristiky, hledá souvislosti a zaměřuje se na život klienta v interakcích. Dle prostudované literatury (např. Leonardi a Martinuzzi, 2009; Navrátil, 2009; Jankovský, 2009; Pfeiffer a Švestková, 2008) soudím, že lze dát do souvislosti propojení přístupu objektivistického a konstruktivistického s pohledem uceleným (komplexním,

holistickým). Rovněž Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se snaží aplikovat bio-psycho-sociální a spirituální přístup ke klientovi (pacientovi či nově „rehabilitantovi“). Filosofické hledisko MKF se pokouší „dosáhnout syntézy a používá k tomu propojený pohled na různé perspektivy zdraví z pohledu biologického, individuálního a z pohledu sociálních perspektiv“ (MKF, 2008: 32). Životní situace klienta vyžaduje individuální posouzení a následně provedení cílené a komplexnější intervence (Musil, 2004). Posouzení situace člověka (která je tzv. disabilní situací) dle MKF tak, jak bylo provedeno ve výzkumném projektu této práce, se s těmito požadavky ztotožňuje.

Ve výzkumném šetření této disertační práce bylo snahou využít komplexní posouzení dle MKF k následné intervenci u klientů (občanů) s mentální disabilitou (postižením, diagnosticky dle MKN – s mentální retardací). Práce obsahuje multidimenzionální posouzení tělesných funkcí klienta, jeho omezení participace a limity v aktivitách, a dále posouzení faktorů prostředí multidiscipinárním týmem odborníků. Multidiscipinární přístup koresponduje s požadavky Světové zdravotnické organizace (WHO, 2001), dále o multidiscipinárním přístupu MKF hovoří autoři např. Stucki a Cieza, et. al. (2002), Leonardi (2007) a další.

Výzkumné šetření se zaměřovalo na interakce mezi člověkem s mentálním postižením a většinou společeností, na interakce člověk – prostředí, ve kterém žije. Z kvalitativního šetření vzešly kazuistiky (zkrácené záznamy seznamů jednotlivých domén klasifikace MKF, tzv. core sety). Vedlejším produktem výzkumu je pokus o návrh tzv. core setu pro diagnózu mentální retardace (viz. příloha), který může být podroben dalšímu zkoumání a vítané kritice ze strany odborníků zabývajících se problematikou MKF. V rámci přípravné fáze kvalitativního šetření bylo zjištěno, že sociální pracovníci (popř. jiní pracovníci jako potenciální členové posuzujícího týmu osob s MR) nejsou seznamováni s klasifikací MKF v rámci svého zaměstnání, ačkoliv je MKF přijata v ČR od roku 2001 jako základ k politice rehabilitace. Dále z rozhovorů s pracovníky organizací vyplynulo, že souhlasí s multidiscipinárním přístupem v posuzování osob s disabilitou. Multidiscipinarity berou jako přirozenou součást své práce. Diskutabilní se však ukázal názor na to, kde a kdo by měl posuzování v ČR provádět. Narazilo se na problémy posuzování v podmínkách českého prostředí. Pracovníci zařízení i účastníci výzkumu dále debatovali o roli sociálního pracovníka v multidiscipinárním

posuzujícím týmu, zda by měl provádět pouze sociální šetření, nebo zda by mu měla příslušet role „koordinátora“ týmu. Roli sociálního pracovníka jako koordinátora a „case managera“ v týmu pro posuzování situace klienta dle MKF na základě svých výzkumů obhajují Matlasová a Kupková (2010).

Úkolem sociálního pracovníka v týmu pro hodnocení dle klasifikace MKF je dle recenzované studie uvedených autorek (Matlasová a Kupková, 2010: 97-108):

- znát problematiku MKF a dobře se v ní orientovat (včetně zaznamenání stupně funkční schopnosti, poruch, omezení aktivit a participace pomocí kvalifikátorů);
- podílet se na utváření individuálního rehabilitačního plánu klienta;
- být tzv. spojovací článek mezi klientem a ostatními členy multidisciplinárního týmu, popř. i mezi rodiči klienta.

Rolí sociálního pracovníka jako case managera a klíčového pracovníka v systému služeb pro osoby s disabilitami se zabývá např. také Johnová (2008) nebo Stuchlík (2002). V pilotním projektu předmětného výzkumu se ukázalo jako užitečné, pokud se sociální pracovník orientuje v sociální, ale také zdravotní oblasti (osobnost zdravotně – sociálního pracovníka). Na zdravotně sociálního pracovníka v této roli jsou kladeny vysoké kvalifikační a osobnostní nároky, uplatňuje se zde pokročilý multisystémový přístup.

Co se týká okódování situace osob s MR dle MKF, bylo zpracováno 25 případových studií. Stav osob s MR byl posouzen multidisciplinárním týmem, podobně jako ve švédském nebo německém modelu rehabilitačních center. Jak píše Novosad (2009), v souvislosti s optimalizací ucelené rehabilitace v ČR je namístě připomenout švédský systém regionálních či městských rehabilitačních a rehabilitačních center, v nichž je klient s postižením diagnostikován a konzultován (Novosad, 2009: 97):

- odborným lékařem,
- psychologem,
- speciálním pedagogem,
- sociálním pracovníkem,
- fyzioterapeutem,
- ergoterapeutem,
- logopedem či řečovým terapeutem,
- odborníkem na kompenzační a protetické pomůcky i úpravy bytu, pracoviště,
- rodinným terapeutem (je-li to žádoucí např. pro stabilitu pečující rodiny).

Každá země má určitá specifika vzhledem k realizaci sociální politiky v daném státě (Kozlová, 2005). Švédsko ostatní země EU převyšuje tím, že klade v oblasti sociálních služeb důraz na lokální sektor, což znamená, že na úrovni obcí fungují individuální sociální služby, které jsou financovány z daní. Náklady místních úřadů na sociální služby tvoří třetinu všech výdajů při preferenci poskytování péče seniorům (49% celkových výdajů), péče o děti (32%), individuálních a rodinných služeb (18%) (Kozlová, 2005).

Dosud mezi státy světa neexistovala jednotnost používané terminologie v oblasti sociální politiky. Nyní se nabízí tato možnost právě díky klasifikaci MKF, doporučenou k používání ke klasifikování osob s disabilitou. MKF může pomáhat při zjišťování, kde leží základní „problém“ disability, zda je to v prostředí cestou bariér nebo chyběním facilitací, limitem kapacity jedince, jím samým, nebo kombinací některých faktorů. Prostřednictvím těchto objasňování mohou být zásahy správně cílené a jejich účinek na stupeň participace monitorován a měřen. Touto cestou se může dosáhnout konkrétních cílů a obhájení disability (MKF, 2008: 250-251).

### **5.1.1 Diskuze k výsledkům případového šetření**

Posuzovaní klienti s MR z výzkumného souboru jsou klienti s diagnostikovaným stupněm mentální retardace lehkým (5 klientů) nebo středním (20 klientů). Jedná se o klienty zařízení pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením (zařízení ústavního typu) s týdenním, popř. celoročním pobytem. První část klientů dojíždí do zařízení, resp. rodiče je dovážejí do zařízení na týdenní pobyt, druhá část většinou zůstává v zařízení celoročně, rodiče ani nezná, nevidá se s nimi, v lepším případě se rodiče či jiní příbuzní občas zastaví na krátkou návštěvu nebo pošlou pohled. Tito klienti jsou z velké části klienty chráněného bydlení, kde mají možnost částečně se osamostatnit, pracovat s dohledem nebo dopomocí zaměstnanců zařízení. Je zde snaha tyto klienty integrovat do společnosti, zajistit jim maximální možnou podporu v oblasti samostatnosti a soběstačnosti, ne vždy však se tyto cíle daří naplňovat.

K inkluzi těchto občanů ještě stále chybí, dle rozhovorů s pracovníky zařízení, nabídka vhodných příležitostí na trhu práce pro takto postižené osoby, otevřené postoje ze strany většinové společnosti, přijetí mentálního postižení „*bez názorových předsudků, které zde zůstaly z minulého politického režimu v občanech ČR*“. Opatrovníci klientů tyto

postoje popisují jako „*stále živé*“, občas se setkávají s rozpačitými pohledy a to nejen u starší generace, ale i u generace současných vysokoškoláků.

**V oblasti tělesných struktur a funkcí** se doplňovaly názory a vyšetření lékaře a zdravotníků – nelékařů, kteří se mnohdy rozcházelí v přesném určení stupně kvalifikátoru u dané domény. Jednalo se však o rozdílnost způsobenou na základě pochopení situace z jiného úhlu pohledu, který bylo třeba sjednotit a případně doplnit slovním popisem. Např. u domény b117 (Intelektuální funkce) lékař hodnotil kvalifikátorem 2 (středně těžká porucha) klienta se střední mentální retardací, psycholog na základě současného vyšetření kvalifikátorem 1 (mírná porucha), neboť klient vykazoval současně lepší výkon v daném psychologickém testování. Stejně např. i u aktivit a participací doména d210 – Provádění jednotlivého úkolu, ve které se výrazně častěji lišili ergoterapeut a psycholog, až o tři stupně kvalifikátoru (např. psycholog v této doméně určil výkonnost a kapacitu jako mírný problém (stupeň kvalifikátoru 1), ergoterapeut jako těžký nebo totální, úplný problém (kvalifikátor 3, popř. 4). Bylo třeba slovní domluvy zástupců obou profesí, podle jakých kritérií se bude klient v dané doméně posuzovat, aby se posouzení ujednotilo. Bylo třeba určit preferenci hlasů v dané doméně, např. v hodnocení intelektuálních funkcí, myšlení, vnímání, emocionalitě má preferenci hlasu psycholog, dále v provádění složitého úkolu, jemné motorice. V oblasti úchopů nebo soběstačnosti má preferenci hlasu ergoterapeuta. Preference hlasů byly stanoveny realizátory daného pilotního výzkumného šetření na základě zkušeností z výzkumu, a po diskuzi s ostatními členy týmu.

Klienti dále neměli výrazné problémy v oblasti tělesných funkcí, nejčastějším problémem bylo snížení intelektu, které vedlo k omezení v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy. Objevovaly se individuální odlišnosti v oblasti tělesných struktur a funkcí stejně jako u běžné většinové populace, tedy bez významných rozdílů. Někdy šlo o mírnou poruchu v oblasti spánku, v oblasti funkce pozornosti, svalové síly, kloubní hybnosti nebo kloubní stability. Většinou ale hybnost klientů nebyla výrazně omezená (až na 2-3 těžší případy), šlo opět o souvislost s mentální funkcí pohybu, podobně jako v oblasti řeči a komunikace. Zde bylo nutno odlišit mentální funkci jazyka (b167) od funkce hlasu (b310).

Průměrný kvalifikátor 2 – středně těžký problém (zaokrouhleně na celá čísla) byl zjištěn u domén: b117 Intelektuální funkce (*včetně retardace, demence*), d140 Učení – čtení,

b164 Kognitivní funkce vyšších úrovní, b167 Mentální funkce jazyka a b 320 Artikulační funkce. Průměrného kvalifikátoru 3 nebylo v doménách tělesných funkcí dosaženo ani u jedné domény. Zjištění poruch tělesných struktur v daných doménách odpovídají stupni postižení v rámci diagnostikované mentální retardaci dle MKN -10.

Šetření dále prokázalo, že strukturální a funkční omezení v tělesné oblasti vedlo k omezení výkonnosti a kapacity **v oblasti aktivit a participací**. Tedy například snížení intelektu (b117), porucha v oblasti mentální funkce jazyka (b167) nebo v oblasti orientace (b114) vedla i ke snížení schopnosti (a tedy ke zvýšení stupně přiřazeného kvalifikátoru) v oblasti komunikace, mluvení, konverzace (d330-350), přípravě jídel (d630), sebekpěči a sebeobsluže (d510-570), v oblasti ekonomické soběstačnosti (d870 a 860) apod.

Průměrný kvalifikátor 3 – těžký problém (zaokrouhleně na celá čísla) byl zjištěn ve výkonu a/nebo kapacitě u domén: d570 Péče o své zdraví, d150 Učit se počítat, d175 Řešení problémů, d220 Provádění mnohočetných úkolů, d620 Získání nezbytných věcí (*nakupování atd.*), d630 Příprava jídla (*vaření atd.*), d640 Vykonávání domácích prací (*úklid domu, mytí nádobí, praní, žehlení atd.*), d660 Pomoc druhým a d870 Ekonomická soběstačnost.

Průměrná disproporce mezi výkonností a kapacitou byla menší než 0,5 stupně kvalifikátoru. Tento výsledek lze interpretovat tak, že klientům je poskytována adekvátní podpora v jejich aktivitách v rámci zařízení. Disproporce může být ovlivněna individuálními možnostmi klientů, popř. možnostmi zařízení.

Mírným (+1) až výrazným facilitátorem (+3) **v oblasti faktorů prostředí** jsou Produkty nebo látky k osobní spotřebě (jídlo, léky) e110, kde určitá medikace je nutná pro zachování dobrého zdravotního (tělesného či psychického) stavu. Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku (e120) byly častěji značeny kvalifikátorem 0, tedy bez bariéry, celkově byla pohyblivost klientů na dobré úrovni, někdy byla nutná pouze částečná dopomoc v chůzi např. do schodů či pozpátku. Produkty a technologie pro komunikaci (e125) byly častěji logopedem označovány jako střední až těžká bariéra (stupeň 2 nebo 3), a to z důvodu chybějícího náhradního komunikačního systému AAK (alternativní a augmentativní komunikační systém) u klientů s problémy v komunikaci.

Služby sociálního zabezpečení (e570) jsou pro klienty výraznější facilitací (průměrem +2). Spadá sem finanční podpora v podobě příspěvků na péči, invalidního důchodu, popř. další příspěvky. Většina klientů z výzkumného souboru pobírá 2. stupeň příspěvku na péči (viz. tab. č. 1 kap. Výsledky 1. části výzkumu).

**Rodiny a rodiče**, popř. jiní opatrovníci, jsou pro většinu klientů velkou oporou, v posuzování faktorů prostředí dle MKF jsou hodnoceni rodiče a nejbližší příbuzní kvalifikátorem nejčastěji v rozmezí od +1 do +3, velkou oporou jsou také pečující osoby (např. vychovatelé v zařízení), průměrný facilitátor +2. Někdy naopak je nejbližší rodina bariérou, a to častěji v zařízení s celoročním pobytem, kdy se klienti s rodiči nestýkají, popř. ani nepíší dopisy, a opatrovníkem je obecní úřad. Přátelé (doména e320) nejsou pro většinu posuzovaných klientů významným facilitátorem, buď je vůbec nemají, nebo dle jejich slov pouze pár, „*jen nějaké tady v ústavu*“, „*bráchu*“ nebo „*sestru*“ doma, případně jinou blízkou osobu, většinou ne víc než dvě nebo tři osoby. Často se vykytoval hyperprotektivní vliv rodičů na své děti, což ztěžovalo klientovu samostatnost při průběhu realizace výzkumu. Jak uvedla pracovnice zařízení, „*rodiče jsou na klientech závislí, ne naopak*“. „*Člověk s postižením pod tímto vlivem zůstává na úrovni dítěte*“. Při posouzení stavu ergoterapeutem uvedla matka klienta: „*v Empatii chodí sám, ale doma mu pomáhám*.“ Rodiče také velmi často nechápou, k čemu je příspěvek na péči. Příspěvek na péči berou jako příjem rodiny. Pochopitelně mají strach, že dávku ztratí.

Další zajímavou doménou jsou „domácí zvířata“, kde klienti měli velmi kladný vztah ke svému domácímu „mazlíčkovi“, který jim přinášel uklidnění, relaxaci, snižoval jejich psychomotorické napětí a podrážděnost, případně i agresivní projevy. Ať už se jednalo o psa či o jiné zvíře, popř. i papouška, kočku nebo králíky či dokonce slepice. Posouzení této domény bylo označováno alespoň jako mírný facilitátor, tedy +1. Tito klienti měli častěji pocit zodpovědnosti, starost o někoho druhého, tedy se u nich objevovala častěji větší schopnost empatie a obdrželi vyšší stupeň kvalifikátoru v oblasti péče o druhé.

Průměrný kvalifikátor 2 – středně těžký problém (zaokrouhleně na celá čísla) byl zjištěn u domén (facilitátorů) v oblasti: e340 Pečovatelé a osobní asistenti a e570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení. Průměrného kvalifikátoru 3 nebylo dosaženo u žádné domény (bariéry nebo facilitátoru). Pečovatelé a osobní asistenti jsou tedy výrazným usnadněním v péči o tuto cílovou skupinu.

### 5.1.2 Zjišťování kvality života rodičů osob s MR

Značnou roli v procesu utváření individuality dítěte s postižením, hraje rodič a rodina. Rodina a její kvalita je důležitou součástí komplexní péče o člověka s mentálním postižením (Jankovský et al, 2005). Zjištění kvality života rodičů dětí s mentálním postižením pomáhá k nastavení rehabilitačního plánu jedince (v oblasti tělesné, psychické, sociální i pracovní) a při realizaci následných služeb. Výzkumné šetření bylo provedeno v rámci komplexního hodnocení podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví u rehabilitantů s mentálním postižením v Centru sociálních služeb Empatie v Českých Budějovicích. Výzkumného šetření se účastnili i rodiče (N=12), kteří se starají o své dítě více než 15 let. S rodiči těchto dětí byly provedeny rozhovory a následně jim byl rozdán dotazník kvality života SEIQoL.

Z dotazníku kvality života se ukázala celková úroveň kvality života (QL) hodnocených respondentů 40,6% a celková míra spokojenosti s kvalitou vlastního života (VAS) 59,3 %. V hodnotě QL a VAS je disproporce 18,7%. Rodiče tedy uvádějí, že jsou celkově subjektivně spokojenější, než je jejich úroveň kvality života.

Jako nejdůležitější životní cíle uvádějí respondenti na prvních pěti pozicích rodinu, zdraví, život syna/dcery, soběstačnost syna/dcery a práci. Pozoruhodné je, že rodiče neuvedli v dotazníku ani v jednom případě jako životní cíl přátele nebo udržování vztahů s nimi. Přitom není žádoucí, aby se rodiče dětí s postižením sociálně izolovali. Jak uvádí Jankovský (2005: 94) „neměli bychom dopustit, aby se rodiče dítěte s mentálním postižením sociálně izolovali, uzavírali, a tak postupně unikali z interpersonálních vztahů“ (Jankovský et al, 2005). Rodiče se svým postiženým dítětem by měli být zapojeni do širšího okruhu rodiny, přátel, do vztahů v sousedství, na pracovišti, ve společenských a zájmových organizacích jako všichni ostatní (Matějček, 1992). Kvalita života osob s postižením se neodvíjí pouze od zajištění socioekonomického standardu, ale snad ještě více je určována nehmotnými a vztahovými hodnotami (Slowík, 2007). Rodiče v rozhovorech uváděli své obavy o budoucnost svého syna/dcery, o jeho/její soběstačnost. Velmi jim záleží na tom, aby se o sebe sami dokázali postarat, aby se dokázali ekonomicky zajistit, najít si dobrou práci, popř. aby se našla dobrá instituce, která by se o jejich dítě dobře postarala.

Kvalita života rodičů dítěte s mentálním postižením, kteří byli zařazeni do předmětného výzkumného šetření, závisí na celkové subjektivní spokojenosti s vlastním životem. Závisí na celkovém zdravotním i sociálním stavu všech členů rodiny, zejména pak na



zdraví a kvalitě života člena s postižením, jeho soběstačnosti a schopnosti sebezajištění. Přáním rodičů dětí s mentálním postižením je, aby se vyrovnávali příležitosti pro tyto osoby, dodržovaly se národní plány a vytvářeli se vhodné podmínky tak, aby se osoby s postižením lépe zařadili do společnosti, byly společností přijímány a měli šanci prožívat stejně kvalitní život jako ostatní členové společnosti.

## **5.2 Diskuze k vyhodnocení dotazníků**

Záměrem kvantitativní studie bylo zjistit, zda jsou názory, vyplývající z kvalitativních analýz rozhovorů, validní. Zda se názory účastníků kvalitativního šetření na daný model posouzení osob s mentálním postižením shodují s názory většího počtu pracovníků v České republice. Byly proto stanoveny hypotézy, které byly kvantitativně ověřovány sestaveným dotazníkem, určeným primárně pro sociální pracovníky, kteří poskytují služby osobám s mentálním postižením a jsou s nimi v přímém kontaktu.

Respondenti 2. části výzkumného šetření jsou v zastoupení 86% žen a 14% mužů. Odpovídá to přirozenému poměru mužů a žen v praxi sociální práce. Věkové rozložení klientů je 32% v rozmezí 18-30 let, ve věku 31-50 let je to 49%, nad 50 let je to 19%. Nejvíce respondentů je tedy ve věku 31-50 let, opět jde o přirozené věkové zastoupení v sociální praxi. Otázka č. 3 se ptá na pracovní pozici respondentů ve vztahu k cílové skupině osob s mentálním postižením. Většina (54%) je pozice sociálního pracovníka, 13% je pozice pracovníka v sociálních službách. Dotazník byl primárně určen pro tuto skupinu osob. 25% osob označilo možnost „jiná pozice“, jednalo se nejčastěji o pozici ředitele/ředitelky, popř. vedoucí služby. Vysvětluje to fakt, že emailové adresy, které poskytovatelé zadali do Registru poskytovatelů sociálních služeb ČR, patřily celé službě, tedy často se dotazník dostal k vedoucímu služby, popř. k pracovníkům na jiné pozici, než je sociální pracovník. Forma poskytování služby byla shodně 41% pro pobytové a ambulantní služby, 18% zastupují služby terénní. Co se týká kraje nabízené služby, odpovědi byly rovnoměrně zastoupeny ze všech krajů ČR. Druh nabízené sociální služby, kterou pracovníci poskytují, byl nejvíce zastoupen v zařízení „domov pro osoby se zdravotním postižením“ (čtvrtina odpovědí), dále uvedené služby v sestupném zastoupení: „denní stacionář“, „sociálně terapeutické dílny“, „sociální rehabilitace“, „osobní asistence“, „chráněné bydlení“, „centrum denních služeb“ a „týdenní stacionáře“ (viz. Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb.). Respondenti se v 55% účastní aktivit s osobami s MP vícekrát do měsíce, pouze 9% se neúčastní

aktivit s cílovou skupinou osob vůbec. Toto procento osob koresponduje s pozicí respondentů „vedoucí, ředitel“, kteří nepracují s klienty v přímém kontaktu.

Co se týká otázky, zda byli respondenti seznámeni s klasifikací MKF v rámci svého zaměstnání, 72% seznámeno nebylo, zbývajících 28% již seznámeno s MKF v rámci svého zaměstnání bylo. O MKF se respondenti nejčastěji (45%) dozvídají z přednášky ve škole. Tedy je vidět, že již se MKF alespoň v teoretické rovině studuje a dostala se do přednášek na školách. Dalším nejčastějším zdrojem je internet a odborné publikace. Možnost „od vedení vašeho pracoviště“ zaškrtnla pouze 2% respondentů. Toto zjištění svědčí o tom, že v praxi chybí osvěta, informovanost poskytovatelů služeb o posuzování dle předemného modelu.

Otázka č. 11 se dotazuje na to, kdo by měl posouzení dle modelového pilotního projektu provádět. 94% respondentů se shoduje na odpovědi „tým, složený z odborníků různých oblastí“. Multidisciplinarita týmu, jak o ní hovoří např. Šprynarová (2006) nebo Jankovský, Pfeiffer a Švestková (2005), je tedy respondentům vlastní, praxi se s tímto požadavkem pracovníci sociálních služeb běžně setkávají. Dále se 55% respondentů domnívá, že v ČR je reálné, aby posouzení situace osob s MP prováděl takovýto tým. Velmi nejednotní jsou respondenti v názoru na otázku „kde by měl multidisciplinární tým působit“. 27% se domnívá, že místem posouzení má být zařízení pro lidi s mentálním postižením, 17% si myslí, že by místem posouzení měl být obecní úřad, 13% je pro rehabilitační pracoviště při zdravotnickém zařízení, popř. pro psychiatrické pracoviště při zdravotnickém zařízení (6%). Pouze 2% respondentů se domnívá, že by místem posouzení měl být úřad práce. Největší procento respondentů (29%) je pro posouzení na jiném specializovaném (nezávislém) pracovišti, popř. v místě bydliště klienta, v jeho přirozeném sociálním prostředí. Podobně Matoušek (2005) navrhuje, že takové hodnocení měla dělat jiná organizace než ta, která klientovi poskytuje péči, protože organizace poskytující péči má totiž tendenci upřednostňovat vlastní potřeby před potřebami klienta.

Na otázku dotazníku č. 14 „kdo by měl být koordinátorem týmu pro posouzení osob s MP“ odpověděla většina dotazovaných, tj. 62%, že by to měla být osoba sociálního pracovníka. 14% volí možnost „lékař-psychiatr“, 15% volí možnost „jiná osoba“ (objevovaly se názory jako nezávislá osoba, case manager, nezáleží na odbornosti apod.) Osoba case managera v týmu pro posouzení osob s disabilitou viz. také Matlasová a Kupková (2010). Sociální pracovník v posuzujícím týmu by pak měl dle

názorů většiny dotazovaných pracovníků (62%) mít roli hodnotitele sociální situace uživatele a kvality jeho života a zároveň roli koordinátora tohoto týmu.

O pojmu inkluze se respondenti vyjadřují v 79% jako o rovnoprávném vztahu (vyrovnání příležitostí) majority a minority, tedy o úplném začlenění, aniž by existovaly bariéry (předsudky) v nás samých. Zároveň 50% si myslí, že takového začlenění není možné v ČR dosáhnout. 23% se domnívá, že inkluze osob s postižením dosáhnout lze, ale bude to ještě „běh na dlouhou trať“, otázka desetiletí a více. Na otázku „co je třeba pro úplné začlenění osob s MP udělat“, odpovědělo 62% dotázaných, že je třeba odstranit bariéry v nás samých a zaměřit se především na interakce. Dále 11% se domnívá, že je třeba zlepšit hodnocení jejich celkové situace (zhodnotit funkční schopnost, aktivity a soběstačnost, zhodnotit jejich podílení se na společenských aktivitách, zhodnotit faktory prostředí). 14% si myslí, že je třeba zlepšit informovanost veřejnosti o situaci osob s mentálním postižením v ČR. Zbytek respondentů si myslí, že by to měla být kombinace předchozího, dále i např. práce s rodinou a okolím klienta. Poslední otázka dotazníku se dotazovala na roli sociálního pracovníka v procesu inkluze. 76% si myslí, že by sociální pracovník měl vstupovat do interakcí a měl by se zaměřit především na vztahy. Dále by měl působit i na celou společnost (odbornou i laickou), „vychovat“ tuto společnost ke spolupráci. Stejně tak Matoušek (2005) zdůrazňuje osvětové působení na většinovou společnost jako důležitý krok k integraci. Cílem osvěty je „změnit pohled veřejnosti na lidi s postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat“ (Matoušek, 2005: 113).

### **5.3 Vyhodnocení hypotéz**

*H1: Více než polovina sociálních pracovníků není v rámci svého zaměstnání seznamována s posouzením situace člověka s mentálním postižením dle klasifikace MKF.*

Hypotéza H1 se potvrdila.

*H2: Více než polovina sociálních pracovníků pracujících s osobami s MP se domnívá, že by posouzení komplexní životní situace (tělesné, psychické, sociální, pracovní) těchto osob měl provádět tým odborníků (tzv. multidisciplinární tým).*

Hypotéza H2 se potvrdila.

*H3: Dle více než poloviny dotazovaných sociálních pracovníků by v České republice měl tým pro posuzování zdravotně sociální situace osob s MP působit při zdravotnickém zařizení.*

Hypotéza H3 se nepotvrdila.

*H4: Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu pro posuzování zdravotně sociální situace by podle více než poloviny dotázaných měla být rolí hodnotitele sociální situace, kvality života klienta a zároveň rolí koordinátora celého týmu.*

Hypotéza H4 se potvrdila.

*H5: Dle alespoň poloviny dotazovaných sociálních pracovníků je pro úplné začlenění osob s MP do většinové společnosti v ČR potřeba zaměřit se především na interakce.*

Hypotéza H5 se potvrdila.

*H6: Více než polovina dotázaných si myslí, že v ČR je možné dosáhnout inkluze osob s MP do společnosti tak, aby ve většinové společnosti neexistovaly předsudky o těchto lidech.*

Hypotéza H6 se nepotvrdila.

#### **5.4 Zhodnocení cílů práce**

Hlavní výzkumnou otázkou (**poznávacím cílem**) této disertační práce bylo zjistit, v čem způsob aplikace MKF ve vybraném pilotním projektu při posouzení situace osob s MR napomáhal a v čem bránil poskytnutí adekvátní podpory jejich inkluze.

Daný způsob aplikace napomáhal poskytnutí vhodné podpory inkluze osob s MR v:

##### **1. v komplexním dotazování se na klientovy potřeby**

Komplexní dotazování bylo zajištěno oblastmi, na které se dotazuje Checklist ICF (tělesné funkce, tělesné struktury, aktivity a participace, osobnostní charakteristiky jedince a kvalita jeho života).

##### **2. ve spolupráci multidisciplinárního týmu**

Díky týmu odborníků došlo ke komplexnímu zhodnocení všech potřebných oblastí pro poskytnutí adekvátní podpory inkluze.

##### **3. v koordinaci procesu posuzování a inkluzivního snažení**

Týmová spolupráce odborníků jednotlivých oblastí byla zajištěna díky koordinaci celého procesu. Koordinátorem byl klíčový zdravotně sociální pracovník, který zaujímal roli case managera a zajišťoval propojenost a návaznost služeb.

#### **4. v nastavení individuálního plánu inkluze**

Plán inkluze byl nastaven na základě zhodnocených oblastí dle ICF, byly zjištěny možnosti potenciálního rozvoje aktivit, soběstačnosti a samostatnosti klienta.

#### **5. ve zhodnocení rehabilitačních postupů inkluzivního snažení při práci s klientem**

Postup práce s klienty byl zhodnocen kontrolním šetřením, dále průběžným monitorováním jednotlivých případů. Výsledky šetření mohou napomáhat při následném plánování vhodných služeb pro osoby s postižením.

#### **6. ve spolupráci s rodinou klienta**

Rodina klienta se může vhodně podílet na inkluzi těchto klientů do společnosti, může být výrazným facilitačním faktorem v procesu podpory psychosociální inkluze.

#### **7. ve zhodnocení kvality života osoby s MR i kvality života jeho rodiny**

V rámci posouzení dle MKF byla zjišťována kvalita života pečujících osob o lidi s MR, jejich rodiny, pomocí dotazníku SEIQoL.

Daný způsob aplikace bránil poskytnutí vhodné podpory inkluze osob s MR v(e):

- 1. časové náročnosti při posouzení** (dlouho trvající posouzení při aplikaci testů, např. FIM, BI, testování úchopů, test psychologa, vyšetření fyzioterapeuta, dotazník sociálního pracovníka aj.)
- 2. problematickosti personálního zajištění všech odborností při zařazení pro lidi s mentálním postižením** (zařízení neměla k dispozici odborníky všech oblastí, se kterými se na základě individuálního plánu mělo pracovat)
- 3. finanční náročnosti** (finanční ohodnocení odbornosti účastníků výzkumného šetření daného pilotního projektu)
- 4. nejednotnosti členů týmu při přiřazování kvalifikátorů** (více názorů, více úhlů pohledu na posouzení osob; poměrně značná složitost přesného určení

kódu a jeho kvalifikátorů, především v oblasti výkonu a kapacity, která může vést k chybnému posouzení v určité doméně)

5. **duplicitní činnosti** (posouzení jedné domény několika odborníky; následné řešení preferencí hlasů)
6. **nedostatečné možnosti ovlivnění faktorů prostředí klienta** (při daném způsobu aplikace MKF při posouzení osob s MR nebylo možné dostatečně ovlivnit bariéry v oblasti faktorů prostředí, např. dopravní systémy, komunikační systémy apod.)
7. **často přítomným hyperprotektivním vlivu rodičů při posouzení osob s MR dle daného projektu** (rodiče často odpovídali za jejich dospělé děti, snažili se zlepšit jejich skutečný funkční stav, měli tendenci řešit úkoly za své děti a všemožně jim pomáhat).

*Symbolický cíl* disertační práce je upozornit sociální pracovníky a orgány státní správy jako je např. MZ, MPSV, MMR, MŠMT na potřebu komplexního (nikoliv pouze medicínského) posouzení osob s mentální retardací dle klasifikace MKF a na potřebu zaměřit se na interakce. Domnívám se, že symbolický cíl práce byl splněn daným výzkumným postupem a jeho publikací ve vybraných odborných časopisech a prezentací na konferencích.

*Aplikační cíl* práce je využít komplexní posouzení dle MKF pro formulaci intervence, která by měla rozšířit možnosti adekvátní podpory psychosociální inkluze.

Intervence v oblasti procesu inkluze za využití MKF: Ke komplexnímu posouzení osob s MR multidisciplinárním týmem odborníků lze využít Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. V rámci posouzení se zjišťuje kvalita života klienta s MR, doporučuji zjišťovat také kvalitu života pečujících osob (rodiny, popř. jiných opatrovníků). Na základě komplexního posouzení se stanoví individuální plán inkluze, „šitý klientovi na míru“. Je prováděna rehabilitační intervence, rehabilitace v rámci všech jejích složek (pracovní, sociální, léčebná, pedagogická, volnočasová, rodinná apod.) tak, aby byla dosažena maximální možná míra soběstačnosti klienta. Sociální pracovník v práci s osobami s MR se zaměřuje především na interakce a snaží se odstraňovat také bariéry v lidech samých, ovlivňuje bariérové faktory prostředí klienta. Role sociálního pracovníka může být rolí case managera.

#### 5.4.1 Vyhodnocení odpovědí na dílčí výzkumné otázky

- *DVO č. 1: Na které faktory (bariéry a facilitace) inkluze občanů s MR zaměřuje aplikace MKF daným způsobem pozornost sociálních pracovníků?*

Aplikace MKF v oblasti faktorů prostředí inkluze občanů s MR zaměřuje pozornost pracovníků nejčastěji na domény Nejbližší rodina (e310), Osoby zajišťující osobní péči a osobní asistenti (e340), Produkty a technologie pro komunikaci (e125), Postoje společnosti (e460), Postoje členů nejbližší rodiny (e410). Dále na Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku (e120), Domácí zvířata (e350), Služby sociálního zabezpečení (e570) nebo Služby pro práci a zaměstnání (e590).

- *DVO č. 2: Na které tělesné funkce zaměřuje klasifikace MKF pozornost při posuzování stavu občanů s MR?*

Aplikace MKF v oblasti tělesných funkcí zaměřuje pozornost pracovníků na domény intelektuálních funkcí (b117), funkce pozornosti (b140), paměti (b144), mentální funkce řeči (b167), funkce početní (b172), vestibulární funkce (b235), funkce hlasu (b310), artikulace (b320), plynulosti a rytmičnosti řeči (b330), funkce udržování váhy (b530), dále na funkce svalové síly a vytrvalosti (b730 – 740), popř. další funkce. Uvedené funkce byly označovány kvalifikátory vyššího stupně (3,4) nejčastěji, tj. nejčastější problémy v těchto oblastech u osob s MR.

- *DVO č. 3: Na které domény aktivit a participací zaměřuje aplikace MKF pozornost při posuzování stavu občanů s MR?*

Aplikace MKF v oblasti aktivit a participací zaměřuje pozornost pracovníků na domény zjišťující soběstačnost a samostatnost klienta (život v domácnosti: oblékání, sám se umýt, přijímání stravy, příprava pokrmu, nakupování, ekonomická soběstačnost, schopnost číst, psát, počítat, oblast schopnosti řešení problému), oblast komunikace, mluvení, používání dopravy, na mezilidská jednání a vztahy (kapitoly d1-9).

- *DVO č. 4: Jaké osoby do tohoto procesu vstupují? Kdo se podílí na daném způsobu aplikace MKF u lidí s MR?*

Do procesu posuzování a plánování intervence podporující inkluzi vstupuje osoba samotného klienta (posuzovaná osoba) s MR, popř. i jeho rodič, rodina, opatrovník, dále členové multidisciplinárního týmu (odborný lékař, psycholog, zdravotní sestra, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, sociální pracovník), poskytovatelé sociálních služeb (pracovníci zařízení, denních center apod.), pracovníci sociálních úřadů a další osoby. Tuto činnost koordinuje a službami klienta provází klíčový pracovník, ideálně zdravotně sociální pracovník v roli case managera.

- *DVO č. 5: V jakém smyslu je klient do tohoto procesu posuzování dle MKF zapojen sám?*

Klient je aktivním účastníkem procesu posuzování, je brán ohled na jeho individualitu, jedinečnost (viz. případová práce), osobnostní rysy. Klient je sledován při denních aktivitách, posuzuje se jeho stav za posledních 30 dní. Sleduje se také kvalita jeho života. Klient má právo vyjádřit své potřeby a zájmy. Jeho názory jsou respektovány. V případě nutnosti jsou potřeby klienta konzultovány s jeho opatrovníkem, popř. dalšími osobami (např. osobní asistent, pracovník zařízení atd.)

- *DVO č. 6: Jakou váhu měly hlasy jednotlivých členů týmu, který posuzoval osoby s MR?*

Viz. Kap. Výsledky - Popis preference hlasů při přiřazování kvalifikátorů. Nejednotnost přiřazování kvalifikátorů od různých odborností může být problémem ve stanovení adekvátní podpory inkluze občanů s disabilitou.

- *DVO č. 7: Jak členové posuzujícího týmu při daném způsobu aplikace dle MKF prováděli posouzení osob s MR, k čemu je to vedlo v oblasti plánování a v oblasti pomáhající intervence podporující inkluzi?*

Daný způsob aplikace pilotního projektu je popsán v kap. Výsledky 1. části výzkumu. V oblasti plánování a v oblasti pomáhající intervence podporující inkluzi vedl daný způsob aplikace MKF ke komplexní rehabilitační intervenci, k hledání kritérií podporujících inkluzi osob s MR do společnosti (viz. plán inkluze – příloha).



➤ *DVO č. 8: Jak si sociální pracovníci představují posuzování osob s MR v českých podmínkách?*

Na tuto výzkumnou otázku odpovídají výsledky dotazníkového šetření, zaměřené na osoby poskytující služby pro osoby s mentálním postižením. Sociální pracovníci souhlasí ve většině s multidisciplinárním týmem posuzovatelů, vidí to jako ideální stav pro stanovení stupně disability, kterého ovšem nelze v ČR za stávajících podmínek dosáhnout. Navrhují změny, které by měly nastat v legislativě, v odbornosti pracovníků, finančním rozpočtu i ochotě společnosti ke změně.

## 6. ZÁVĚR

Téma posuzování situace osob s disabilitou je aktuální jak v sociální práci, tak v oblasti zdravotní, v oblasti lékařské posudkové služby. K posouzení životní situace osob s disabilitou pilotní projekt této práce využívá dle doporučení Světové zdravotnické organizace Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), která stojí vedle klasifikace MKN-10. v tzv. rodině klasifikací Světové zdravotnické organizace. Propojuje oblast zdravotní a sociální, zaměřuje se na využití reziduálního zdraví, na zachovalou funkční schopnost jedince a využití jeho potenciálních možností v rámci své disabilní situace.

Výsledky výzkumu přinášejí zjištění, jak lze posoudit celkovou zdravotně sociální situaci klientů s mentální retardací. Jde o modelový příklad posouzení podle klasifikace MKF u občanů s mentální retardací, na jehož základě se stanovuje vhodná intervence směřující k inkluzi těchto občanů. Výsledky kvalitativního šetření odpovídají na hlavní výzkumnou otázku, v čem způsob aplikace MKF dle daného pilotního projektu napomáhal a v čem bránil poskytnutí adekvátní podpory psychosociální inkluze. Dále navrhuje tzv. Core set pro osoby s MR, zkrácenou verzi záznamového archu MKF. Upozorňují také na důležitost hodnocení kvality života občanů s mentální retardací i kvality života jejich rodiny v procesu inkluze těchto osob do společnosti.

Způsob aplikace MKF podle daného pilotního projektu napomáhal poskytnutí adekvátní podpory inkluze osob s mentální retardací: 1. v komplexním dotazování se na klientovy potřeby (za využití Checklistu ICF), 2. ve spolupráci interdisciplinárního týmu, 3. v koordinaci procesu posuzování a inkluzivního snažení, 4. v nastavení individuálního plánu inkluze, 5. ve zhodnocení rehabilitačních postupů při práci s klientem, 6. ve spolupráci s rodinou klienta a 7. ve zhodnocení kvality života osoby s MR i kvality života jeho rodiny.

Daný způsob aplikace bránil poskytnutí vhodné podpory inkluze osob s MR v(e): 1. časové náročnosti při posouzení, 2. problematičnosti personálního zajištění při zařazení pro lidi s mentálním postižením, 3. finanční náročnosti, 4. nejednotnosti členů týmu při přiřazování kvalifikátorů, 5. duplicitní činnosti členů týmu při posouzení, 6. nedostatečné možnosti ovlivnění faktorů prostředí klienta a 7. často přítomným hyperprotektivním vlivu rodičů osob s MR.

Výsledky dotazníkového šetření přinášejí informace o názorech sociálních pracovníků na způsob posouzení situace klienta s MR v běžné praxi sociální práce v České

republiky. Respondenti daného šetření se ve většině shodují v názoru, že posouzení by měl provádět multidisciplinární tým odborníků, nikoliv pouze lékař nebo pouze sociální pracovník. Naopak nejsou jednotní v názoru na místo posouzení. Pouze 2% respondentů odpověděla, že posouzení by mělo probíhat na Úřadu práce. Nejvíce respondentů se domnívá, že místem posouzení má být přirozené prostředí klienta, popř. nezávislé specializované pracoviště, kde se posoudí klientova funkční schopnost, jeho aktivity a limity v aktivitách, jeho omezení a příležitosti. Na cestě k dosažení ideálního stavu respondenti dotazníku spatřují problémy ve finanční situaci ČR, v personálním zajištění, politické nevěli nebo v nedostatečné koordinaci celého procesu.

### **6.1 Doporučení pro praxi**

Doporučení pro praktické posuzování situace klienta dle MKF, která vzešla z výzkumného šetření této práce, lze shrnout do následujících bodů:

- Je třeba zavést shodný rámec posuzování zdravotního stavu a postižení podle systému MKF.
- Je nutné definovat obecné standardy, a to jak pro samotnou léčebnou rehabilitaci, tak i pro personální vybavení a věcné a technické zabezpečení provádění této rehabilitace.
- Je třeba, aby se v praxi zabývaly posouzením situace osob s MR multidisciplinární týmy odborníků (ne pouze lékař nebo sociální pracovník, ale také např. speciální pedagog, logoped, ergoterapeut, psycholog aj.).
- V praxi je nutné ujednotit systém používání klasifikace MKF tak, aby všichni členové multidisciplinárního posuzujícího týmu uměli správně přiřadit kvalifikátor, který určuje stupeň disability.
- Pro používání MKF u osob s disabilitou je nutný výklad („návod k použití“), je třeba se zaměřit zejména na úskalí hodnocení (např. doména aktivit a participací, její výkonnost a kapacita; dále na hodnocení domény více osobami najednou, na preferenci hlasů členů týmu apod.)
- Pro zjednodušení a časově méně náročné posuzování je dobré použít zkrácenou verzi (tzv. core set) MKF pro osoby s MR, kde jsou uvedeny domény s nejčastěji se vyskytujícími problémy u osob s touto diagnózou.

- V rámci seznamování se s klasifikací MKF je vhodné proškolit sociální pracovníky, popř. další členy posuzujícího týmu v kódování jednotlivých domén. Vhodná jsou školení na praktickou aplikaci MKF (např. na Klinice rehabilitačního lékařství 1. LF UK v Praze).
- Role sociálního pracovníka – koordinátor týmu, klíčový pracovník v interdisciplinární spolupráci s ostatními odbornými pracovníky (např. lékař, fyzioterapeut, logoped, ergoterapeut, psycholog aj.), sestavuje plán inkluze a navrhuje vhodnou intervenci, která směřuje k adekvátní podpoře inkluze. Vhodné je využití metody sociální práce - case managementu, případového vedení.
- Koordinace celého systému rehabilitace, propojení a spolupráce jednotlivých složek „ucelené“ rehabilitace, zefektivnění úsilí vynakládané v této sféře tak, aby nedocházelo k opožděné realizaci nutných intervenčních zásahů.
- Pro zefektivnění úsilí ve sféře poskytování vhodné podpory inkluze je potřebné:
  - sdílení zdrojů, kontaktů a dovedností;
  - spojení lidí a příslušných subjektů na různých úrovních;
  - předcházení duplicitním činnostem;
  - vytvoření „neformální“ sítě, která může pracovat rychleji než formální instituce;
  - usnadnění orientace lidí ve formálních systémech pomoci;
  - přispění ke vzniku alternativních řešení.
- Inspiraci pro posuzování osob s disabilitou v ČR lze hledat ve švédském nebo německém modelu habilitačních a rehabilitačních center, kde je klient s postižením posouzen týmem odborníků. Na základě tohoto posouzení je klientovi stanoven individuální komplexní rozvojový plán, v němž je navržen rozsah a forma služeb, které jsou tímto centrem ambulantně poskytovány (popř. v terénu) tak, aby byl klient zabezpečen, mohl žít doma, vzdělávat se, pracovat, realizovat se a celkově mohl občansky fungovat. Efekt facilitačních opatření je pro klienta týmově vyhodnocován, velký důraz se klade na spolupráci s klientem, popř. jeho rodinou a samozřejmostí je také respekt ke klientově osobnosti.

- Jako vhodné místo pro posouzení situace klienta s MR se jeví jeho přirozené sociální prostředí.
- Při posouzení situace osob s MR je vhodné hledět na jejich kvalitu života, i na kvalitu života pečující osoby, popř. dalších členů rodiny.
- Sociální pracovník v procesu inkluze by se měl zaměřit na podporu interakcí člověk – prostředí, měl by se zaměřit na vztahy. Hledá zdroje podpory v okolí člověka s MR, pomáhá mu vyjít z pasivity či izolace. Podporuje klienta v jeho samostatnosti.

Klasifikace MKF je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Nejdůležitějším úkolem pro praxi bude v ČR v následujících letech praktická aplikace MKF u jednotlivých diagnóz, používání MKF ve výstupech ze zdravotnických zařízení a od ošetřujících lékařů, pokud u pacienta zjistí stav s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru (tak, jak to vyžaduje Sdělení Českého statistického úřadu, 2009). Stav osob s mentální retardací je stavem trvalého charakteru, tato skupina osob je tedy cílovou skupinou pro posuzování disability. Posouzení dle MKF se bude týkat všech osob s mentálním postižením, zejména pak nově diagnostikovaných případů. Na základě stanoveného stupně disability, stupně omezení v aktivitách a participaci, bude třeba stanovit vhodnou intervenci (ať už léčebnou či sociální apod.), která bude směřovat k adekvátní podpoře inkluze osob s mentální retardací do společnosti. Vhodnou intervenci zvolí tým odborníků, který se na posouzení stavu klienta podílel, popř. intervenci zvolí sociální pracovník na základě podkladů jednotlivých členů posuzujícího týmu (např. výsledky ergoterapeutických šetření, ADL test, výsledky vyšetření odborného lékaře apod.). Sociální pracovník se stává koordinátorem takového týmu, klade důraz na interdisciplinární spolupráci, konzultuje s kolegy – odborníky, vybírá vhodnou metodu pro práci s klientem a sestavuje plán intervence, která povede k podpoře nepříznivého stavu klienta (k podpoře v jeho disabilitě). Intervence má pokud možno co nejvíce odstraňovat bariéry z oblasti faktorů prostředí, má se snažit o co možná největší podporu klienta v jeho soběstačnosti a samostatnosti.

## 7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BARTLETT, H. M. (1973). *The common base of social work practise*. Washington, D. C.: NASW. 224 p. ISBN 0-87101-054-2.
2. BÁRTLOVÁ, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 6., Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
3. BOLDIŠ, P. (2004). Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 – 2; Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.0, 2004. Poslední aktualizace 11. 11. 2004.
4. BRUTHANSOVÁ, D. et al. (2009). Nová klasifikace nemoci a zdraví. In *Česká geriatrická revue*, č. 2, roč. ISSN 1214-0732.
5. CIEZA, A. (2010). *ICF Coreset for Mental Retardation* [online]. 7. června 2010 09:58; [cit. 2011-04-04]. Emailová osobní komunikace.
6. CIEZA, A., CHATTERJI, S., ANDERSEN, C., CANTISTA, P., HERCEG, M., MELVIN, J., STUCKI, G., de BIE, R. (2004). ICF Core Sets for depression. *J Rehab Med* 2004; 44 Suppl: 128-134.
7. *Community based rehabilitation and health care referral services: A guide for programme managers*. Rehabilitation. World Health Organization, 1994.
8. COULSHED, V. (2006). *Social Work Practice*. London: Macmillan. ISBN 0-333-55905-3.
9. ČELEDOVÁ, L. (2008). Celoživotní vzdělávání posudkových lékařů. In *Tempus medicorum*, roč. 17, č. 9. ISSN 1214-7524.
10. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. (2011a). Proč měnit posudkově medicínská kritéria pro posuzování stupně závislosti. In *Praktický lékař*, 91, č. 6, s. 337-340. ISSN: 0032 - 6739.
11. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. (2011b). Nové posuzování stupně závislosti dle principů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. In *Kontakt*, ZSF JU, České Budějovice, 3, s. 308-314. ISSN 1212-4117.
12. ČEVELA, R., ŠVESTKOVÁ, O., ČELEDOVÁ, L. (2009). Funkční hodnocení zdravotního stavu. *Zdravotnictví v České republice*, 12, 3. S. 98-101. ISSN 1213-6050.
13. EKHOLM, J. G. SCHULT, J. ml. et al. (2008). The International Classification of Functioning, Disability and Health environmental factors as facilitators or barriers used in describing personal and social networks: a pilot study of adults with cerebral palsy. In *J Rehabil Res*. Jun; 31(2): pgs.119-129.

14. HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I. (2010). *Inkluzivní vzdělávání*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 987-80-247-3070-7.
15. HAYES, N. (2005). *Psychologie týmové práce*. Vyd. 1., Praha: Portál. ISBN 80-7178-983-6.
16. HENDL, J. (2008). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 2. Praha: Portál 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
17. HENDL, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Vyd. 1. Praha: Portál. 583 s. ISBN 8071788201.
18. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneve: WHO, 2001. 299 pgs. ISBN 92-4-154542-9.
19. *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. Geneve: WHO, 1980. [online] Dostupné na WWW: <<http://www.who.int/classification/icf>>. [cit. 2011-04-13]
20. JELÍNKOVÁ, J. (2008). Máme se bát ICF? In *Informační bulletin České asociace ergoterapeutů*. [online] Dostupné z WWW: <[http://www.ergoterapie.org/files/bulletin\\_01\\_2008.pdf](http://www.ergoterapie.org/files/bulletin_01_2008.pdf)>. [cit. 2011-04-22]
21. JANKOVSKÝ, J. (2007). Možnosti a podmínky mezioborové spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu. In *Sociální práce*, č. 1, s. 97-105. ISSN 1213-6204.
22. JANKOVSKÝ, J. (2001). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Vyd. 1., Praha: TRITON. ISBN 80-7254-192-7.
23. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. (2005). *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU. ISBN 80-7040-826-X.
24. JESENSKÝ, J. (1995). *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha, Univerzita Karlova. ISBN 80-7066-941-1.
25. JOHNOVÁ, M. (2008). Klíčový pracovník. In *Standardy kvality sociálních služeb výkladový slovník pro poskytovatele* [online]. c2008 [cit. 25.11.2011]. Dostupný z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4\\_vykladovy\\_sbornik.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf)>
26. KEARNEY, P. M. et al. (2004). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. In *Journal of Advanced Nursing*. Vol 46, Issue 6, April, pgs. 162-170. ISSN 1365-2648.
27. KOLÁČKOVÁ, J. (2005). *Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými*. In MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367- 002-X.

28. KOZLOVÁ, L. (2005) *Sociální služby*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-662-7.
29. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. (2007). *Sociální služby a příspěvek na péči*. Vyd. 1., Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-405-7.
30. KŘIČKA, J. (2006). Komunitní péče. Case management. In MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
31. KŘIVOHLAVÝ, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Vyd. 1., Praha: Portál. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
32. KUPKOVÁ, J. (2011). Kvalita života a životní cíle rodičů dítěte s mentálním postižením. In *Nové trendy v práci pomáhajících profesí*. Kolektiv autorů. Praha. 288 s. ISBN 978-80-87386-14-9.
33. KUPKOVÁ, J. (2008). *Metody moderní rehabilitace (MKF, case management) v práci s občany s mentálním a kombinovaným postižením*. Interní grant JU. 063/2008 H.
34. KUPKOVÁ, J., HOLCZEROVÁ, V. (2011). Pracovní rehabilitace klientů s mentální retardací v zařízeních sociální péče v České Republice. In *Rehabilitácia 3*. Vol. 48, No. 3. ISSN 0375-0922.
35. KUZNÍKOVÁ, I. et al. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1., Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
36. LANGER, S. (1996). *Mentální retardace*. Vyd. 3., Hradec Králové: Kotva. ISBN 80-900254-8-X.
37. LEONARDI, M. (2007). *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Přednáška na Istituto C. Besta, Milano. 9/2007.
38. LEONARDI, M., MARTINUZZI, A. (2009). ICF and ICF – CY for an innovative holistic approach to persons with chronic conditions. In *Disability and Rehabilitation*, 31. Pgs. 83-87.
39. LEONARDI, M., PISSONI, C., RAGGI, A., AJOVALASIT, D., CATTONI, D. (2005). *Measuring Health and Disability in Europe: Supporting policy development – MHADIE*. Milano: Istituto neurologico C. Besta.
40. LIPPERTOVÁ-GRÚNEROVÁ, M. (2005). *Neurorehabilitace*. Vyd. 1., Praha: Galén. ISBN 80-7262-317-6.
41. MAINI, M, NOCENTINI, U, PREVEDINI, A. et al. (2007). An Italian experience in the ICF implementation in rehabilitation: Preliminary theoretical and practical considerations. [PubMed] In *Disabil Rehabil*. Sep 10; 1-7. PMID: 17852251.



42. MAREŠ, P., SIROVÁTKA, T. *Sociální vyloučení (exkluze) a sociální začleňování (inkluze) – koncepty, diskurs, agenda*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2008, Vol. 44, No. 2: 271–294.
43. MATĚJČEK, Z. (2001). *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Vyd. 3., Jinočany: H&H. 147 s. ISBN 80-86022927.
44. MATĚJČEK, Z. (1992). *Rodičům mentálně postižených dětí*. Praha: H&H. ISBN 80-85467-52-6.
45. MATLASOVÁ, H. (2011). Praktická aplikace mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. In *Kontakt*, XIII/1: 54–65. ZSF JU, České Budějovice. ISSN 1212-4117.
46. MATLASOVÁ, H. (2010). *Praktické využití metody Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví v hodnocení celkové situace (tělesné, psychické, sociální a pracovní) u osob s roztroušenou sklerózou*. Dizertační práce. ZSF JU. České Budějovice. 182 s.
47. MATLASOVÁ, H., KUPKOVÁ, J. (2010). Použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) v České Republice. In *Rehabilitácia*. Vol. 47, No 1. ISSN 0375-0922.
48. MATLASOVÁ, H., KUPKOVÁ, J. (2010). Role sociálního pracovníka v posuzování životní situace osob s disability. In *Sociální práce*, č. 1, s. 98-107. ISSN 1213-6204.
49. MATOUŠEK, O. (2001). *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
50. MATOUŠEK, O. et al. (2003a). *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1., Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
51. MATOUŠEK, O. (2003b). *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
52. MATOUŠEK, O. et al. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
53. McCLIMENS, A. (2003). The Organization of Difference: People with Intellectual Disabilities and the Social Model of Disability. In *American Journal on Mental Retardation*. Vol. 41. No: 1: 35–46. ISSN 0895-8017.
54. MERTIN, V. (1995). *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-033-4.
55. MONATOVÁ, L. (1998). *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno, Paido. ISBN 80-85931-60-5.

56. MUSIL, L. (2004). „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“: *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.
57. MÜLLER, O. (2002). *Lehká mentální retardace v pedagogicko-psychologickém kontextu*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0207-6.
58. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014* schválený usnesením vlády ČR ze dne 29. března 2010 č. 253. Praha, 2010. ISBN 978-80-7440-024-7.
59. NAVRÁTIL, P. (2001). Posouzení a volba teorie In MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
60. NAVRÁTIL, P. (2008). Obtížnost procesu posouzení v pozdně moderní éře. In JANEBOVÁ, R., M. et al. *Posuzování životní situace v sociální práci*. Vyd. 1., Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7041-419-4.
61. NAVRÁTIL, P. (2009). *Reflexivní využití teorie v procesu posouzení. Problémy posouzení životní situace v pozdně moderní éře*. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Brno.
62. NOVOSAD, L. (2009). *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
63. NOVOSAD, L. (2000). *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2., Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.
64. PIPEKOVÁ, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Vyd. 2., Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
65. PFEIFFER, J. (2009). *Využití MKF*. Přednáška na téma: Kvalita života a využití MKF. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity.
66. PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. (2008). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Praha: Grada Publishing, 280 s. ISBN 978 – 80 – 247 – 1587 – 2.
67. REED, K. LEONARDI, M. et al. (2009). Implementing the ICF in a psychiatric rehabilitation setting for People with Serious Mental Illness in the Lombardy region of Italy. In *Disability and Rehabilitation*. 31. S170-S173.
68. *Sdělení Českého statistického úřadu č. 431/2009 Sb.*, o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF).
69. SCHNEIDERT, M., HURST, R., MILLER, J. (2003). The Role of Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In *Disability and Rehabilitation*. Vol. 25, Issue 11-12. Pgs. 588-595. ISSN 0963-8288.

70. SIMEONSSON, R. J., LEONARDI, M., LOLLAR, D. et al. (2003). Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. In *Disability and rehabilitation*. Vol. 25, No. 11-12, pgs. 602-610. ISBN 0963-8288.
71. SLOWÍK, J. (2010). *Komunikace s lidmi s postižením*. Vyd. 1., Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
72. SLOWÍK, J. (2007). *Speciální pedagogika*. Vyd. 1., Praha: Grada Publishing. ISBN 987-80-247-17-3.
73. Standardy kvality sociálních služeb. [online].[cit. 2010-12-20]  
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5962>.
74. STUHLÍK, J. (2002). *Asertivní komunitní léčba a case management, Fokus Books a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*, Praha.
75. STUCKI, G., CIEZA, A., EWERT, T. et al. (2002). Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. In *Disabil Rehabil*, 5, p. 281-282. ISSN 1464-5165.
76. ŠIŠKA, J. (2005). *Mimořádná dospělost*. Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti. Vyd. 1., Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.
77. ŠPRYNAROVÁ, Š. (2006). *Mezioborová spolupráce a ucelená rehabilitace občanů s DMO*. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami. Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. 4. – 15. Března 2006.
78. ŠVARCOVÁ, I. (2006). *Mentální retardace*. Vyd. 3., Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
79. ŠVESTKOVÁ, O. (2009). Rehabilitace a ICF. Praha, Klinika rehabilitačního lékařství. *Přednáška na konferenci*.
80. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y. (2006a). Rehabilitace v České republice. In *Florence: časopis moderního ošetřovatelství*. Roč. II., č. 3, s. 23 – 25. ISSN 1801-464X.
81. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., PFEIFFER, J. (2006b). Mezinárodní konference „Hodnocení zdraví a disability v Evropě“. In *Nemocnice: Informační bulletin všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy*. Praha: STAPRO, s. r. o. MK ČRE 13990.
82. ŠVESTKOVÁ, O., HOSKOVCOVÁ, S. (2010). Nové přístupy k náhledu na občana se zdravotním postižením a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. In *E-psychologie* [online], 4 (4), 27-40 [cit. 2011-04-22]. Dostupný z WWW: <[http://e-psycholog.eu/pdf/svestkova\\_etal.pdf](http://e-psycholog.eu/pdf/svestkova_etal.pdf)>. ISSN 1802-8853.

83. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J. (2009a). Funkční hodnocení (diagnostika) v rehabilitaci. In *Praktický lékař*, roč. 89, č. 5. s. 268-271. ISSN: 0032 - 6739.
84. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J. (2009b). *MKF: Výukový materiál*. Praha: Klinika rehabilitačního lékařství. 63 s.
85. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J. (2010). Posudkové lékařství a jeho účast v rehabilitaci. In *Revizní a posudkové lékařství*, 13, č. 2, s. 43-46. ISSN 1803-6597.
86. ŠVESTKOVÁ, O., PFEIFFER, J., KUPKOVÁ J., MATLASOVÁ, H. (2008). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO jako nástroj moderní rehabilitace. In *Praktický lékař*, ročník 88, číslo 3, s. 161 – 164. ISSN: 0032 - 6739.
87. ŠVESTKOVÁ, O. et al. (2008). *Metodika hodnocení funkčních činností a pracovního potenciálu*. Rozvojové partnerství PENTACOM v rámci projektu Iniciativy Společenství EQUAL „Rehabilitace – aktivace – práce“. 50 s.
88. TOMEŠ, I. (2001). *Sociální politika – teorie a mezinárodní zkušenost*. Vyd. 2., Praha: Sociopress. ISBN 80-86484-00-9.
89. TOMEŠ, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.
90. TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. (1995). *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha: Grada, s. 299. ISBN 80-7196-099-6.
91. ÜSTÜN, T. B., CHATERJI, S., BICKENBACH, J. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: A new tool for Understanding Disability and Health. In *Disability and Rehabilitation*. Vol. 25, Issue 11-12. Pgs. 565-571. ISSN 0963-8288.
92. *ÚZ č. 702 Sociální zabezpečení 2009*. Ostrava: Sagit, 2009.
93. VANČURA, J. (2007). *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Vyd. 1., Brno: Společnost pro odbornou literaturu. ISBN 978-80-87029-14-5.
94. VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.
95. VÁVRA, A. et al. (2005). *Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí.
96. VÍTKOVÁ, M. et al. (2004). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Vyd. 2., Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.
97. VOTAVA, J. et al. (2005). *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 8024607085.

98. VYSOKAJOVÁ, M. (2000). *Hospodářská, sociální a kulturní práva a zdravotně postižení*. Praha, Karolinum. ISBN 80-246-0057-9.
99. WHO (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva.
100. WRIGHT, F.V, L. ROSENBAUM, P., et al. (2008). How do changes in body functions and structures, activity, and participation relate in children with cerebral palsy? In *Developmental Medicine and Child Neurology*. London: Apr. Vol. 50, Iss. 4; pg. 283, 7pgs. ISBN 0012-1622.
101. *Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. 3. 2006, o sociálních službách*.
102. ZEMAN, M. (2010). *ICF – Uživatelská příručka*. [cit. 2010-03-10] Dostupné z: <<http://www.zsf.jcu.cz/Members/zemanm03/Publikace>>.
103. ZEMAN, M. (2010). Using The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for the Evaluation of Patients with Ankylosing Spondylitis. In *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*. Vol. 1, N. 3-4, pp. 200-206. ISSN 1804-1868.

## **8. KLÍČOVÁ SLOVA**

Klasifikace MKF

Disabilita

Zdraví

Mentální retardace

Inkluze

Rehabilitace

## **9. SEZNAM ZKRATEK**

AAK systém – alternativní a augmentativní komunikační soustava

BI – Barthel index

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

DNZS – dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav

DSM-IV. – čtvrtá americká revize Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob

EU – Evropská Unie

FIM – test funkční míry nezávislosti

HKK – horní končetiny

ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps

MHADIE – Measuring Health and Disability in Europe

MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

LPS – lékařská posudková služba

OECD – Organization for Economic Cooperation Development

(Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)

OSSZ – Okresní správa sociálního zabezpečení

PIE – Person in Environment model (teoretický model – osoba v prostředí)

UK – Univerzita Karlova

UNESCO - Organizace Spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

## **10. PŘÍLOHY**

Příloha č. 1: ICF Checklist (Záznamový arch MKF)

Příloha č. 2: Sdělení ČSÚ o zavedení MKF

Příloha č. 3: Nová kritéria pro posuzování stupně závislosti dle klasifikace MKF

Příloha č. 4: Dotazník pro sociální pracovníky

Příloha č. 5: Návrh Core setu pro osoby s diagnózou MR

Příloha č. 6: Příklad individuálního plánu inkluze pro osoby s MR

Příloha č. 7: FIM test použitý při posouzení osob

Příloha č. 8: Barthel index všedních denních činností, pADL, iADL

Příloha č. 9: Pomocný záznamový arch psychologa

Příloha č. 10: Vyšetření úchopů dle Kapandjiho

Příloha č. 11: Fotodokumentace z modelového posuzování osob s MR dle MKF



## 11. SLOVNÍK

**ADL (activity of daily living)** – aktivity denních činností. Činnosti nebo úkoly, které člověk denně provádí, aby si zajistil osobní soběstačnost. Pomocí ADL hodnotí ergoterapeut funkční stav pacientů.

**AAK systém** – alternativní a augmentativní komunikační soustava podporující, nahrazující nebo doplňující (např. obrázky) verbální interakci např. s autisty nebo s osobami mentálně retardovanými nebo řečově postiženými

**Aktivita** - provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem. Aktivita a její **limity** jsou obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit.

**Bariéra** – jeden z problémů znesnadňujících nebo bránících uplatnění zdravotně postižených občanů v jejich zapojení do společenského života. Stavební, dopravní, komunikační, ale i psychologické bariéry omezují nejenom tyto osoby, ale i těhotné ženy, matky s kočárky, staré lidi či osoby, jejichž pohybové schopnosti jsou omezeny pouze dočasně.

**Core set** – rehabilitační protokol pro jednotlivé diagnózy

**Disabilita** – snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami v prostředí.

**Facilitátor** – kladný kvalifikátor faktorů prostředí.

**Faktory prostředí** - vytvářejí fyzické, sociální a postojoyé prostředí, ve kterém lidé žijí.

**Interakce (interaction)** – sociální styk, v jehož rámci dochází k vzájemnému působení lidí tak, že chování jednoho se stává podnětem pro chování druhého; jeho reakce se naopak stává podnětem pro prvního (či dalšího). Zahrnuje jak sociální komunikaci, tak uplatňování vlivu a moci.

**Participace** - zapojení do životní situace. Participace a její **omezení** jsou problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací.

**Poruchy (impairment)** - problémy v tělesných funkcích, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.

**Tělesné funkce** - fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických).

# ICF CHECKLIST

## Verze 2.1a, Klinický formulář

### Pro mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví

*Tento formulář je checklist velkých kategorií Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) Světové zdravotnické organizace. ICF checklist je praktický nástroj k získání a zaznamenání informací o funkčních schopnostech a disability jednotlivce. Tyto informace mohou být sumarizovány pro zaznamenání případu (např. v klinické praxi nebo sociální práci). Checklist může použít zároveň s knižním vydáním ICF v plné nebo kapesní verzi.*

**H 1.** Při kompletování tohoto checklistu užíjte všechny dostupné informace. Prosím zaznamenejte, které byly užity:

**[1] psané záznamy [2] primární respondent [3] jiní informátoři [4] přímé pozorování**

*Pokud nejsou lékařské a diagnostické informace dostupné, je doporučeno zkompletovat appendix 1: stručná informace o zdraví (strana 9 - 10) který může vyplnit respondent.*

**Datum** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Den Měsíc Rok

---

#### A. DEMOGRAFICKÉ INFORMACE

**A.1 JMÉNO** (nepovinné)

Jméno \_\_\_\_\_  
Příjmení \_\_\_\_\_

**A.2 POHLAVÍ**

(1) [ ] žena (2) [ ] muž

**A.3 DATUM NAROZENÍ** \_\_/\_\_/\_\_ (datum/měsíc/rok)

**A.4 ADRESA** (nepovinné)

**A.5 DÉLKA FORMÁLNÍHO VZDĚLÁNÍ** \_\_

**A.6 SOUČASNÝ RODINNÝ STAV:** (označte pouze jedno, které nejvíce odpovídá)

- (1) Nikdy nesezdán [ ] (4) Rozvedený/á [ ]  
(2) V současnosti vdaná/ženatý [ ] (5) Ovdovělý/á [ ]  
(3) Žijící v soužití [ ]

**A.7 SOUČASNÉ ZAMĚSTNÁNÍ** (označte jednu nejlepší volbu)

- (1) Placené zaměstnání [ ] (6) V důchodu [ ]  
(2) OSVČ [ ] (7) Nezaměstnaný (zdravotní důvody) [ ]  
(3) Neplacená práce, jako volontér, charita [ ] (8) Nezaměstnaný (jiné důvody) [ ]  
(4) Student [ ] (9) Jiné [ ]  
(5) V domácnosti [ ] (prosím upřesněte) \_\_\_\_\_

**A.8 LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA** existujících hlavních podmínek zdraví, pokud je možno, zadejte ICD- 10 kód.

1. .... ICD kód: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_  
2. .... ICD kód: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_  
3. .... ICD kód: \_\_. \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

5. A Podmínka zdraví (nemoc, porucha, úraz) xistuje, přestože její diagnóza není známa.

## **PART 1a: IMPAIRMENT TĚLESNÝCH FUNKCÍ**

- Tělesné funkce jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických).
- Poruchy (impairment) jsou problémy v tělesných funkcích, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.

### ***První kvalifikátor: Rozsah impairmentů***

**0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém**

**1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.**

**2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.**

**3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.**

**4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.**

**8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.**

**9 Neaplikované znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód (např. b650 Menstruační funkce pro ženu ve věku pre-menarche nebo post-menopause).**

<b>Krátký seznam tělesných funkcí</b>	<b>Kvalifikátor</b>
<b>b1. MENTÁLNÍ FUNKCE</b>	
<b>b110</b> Funkce vědomí	
<b>b114</b> Orientační funkce ( <i>čas, místo, osoba</i> )	
<b>b117</b> Intelektuální funkce ( <i>včetně retardace, demence</i> )	
<b>b130</b> Funkce energie a řízení	
<b>b134</b> Funkce spánku	
<b>b140</b> Funkce pozornosti	
<b>b144</b> Funkce paměti	
<b>b152</b> Funkce emocionální	
<b>b156</b> Funkce vnímání	
<b>b164</b> Kognitivní funkce vyšších úrovní	
<b>b167</b> Mentální funkce jazyka	
<b>b2. SMYSLOVÉ FUNKCE A BOLEST</b>	
<b>b210</b> Funkce zraku	
<b>b230</b> Funkce sluchu	
<b>b235</b> Vestibulární funkce ( <i>včetně rovnovážných funkcí</i> )	
<b>b280</b> Vnímání bolesti	
<b>b3. FUNKCE HLASU A ŘEČI</b>	
<b>b310</b> Funkce hlasu	
<b>b4. FUNKCE KARDIOVASKULÁRNÍHO, HEMATOLOGICKÉHO, IMUNITNÍHO A RESPIRAČNÍHO SYSTÉMU</b>	
<b>b410</b> Funkce srdce	
<b>b420</b> Funkce krevní tlaku	
<b>b430</b> Funkce hematologického systému ( <i>krev</i> )	
<b>b435</b> Funkce imunitního systému ( <i>alergie, hypersenzitivita</i> )	
<b>b440</b> Funkce dýchání	
<b>b5. FUNKCE ZAŽÍVACÍHO, METABOLICKÉHO A ENDOKRINNÍHO SYSTÉMU</b>	
<b>b515</b> Zaživací funkce	
<b>b525</b> Funkce defekační	
<b>b530</b> Funkce udržování hmotnosti	
<b>b555</b> Funkce endokrinních žláz	
<b>b6. UROGENITÁLNÍ A REPRODUKČNÍ FUNKCE</b>	

b620 Funkce močení	
b640 Sexuální funkce	
<b>b7. FUNKCE NEUROMUSKULOSKELETALNÍ A FUNKCE VZTAHUJÍCÍ SE K POHYBU</b>	
b710 Funkce kloubní hybnosti	
b730 Funkce svalové síly	
b735 Funkce svalového tonu	
b765 Funkce mimovolní hybnosti	
<b>b8. FUNKCE KŮŽE A PŘIDRUŽENÝCH STRUKTUR</b>	
<b>JINÉ TĚLESNÉ FUNKCE</b>	

## Part 1 b: IMPAIRMENT TĚLESNÝCH STRUKTUR

- Tělesné struktury jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti.
- Poruchy (impairment) jsou problémy struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.

<b>První kvalifikátor: Rozsah impairmentu</b>	<b>Druhý kvalifikátor: Druh změny</b>	<b>Třetí kvalifikátor: Lokalizace impairmentu</b>
<p><b>0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém</b></p> <p><b>1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.</b></p> <p><b>2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.</b></p> <p><b>3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.</b></p> <p><b>4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.</b></p> <p><b>8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.</b></p> <p><b>9 Neaplikované znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód (např. b650 Menstruační funkce pro ženu ve věku pre-menarche nebo post-menopause).</b></p>	<p><b>0</b> Není změna ve struktuře</p> <p><b>1</b> Úplné chybění</p> <p><b>2</b> Částečné chybění</p> <p><b>3</b> Přídavná část</p> <p><b>4</b> Aberantní rozměry</p> <p><b>5</b> Discontinuita</p> <p><b>6</b> Odchylná pozice</p> <p><b>7</b> Kvalitativní změny struktury, včetně akumulace tekutiny</p> <p><b>8</b> Nespecifikováno</p> <p><b>9</b> Neaplikovatelné</p>	<p><b>0</b> Více než jedna oblast</p> <p><b>1</b> Vpravo</p> <p><b>2</b> Vlevo</p> <p><b>3</b> Na obou stranách</p> <p><b>4</b> Vpředu</p> <p><b>5</b> Vzadu</p> <p><b>6</b> Proximálně</p> <p><b>7</b> Distálně</p> <p><b>8</b> Nespecifikováno</p> <p><b>9</b> Neaplikovatelné</p>

<b><i>Krátký seznam tělesných struktur</i></b>	<b>První kvalifikátor: <i>Rozsah impairmentu</i></b>	<b>Druhý kvalifikátor: <i>Druh změny</i></b>	<b>Třetí kvalifikátor: <i>Lokalizace impairmentu</i></b>
<b>s1. STRUKTURY NERVOVÉHO SYSTÉMU</b>			
s110 Struktura mozku			
s120 Mícha a přidružené struktury			
<b>s2. OKO, UCHO A PŘÍSLUŠNÉ STRUKTURY</b>			
<b>s3. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE K HLASU A ŘEČI</b>			
<b>s4. STRUKTURY KARDIOVASKULÁRNÍHO, IMUNITNÍHO A RESPIRAČNÍHO SYSTÉMU</b>			
s410 Struktury kardiovaskulárního systému			
s430 Struktury dýchacího systému			
<b>s5. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE K ZAŽÍVÁNÍ, METABOLIZMU A ENDOKRINNÍMU SYSTÉMU</b>			
<b>s6. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE KE GENITÁLNÍMU A REPRODUKČNÍMU SYSTÉMU</b>			
s610 Struktura močového systému			
s630 Struktura reprodukčního systému			
<b>s7. STRUKTURY VZTAHUJÍCÍ SE K POHYBU</b>			
s710 Struktura hlavy a krční krajiny			
s720 Struktura oblasti ramenní			
s730 Struktura horní končetiny ( <i>paže, ruka</i> )			
s740 Struktura oblasti pánevní			
s750 Struktura dolní končetiny			
s760 Struktura trupu			
<b>s8. KŮŽE A K NÍ SE VZTAHUJÍCÍ STRUKTURY</b>			
<b>JINÉ TĚLESNÉ STRUKTURY</b>			

## PART 2: OMEZENÍ AKTIVIT A OMEZENÍ PARTICIPACE

- *Aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem. Participace je zapojení do životní situace.*
- *Aktivita a její limity jsou obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit. Participace a její omezení jsou problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací.*

*Kvalifikátor výkonu popisuje, co a jak člověk dělá ve svém běžném prostředí. Poněvadž prostředí běžně přináší různé souvislosti s danou společenskou situací, výkon označený tímto kvalifikátorem může být chápán jako "účast v dané životní situaci" nebo "prožívaná zkušenost" člověka v daných souvislostech, ve kterých právě žije. Tyto souvislosti obsahují faktory prostředí – všechny aspekty okolního světa fyzického, společenského a postoje společnosti, které mohou být kódovány za použití komponent faktorů prostředí.*

*Kvalifikátor kapacity popisuje schopnost člověka, jak může provádět úkol nebo aktivitu. Tento kvalifikátor zjišťuje nejvyšší možný stupeň funkční schopnosti daného člověka, kterého může v dané domněně a v daném momentě dosáhnout. Kapacita je měřena ve stejném nebo standardním prostředí, které představuje přizpůsobenou schopnost dané osoby. Komponenty faktorů prostředí se mohou použít k popisu vlastností tohoto uniformního, standardního prostředí.*

<b>První kvalifikátor: Výkon</b> Rozsah omezení participace	<b>Druhý kvalifikátor: Kapacita (bez asistence)</b> Rozsah omezení aktivity	
<p><b>0 Žádný impairment znamená, že osoba nemá žádný problém</b></p> <p><b>1 Mírný impairment znamená, že problém je přítomen méně než 25% času, v intenzitě, kterou může osoba tolerovat a který se stal zřídka během posledních 30 dní.</b></p> <p><b>2 Střední impairment znamená takový problém, který je přítomen méně než 50% času v intenzitě, která zasahuje do každodenního života osoby a který se děje občas za posledních 30 dní.</b></p> <p><b>3 Silný impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 50% času, v intenzitě, která částečně rozvrací každodenní život osoby a který se děje často během posledních 30 dní.</b></p> <p><b>4 Kompletní impairment znamená takový problém, který je přítomen více než 95% času, s intenzitou, která totálně rozvrací každodenní život osoby a který se děje každý den v posledních 30 dnech.</b></p> <p><b>8 Nespecifikováno znamená, že je nedostatečná informace ke specifikování síly impairmentu.</b></p> <p><b>9 Neaplikované znamená, že je to nepřiměřené aplikovat jednotlivý kód (např. b650 Menstruační funkce pro ženu ve věku pre-menarche nebo post-menopause).</b></p>		
<b>Krátký seznam A a P domén</b>		
<b>d1. UČENÍ SE A APLIKACE ZNALOSTÍ</b>	<b>Kvalifikátor výkonu</b>	<b>Kvalifikátor kapacity</b>
d110 Pozorování		
d115 Naslouchání		
d140 Učení - čtení		
d145 Učení – psaní		
d150 Učí se počítat		
d175 Řešení problémů		
<b>d2. VŠEOBECNÉ ÚKOLY A POŽADAVKY</b>		
d210 Provádění jednotlivého úkolu		
d220 Provádění mnohočetných úkolů		
<b>d3. KOMUNIKACE</b>		
d310 Komunikace přijímáním mluvených zpráv		
d315 Komunikace přijímáním neverbálních zpráv		
d330 Mluvení		
d335 Vytváření neverbální zprávy		
d350 Konverzace		
<b>d4. POHYBLIVOST</b>		
d430 Zvedání a nošení předmětů		

<b>d440</b> Vyžití ruky k jemným pohybům ( <i>sbírání, uchopení</i> )		
<b>d450</b> Chůze		
<b>d465</b> Pohyb za použití různých zařízení ( <i>kolečkové křeslo, brusle, atd..</i> )		
<b>d470</b> Používání dopravy ( <i>auto, autobus, vlak, letadlo atd..</i> )		
<b>d475</b> Řízení (jízda na kole a motorce, řízení auta atd.)		
<b>d5. PÉČE O SEBE</b>		
<b>d510</b> Sám se umýt ( <i>koupání, sušení, mytí rukou atd.</i> )		
<b>d520</b> Péče o části těla ( <i>čištění zubů, holení, atd.</i> )		
<b>d530</b> Používání toalety		
<b>d540</b> Oblékání		
<b>d550</b> Jídlo		
<b>d560</b> Pití		
<b>d570</b> Péče o své zdraví		
<b>d6. ŽIVOTV DOMÁCNOSTI</b>		
<b>d620</b> Získání nezbytných věcí ( <i>nakupování atd.</i> )		
<b>d630</b> Příprava jídla ( <i>vaření atd.</i> )		
<b>d640</b> Vykonyávání domácích prací ( <i>úklid domu, mytí nádobí, praní, žehlení atd.</i> )		
<b>d660</b> Pomoc druhým		
<b>d7. MEZILIDSKÁ JEDNÁNÍ A VZTAHY</b>		
<b>d710</b> Základní mezilidská jednání		
<b>d720</b> Složitá mezilidská jednání		
<b>d730</b> Jednání s cizími lidmi		
<b>d740</b> Formální společenské vztahy		
<b>d750</b> Neformální společenské vztahy		
<b>d760</b> Rodinné vztahy		
<b>d770</b> Intimní vztahy		
<b>d8. HLAVNÍ OBLASTI ŽIVOTA</b>		
<b>d810</b> Neformální výchova		
<b>d820</b> Školní výchova		
<b>d830</b> Vyšší vzdělání		
<b>d850</b> Placené zaměstnání		
<b>d860</b> Základní ekonomické operace		
<b>d870</b> Ekonomická soběstačnost		
<b>d9. ŽIVOT KOMUNITNÍ, SOCIÁLNÍ A OBČANSKÝ</b>		
<b>d910</b> Život v komunitě		
<b>d920</b> Rekreace a volný čas		
<b>d930</b> Náboženství a duchovní život		
<b>d940</b> Lidská práva		
<b>d950</b> Politický život a občanství		
<b>NĚJAKÁ JINÁ AKTIVITA A PARTICIPACE</b>		

## PART 3: FAKTORY PROSTŘEDÍ

- *Faktory prostředí vytvářejí fyzické, sociální a postojové prostředí, ve kterém lidé žijí.*

**Kvalifikátory v environmentu:** 0 Nejsou bariéry

**Bariéry nebo facilitátory**

1 Mírné bariéry

2 Střední bariéry

3 Silné bariéry

4 Kompletní bariéry

8 bariéry, nespecifikováno

9 bariéry, neaplikovatelné

0 Není facilitátor

+1 Mírný facilitátor

+2 Střední facilitátor

+3 Podstatný facilitátor

+4 Kompletní facilitátor

+8 facilitátor, nespecifikováno

+9 facilitátor, neaplikovatelný

<b>Krátký seznam environmentu</b>	<b>Kvalifikátor Bariéra nebo facilitátor</b>
<b>e1. PRODUKTY A TECHNOLOGIE</b>	
e110 Produkty nebo látka k osobnímu požívání (jídlo, léky)	
e115 Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e120 Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku	
e125 Produkty a technologie pro komunikaci	
e150 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	
e155 Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie budov pro soukromé užití	
<b>e2. PŘÍRODNÍ PROSTŘEDÍ A ČLOVĚKEM ZPŮSOBENÉ ZMĚNY V PROSTŘEDÍ</b>	
e225 Podnebí	
e240 Světlo	
e250 Zvuky	
<b>e3. PODPORA A VZTAHY</b>	
e310 Nejbližší rodina	
e320 Přátelé	
e325 Známí, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství	
e330 Osoby v pozicích autorit	
e340 Pečovatelé a osobní asistenti	
e355 Zdravotničtí profesionálové	
e360 Ostatní profesionálové	
<b>e4. POSTOJE</b>	
e410 Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny	
e420 Jednotlivé postoje přátel	
e440 Individuální postoje pečujících osob	
e450 Individuální postoje zdravotnických profesionálů	
e455 Osobní postoje jiných odborníků	
e460 Postoje společnosti	
e465 Sociální normy, praxe a ideologie	
<b>E5. SLUŽBY, SYSTÉMY A PRINCIPY ŘÍZENÍ</b>	
e525 Služby, systémy a principy řízení bydlení	
e535 Služby, systémy a pravidla řízení komunikace	
e540 Služby, systémy a principy řízení dopravy	
e550 Právní služby, systémy a principy řízení	
e570 Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení	
e575 Služby, systémy a principy řízení obecné sociální podpory	
e580 Zdravotnické systémy a principy řízení	
e585 Výchova a výchovkové služby, systémy a principy řízení	
e590 Služby, systémy a principy řízení zaměstnanosti	
<b>NĚJAKÉ JINÉ FAKTORY PROSTŘEDÍ</b>	



## **Příloha č. 2: Sdělení ČSÚ o zavedení MKF**

### **431/2009 Sb. SDĚLENÍ**

**Českého statistického úřadu**  
ze dne 18. listopadu 2009

#### **o zavedení Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF)**

Český statistický úřad ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů, zavádí s účinností od 1. července 2010 Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen "klasifikace MKF").

Klasifikace MKF (v anglickém originále International Classification of Functioning, Disability and Health -ICF) je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni.

Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.

Klasifikaci MKF je povinen používat každý ošetřující lékař (zdravotnické zařízení), pokud u pacienta zjistí zdravotní stav (diagnózu) s určitým stupněm disability, která bude dlouhodobého nebo trvalého charakteru. Příslušné klasifikační kódy dle klasifikace MKF musí být uvedeny ve zdravotnické dokumentaci pacienta a zároveň musí být součástí propouštěcí zprávy ze zdravotnického zařízení u všech pacientů, kteří jsou disabilní. Další náležitosti a podrobnosti použití klasifikace MKF určují metodické pokyny pro jednotlivé agendy a práce, kde je tato klasifikace požadována.

Platné znění klasifikace MKF bude k dispozici v knižní podobě v nakladatelství Grada Publishing, a. s., U Průhonu 22, Praha 7 a v elektronické podobě na internetových stránkách Ministerstva zdravotnictví ([www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz)) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)).

1. místopředseda Českého statistického úřadu  
pověřen zastupováním předsedy Českého statistického úřadu:  
Ing. Křovák, CSc. v. r.

### Příloha č. 3: Nová kritéria pro posuzování stupně závislosti dle klasifikace MKF

Tabulka 1 Agregace 36 úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti do 10 životních potřeb s promítnutím do MKF

Základní životní potřeba	Současné úkony dle § 9 zákona o sociálních službách		Klasifikace MKF
	péče o vlastní osobu	soběstačnost	aktivace/participace
<b>mobilita/pohyblivost</b>	h) vstávání, ukládání, změna poloh i) sezení j) stání k) přemísťování věcí l) chůze po rovině m) chůze po schodech		kap. 4 pohyblivost např. d 450 chůze, d 460, d 410
<b>orientace</b>	p) orientace v přirozeném prostředí	b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí	kap. 1 učení se a aplikace znalosti např. kódy d 110–129
<b>komunikace</b>		a) komunikace slovní, písemná, neverbální	kap. 3 komunikace d 310–360
<b>stravování</b>	a) příprava stravy b) porcování stravy c) přijímání stravy, dodežování pitného režimu		kap. 5 péče o sebe, jídlo a pití d 550–560
<b>oblékání a obouvání</b>	n) výběr oblečení o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání		kap. 5 péče o sebe d 540
<b>tělesná hygiena</b>	d) mytí těla e) koupání nebo sprchování f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení		kap. 5 péče o sebe d 510–520
<b>výkon fyziologické potřeby</b>	g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny		kap. 5 péče o sebe d 530
<b>péče o zdraví</b>	q) provedení si jednoduchého ošetření r) dodržování léčebného režimu		kap. 5 péče o sebe d 570, kap. 2 všeobecné úkony a požadavky např. d 230
<b>osobní aktivity</b>		d) obstarávání osobních záležitostí e) uspořádání času, plánování života f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku	kap. 8 hlavní oblasti života např. d 810–820, kap. 9 život komunitní, sociální a občanský např. d 910–920
<b>péče o domácnost</b>		c) nakládání s penězi g) nakupování h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla i) mytí nádobí j) běžný úklid v domácnosti k) péče o prádlo l) přepírání drobného prádla m) péče o lůžko n) obsluha běžných domácích spotřebičů o) manipulace s kohouty, vypínači p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří q) udržování pořádku v domácnosti r) další jednoduché úkony v domácnosti	kap. 6 život v domácnosti např. d 630–640

## **Příloha č. 4: Dotazník pro sociální pracovníky**

**Vážené kolegyně, vážení kolegové,**

jmenuji se Jana Šulová a jsem studentkou doktorského studijního programu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci výzkumného šetření pro disertační práci se již několik let zabývám hodnocením situace osob s mentálním postižením pomocí klasifikace MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví). Ráda bych se Vás jako kolegů ze sociální praxe optala na některé otázky týkající se práce s lidmi s mentálním postižením, na vaše představy a názory týkající se hodnocení osob s postižením a na otázky týkající se inkluze těchto osob do společnosti. Dotazník je anonymní, bude využit pro výzkumné účely.

Prosím tedy o Vaši pozornost a Váš čas pro zodpovězení následujících 19 otázek. Dotazník je určen primárně pro sociální pracovníky. Prosím o případné přeposlání kolegům z Vaší organizace, kteří s osobami s mentálním postižením rovněž pracují.

Dotazník prosím vyplňte na odkaze: <http://dotaznik.sonus.cz/>

Po vyplnění odpovědí (on-line) stačí kliknout na tlačítko ODESLAT a data budou odeslána ke zpracování.

Velmi děkuji za Vaši ochotu a Váš čas!

Mgr. Jana Šulová  
Zdravotně sociální fakulta JU, České Budějovice

### **DOTAZNÍK**

- 1. Vaše pohlaví:**
  - a. muž
  - b. žena
  
- 2. Věk:**
  - a. 18 – 30 let
  - b. 31 – 50 let
  - c. nad 50 let
  
- 3. Vaše pracovní pozice ve vztahu k cílové skupině osob s mentálním postižením (dále jen MP) je:**
  - a. sociální pracovník
  - b. speciální pedagog
  - c. zdravotnický pracovník

- d. pracovník v sociálních službách
- e. jiná pozice: .....

**4. Jakou formu poskytování sociální služby nabízíte osobám s MP?**

- a. terénní
- b. ambulantní
- c. pobytové
- d. jiná možnost: .....

**5. Kraj, ve kterém se nachází vámi nabízená sociální služba:**

- a. Hlavní město Praha
- b. Jihočeský
- c. Jihomoravský
- d. Karlovarský
- e. Královéhradecký
- f. Liberecký
- g. Moravskoslezský
- h. Olomoucký
- i. Pardubický
- j. Plzeňský
- k. Středočeský
- l. Ústecký
- m. Vysočina
- n. Zlínský

**6. Jaký druh sociálních služeb nabízíte osobám s MP?**

- a. centrum denních služeb
- b. denní stacionář
- c. domov pro osoby se zdravotním postižením
- d. domov pro seniory
- e. domov se zvláštním režimem
- f. dům na půl cesty
- g. chráněné bydlení
- h. kontaktní centrum
- i. krizová pomoc
- j. nízkoprahové denní centrum
- k. odlehčovací služby
- l. osobní asistence
- m. pečovatelská služba
- n. podpora samostatného bydlení
- o. raná péče
- p. sociálně aktivizační služba pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- q. sociálně terapeutické dílny
- r. odborné sociální poradenství
- s. sociální rehabilitace
- t. terénní programy
- u. týdenní stacionáře
- v. jiný druh: .....

**7. Kolik zaměstnanců ve vaší organizaci pracuje s osobami s MP?**

- a. pouze jeden

- b. 1 až 5
- c. 6 až 9
- d. 10 a více

**8. Jak často se účastníte společenských aktivit s osobami s MR?**

- a. Neúčastním se
- b. Maximálně jednou do měsíce
- c. Vícekrát do měsíce
- d. Jiná možnost: .....

**9. Byli jste v rámci svého zaměstnání seznámeni s klasifikací MKF (Mezinárodní klasifikace funkční schopnosti, disability a zdraví)?**

- a. ano
- b. ne

**10. Pokud jste se o klasifikaci MKF již něco dozvěděli, bylo to ze zdrojů:**

- a. internet
- b. z přednášky ve škole
- c. od kamaráda/dky
- d. z odborné publikace
- e. od vedení Vašeho pracoviště
- f. jiný zdroj: .....

**11. Myslíte si, že posouzení celkové životní (tělesné, psychické, sociální, pracovní) situace osob s mentálním postižením by měl provádět:  
(KDO by měl posouzení provádět?)**

- a. výhradně lékař
- b. pouze sociální pracovník
- c. lékař a sociální pracovník (jinak nikdo jiný)
- d. tým složený z odborníků různých oblastí (lékař, soc. pracovník, speciální pedagog, logoped, psycholog apod.)
- e. jiná možnost: .....

**12. Je podle Vás v ČR reálné, aby situaci osob s mentálním postižením posuzoval celý tým odborníků v rehabilitačním centru při nemocnici či v jiném diagnostickém zařízení?**

- a. Ano, za podmínky: .....
- b. Ne, protože: .....

**13. Kde by měl podle Vás multidisciplinární tým působit?**

(KDE by měl posoudit celkovou situaci osoby s MP – jeho funkční schopnost, aktivitu, soběstačnost, kvalitu života)?

- a. Úřad práce
- b. ČSSZ
- c. Psychiatrické pracoviště při zdravotnickém zařízení

- d. Rehabilitační pracoviště při zdravotnickém zařízení
- e. Obecní úřad, sociální odbor
- f. Při ústavním zařízení (zařízení pro lidi s mentálním postižením)
- g. Jiné pracoviště: .....

**14. KDO by podle Vás měl být „koordinátorem“ multidisciplinárního týmu, který hodnotí situaci osob s mentálním postižením (koordinátor zapisuje, shromažďuje dokumentaci, komunikuje mezi členy týmu, vyžaduje potřebné podklady k hodnocení)?**

- a. Lékař
  - aa. Psychiatr
  - ab. Rehabilitační lékař
  - ac. Jiná odbornost: .....
- b. ergoterapeut
- c. fyzioterapeut
- d. sociální pracovník
- e. jiná osoba:.....

**15. Jakou roli by měl podle Vás mít sociální pracovník v týmu pro posuzování osob s mentálním postižením (tým, kde je lékař, sociální pracovník, logoped, ergoterapeut, psycholog, popř. speciální pedagog)?**

- a. role pozorovatele
- b. role hodnotitele sociální situace uživatele a kvality jeho života, a zároveň role koordinátora celého týmu
- c. role hodnotitele, který zhodnotí pouze sociální situaci uživatele a kvalitu jeho života
- d. jiná role: .....

**16. Jaká definice podle vás nejlépe vystihuje pojem „INKLUZE“ ?**

- a. začlenění osob s postižením do společnosti tak, že se menšina účastní aktivit většinové společnosti
- b. účastnění se menšiny na aktivitách většinové společnosti za pomoci osobního asistenta
- c. rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí) majority a minority, tedy úplné začlenění, aniž by existovaly bariéry (předsudky apod.) v nás samých

**17. Myslíte si, že lze dosáhnout úplného začlenění osob s mentální retardací do společnosti v ČR tak, aby ve většinové společnosti neexistovaly předsudky o těchto lidech?**

- a. Ano, za podmínek: .....
- b. Ne, protože: .....
- c. nevím
- d. jiná možnost:.....

**18. Co je podle Vás především potřeba udělat v ČR pro úplné začlenění osob s mentální retardací do většinové společnosti?**

- a. zlepšit hodnocení jejich celkové situace (zhodnotit jejich funkční schopnost, aktivity a soběstačnost, zhodnotit jejich podílení se na společenských aktivitách, zhodnotit faktory prostředí)
- b. zlepšit informovanost veřejnosti o situaci osob s mentálním postižením v ČR
- c. odstranit bariéry v nás samých (ve většinové společnosti) a zaměřit se na podporu interakcí (člověk s postižením – prostředí, ve kterém žije)
- d. zvýšit peněžité dávky sociální podpory
- e. jiná možnost:.....

**19. Jakou roli hraje podle Vás sociální pracovník v procesu inkluze (úplného začleňování) osob s mentálním postižením do společnosti?**

- a. nehraje žádnou roli, záleží jen na společnosti samotné, jak osoby s postižením přijímá
- b. záleží na samotných lidech s MP, jak jsou ochotni se podílet na životě společnosti
- c. měl by vstupovat do interakcí (člověk – prostředí), měl by se zaměřit na vztahy
- d. sociální pracovník by měl zajistit především materiální pomoc, popř. peněžitou pomoc pro osoby s postižením
- e. jiná možnost: .....

**ODESLAT**

**Děkuji za trpělivost při vypracování Vašich odpovědí☺**

**Příloha č. 5: Návrh Core setu pro osoby s diagnózou MR**

**CORE SET PRO OSOBY S MENTÁLNÍ RETARDACÍ**

Zkrácený seznam ICF Checklist

<b><i>Krátký seznam tělesných funkcí</i></b>		<b><i>Kvalifikátor</i></b>
<b>b114</b> Orientační funkce ( <i>čas, místo, osoba</i> )		
<b>b117</b> Intelektuální funkce ( <i>včetně retardace, demence</i> )		
<b>b140</b> Funkce pozornosti		
<b>b144</b> Funkce paměti		
<b>b152</b> Funkce emocionální		
<b>b156</b> Funkce vnímání		
<b>b164</b> Kognitivní funkce vyšších úrovní		
<b>b167</b> Mentální funkce jazyka		
<b>b210</b> Funkce zraku		
<b>b230</b> Funkce sluchu		
<b>b235</b> Vestibulární funkce ( <i>včetně rovnovážných funkcí</i> )		
<b>b310</b> Funkce hlasu		
<b>b320</b> Artikulační funkce		
<b>b530</b> Funkce udržování hmotnosti		
<b>b730</b> Funkce svalové síly		
<b>b735</b> Funkce svalového tonu		
<b>b765</b> Funkce mimovolní hybnosti		
<b>JINÉ TĚLESNÉ FUNKCE</b>		
<b><i>Krátký seznam domén Aktivit a Participace</i></b>	<b><i>Kvalifikátor výkonu</i></b>	<b><i>Kvalifikátor kapacity</i></b>
<b>d1. UČENÍ SE A APLIKACE ZNALOSTÍ</b>		
<b>d140</b> Učení - čtení		
<b>d145</b> Učení – psaní		
<b>d150</b> Učí se počítat		
<b>d175</b> Řešení problémů		
<b>d210</b> Provádění jednotlivého úkolu		
<b>d220</b> Provádění mnohočetných úkolů		
<b>d3. KOMUNIKACE</b>		
<b>d310</b> Komunikace přijímáním mluvených zpráv		
<b>d315</b> Komunikace přijímáním neverbálních zpráv		
<b>d330</b> Mluvení		
<b>d350</b> Konverzace		
<b>d4. POHYBLIVOST</b>		
<b>d430</b> Zvedání a nošení předmětů		
<b>d440</b> Využití ruky k jemným pohybům ( <i>sbírání, uchopení</i> )		
<b>d450</b> Chůze		
<b>d465</b> Pohyb za použití různých zařízení ( <i>kolečkové křeslo, atd..</i> )		
<b>d470</b> Používání dopravy ( <i>auto, autobus, vlak, letadlo atd..</i> )		
<b>d5. PÉČE O SEBE</b>		
<b>d510</b> Sám se umýt ( <i>koupání, sušení, mytí rukou atd.</i> )		
<b>d530</b> Používání toalety		
<b>d540</b> Oblékání		
<b>d550</b> Jídlo		



d560	Pití		
d570	Péče o své zdraví		
<b>d6. ŽIVOTV DOMÁCNOSTI</b>			
d620	Získání nezbytných věcí ( <i>nakupování atd.</i> )		
d630	Příprava jídla ( <i>vaření atd.</i> )		
d640	Vykonávání domácích prací ( <i>úklid, mytí nádobí, praní, žehlení..</i> )		
d660	Pomoc druhým		
<b>d7. MEZILIDSKÁ JEDNÁNÍ A VZTAHY</b>			
d710	Základní mezilidská jednání		
d730	Jednání s cizími lidmi		
d760	Rodinné vztahy		
d770	Intimní vztahy		
<b>d8. HLAVNÍ OBLASTI ŽIVOTA</b>			
d810	Neformální výchova		
d820	Školní výchova		
d850	Placené zaměstnání		
d860	Základní ekonomické operace		
<b>d9. ŽIVOT KOMUNITNÍ, SOCIÁLNÍ A OBČANSKÝ</b>			
d910	Život v komunitě		
d920	Rekreace a volný čas		
<b>NĚJAKÁ JINÁ AKTIVITA A PARTICIPACE</b>			

<b><i>Krátký seznam Faktorů prostředí</i></b>	<b><i>Kvalifikátor Bariéra nebo facilitátor</i></b>	
e110	Produkty nebo látka k osobnímu požívání (jídlo, léky)	
e115	Produkty a technologie k osobnímu použití v denním životě	
e120	Produkty a technologie pro osobní pohyblivost v bytě i venku	
e125	Produkty a technologie pro komunikaci	
e150	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie pro veřejné použití	
e155	Vzhled, konstrukce a stavební produkty a technologie budov pro soukromé užití	
e310	Nejbližší rodina	
e320	Přátelé	
e325	Známi, kamarádi, kolegové, sousedé a členové společenství	
e340	Pečovatelé a osobní asistenti	
e355	Zdravotničtí profesionálové	
e360	Ostatní profesionálové	
e410	Jednotlivé postoje členů nejbližší rodiny	
e420	Jednotlivé postoje přátel	
e440	Individuální postoje pečujících osob	
e450	Individuální postoje zdravotnických profesionálů	
e455	Osobní postoje jiných odborníků	
e460	Postoje společnosti	
e525	Služby, systémy a principy řízení bydlení	
e535	Služby, systémy a pravidla řízení komunikace	
e540	Služby, systémy a principy řízení dopravy	
e570	Služby sociálního zabezpečení, systémy a principy řízení	
e580	Zdravotnické systémy a principy řízení	
e590	Služby, systémy a principy řízení zaměstnanosti	
<b>NĚJAKÉ JINÉ FAKTORY PROSTŘEDÍ</b>		

## **Příloha č. 6: Příklad individuálního plánu inkluze pro klienta s MR**

### **Individuální plán inkluze**

#### **Klient č. 10: Johana**

##### **Současná situace:**

Johana má dětskou mozkovou obrnu, pravostrannou hemiparézu. Léky žádné neužívá, chodí na logopedii. Chodila sice do školy, ale nenaučila se číst, řeč je velice špatně srozumitelná až nesrozumitelná. V ústavu je během týdne, na víkend je doma. Podle sdělení matky si dovede pustit televizi, pokud je doma, tak pomáhá v jednoduchých činnostech. Ovládá i mobilní telefon, ale matka se jí bojí někam pustit samotnou a vždy jí doprovází. Johanka má plný invalidní důchod a ze zákona o sociálních službách pobírá dávku 2. stupně příspěvku na péči. Od mala používá invalidní vozík. Obtížně manipuluje s vozíkem, plave, jezdí na tříkolce, v domě leze po čtyřech, o berlích ujde špatně 5 metrů, do 18-ti let byla v Arpidě, bylo to dobré, teď je to horší, jemná motorika horší, celkově svalová síla a hybnost 3-4.

**U klientky byly provedeny tyto testy:** FIM test (Funkční míra nezávislosti), Barthel index základních sebeobslužných dovedností (BI pADL), Barthel index rozšířených aktivit všedního dne (BI iADL), Testování úchopů dle Kapanjiho.

Klientka je částečně soběstačná v pADL, potřebuje mít pokrájenou stravu pro samostatné jedení, mírnou dopomoc při osobní hygieně, koupání, oblékání, použití WC a dohled při přesunech. Lokomoce samostatná v bezbariérovém prostředí na vozíku v interiéru, na krátké vzdálenosti schopná využít i formu lezení po čtyřech končetinách, je schopna krátkého statického stoje s oporou HKK. V pADL využívá pouze madel pro přesuny na vozík, jinými kompenzačními pomůckami nebyli vybaveni. V pADL se projevuje zhoršená funkce obou HKK, výrazně na LHK pro spasticitu, její snížené zapojování do aktivit, využití spíše pro fixační funkci. FIM – 4,44 ze 7, BI pADL – 60 ze 100. V oblasti iADL je klientka plně závislá na dopomoci svého okolí, tato oblast zatím nebyla rozvíjena i vzhledem k nedostatečně uzpůsobenému domácímu prostředí. BI iADL – 0 z 80. Z vyšetření úchopů vyplývá minimální až středně silné omezení úchopů a jemné motoriky na PHK, silné omezením neprovede na LHK drobných bidigitálních a pluridigitálních úchopů.

##### **Cíl sjednaný s klientem:**

Klientka samostatně jezdí na kole, v areálu Empatie, do konce roku 2009 (dosud jezdila jen na tříkolce).

##### **Konkrétní kroky, potřeba podpory, asistence (kdo, co do kdy):**

1. Klíčový pracovník (dále jen KP) zkontaktuje rodinu a seznámí s plánem. Rodina zabezpečí vhodné oblečení a obuv do konce června 2009.
2. KP seznámí s tříkolkou, absolvuje 2-3 jízdy do konce června 2009.
3. KP seznámí s kolem, s riziky a zajistí přídatná kolečka do 15.6.2009.
4. KP osloví asistenta, aby učil Johanku nasedání na kolo, jízdu po rovině, zatáčení vlevo, vpravo – 2x týdně do 30.6.2009.
5. KP zajistí, aby klientka absolvovala nácvik poznávání dopravních značek, údržba kola a sundání přídatných koleček do konce července 2009.

**Překážky, obavy, rizika:**

nevhodné oblečení, riskantní jízda (pád, nabourání), předjíždění, propíchnutí duše, nedostatečná kontrola kola.

**Doporučení pro rozvoj v oblasti aktivit a participací (oblast „d“):**

**Rozvoj soběstačnosti:** maximalizovat míru soběstačnosti v pADL – na dohled a instrukci s maximálním možným využitím kompenzačních pomůcek pro ADL a úpravy oděvu, rozvoj iADL v domácím prostředí, úprava domácího prostředí – zpřístupnění všech místností na vozíku a zpřístupnění všech potřebných ploch pro aktivity p,iADL (police, skříně, kuchyně), rozvoj volnočasových aktivit ke zlepšení funkce HKK.

**Rozvoj komunikace:** V oblasti komunikace jsou potíže především v oblasti artikulace (dyslalie). Je schopna ve čtení slabikovat, nevnímá text. Vážne analýza a syntéza slova – není schopna po sobě čtené, které odhláskovala, zopakovat jako celá slova. Vzhledem k velmi špatně srozumitelné řeči hledat možnosti AKK (alternativního komunikačního systému), např. pomocí obrázků, gest apod. Logoped doporučuje zapojení do individuální logopedické terapie.

**Doporučení pro rozvoj v oblasti tělesných funkcí (oblast „b“):**

**Rozvoj pohybových funkcí:** Pravidelné cvičení s fyzioterapeutem. Nácvik statického stoje s oporou HKK, postupně dle možností i bez opory. LHK uvolňovat spasticitu. Maximálně se snažit trénovat dynamickou stabilizaci ve stoji i chůzi, senzomotorika (míče, válcové úseče, čocky apod., v rámci možností), zkusit spirální dynamiku, určitě vzhledem k mentální úrovni formou nápodoby, hrou.

**Rozvoj artikulace:** Cvičení artikulace. Funkce hlasu není omezena. Pokračovat v docházení k logopedovi.

**Doporučení pro změny v oblasti faktorů prostředí (oblast „e“):**

Zlepšit vybavení kompenzačními pomůckami v bytě a uzpůsobit domácí prostředí tak, aby se klientka mohla pohybovat s vozíkem v bezbariérovém interiéru. Klientka používá pouze madel pro přesun na vozík. Je plně závislá na dopomoci svého okolí, po úpravě interiéru může být závislá pouze částečně. Doména e150: bariéra vchodů do budov, výtahy, schody – zohlednit v oblasti komunitního plánování. Doména e540: Dopravní služby, principy řízení – bariérovost dopravních prostředků (viz. doporučení Národního plánu vládního výboru do roku 2014). Nácvik jízdy na kole.

Příloha č. 7: FIM test použitý při posouzení osob s MR

10

FUNKČNÍ MÍRA NEZÁVISLOSTI  
FIM  
Nemocnice České Budějovice

JMÉNO: ..... R.Č.: 1982 ..... Dg.: .....  
Přijeli na REO: ..... Počátek nemoci: .....  
Číslo chorobopisu: .....  
B1(vstupní): ..... B1(výstupní): .....

U R O V E Ň	7	Úplná nezávislost	NEVYŽADUJE ASISTENCI
	6	Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)	
	5	Supervize (dohled)	VYŽADUJE ASISTENCI
	4	Minimální asistence (klient=75%+)	
	3	Mírná asistence (klient=50%+)	
2	Maximální závislost (klient=25%+)		
1	Celková závislost (klient=0%+)		

Datum					
<b>OSOBNÍ HYGIENA</b>					
A. Příjem jídla	5				
B. Osobní hygiena	4				
C. Koupání	3				
D. Oblékání horní pol.těla	4				
E. Oblékání dolní pol.těla	4				
F. Pozvání WC.	4				
<b>KONTROLA SFINKTERŮ</b>					
G. Kontrola močení, část I.	5				
část II.					
H. Kontrola vyprazdňování I.	7				
část II.					
<b>PŘESUNY</b>					
I. Postel, židlo, vozík	5				
J. Toalota	5				
K. Vana, sprchový kout	5				
<b>LOKOMOCE</b>					
L. Chůze/jízda na vozíku	6				
M. Schody	5				
	62				
<b>KOMUNIKACE</b>					
N. Rozumění	6				
O. Exprese (vyjadřování)	3				
<b>SOCIÁLNÍ SCHOPNOSTI</b>					
R. Sociální interakce	4				
Q. Řešení problémů	2				
R. Paměť	3				
	10				
CELKOVĚ FIM	80	464			
VYŠETŘOVÁL:	Václav				

**Příloha č. 8: Barthel index všedních denních činností, pADL, iADL**

**Barthelův test základních všedních činností**

činnost	provedení činnosti	bodové skóre	datum hodnocení
1. najedení napítí	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0	5
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0	5
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0	5
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomoci neprovede	5 0	5
5. kontinence moci	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0	5
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní inkontinentní	10 5 0	10
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0	5
8. přesun na lůžko - židli	samostatně bez pomoci s mladou pomoci vydrží sedět	10 5 0	10
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomoci 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0	5
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0	5
<b>Celkové hodnocení</b>			<b>60</b>

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

- 0 - 40 bodů vysoký stupeň závislosti
- 45 - 60 bodů střední stupeň závislosti
- 65 - 95 bodů lehký stupeň závislosti
- 100 bodů nezávislý

Vyšetření provedl(a):

*M. K.*

**Barthelův index  
Instrumentální ADL**

Činnost	Úroveň schopnosti	Body	Datum vyš.
1. Jízda dopravním prostředkem.	- zcela samostatně - s pomoci nebo s doprovodem druhé osoby - neschopen, pouze aktuální transport	10b. 5b. 0b.	0
2. Nákup potravin	- zcela samostatně - s pomoci druhé osoby - neschopen	10b. 5b. 0b.	0
3. Uvaření	- samostatně celé jídlo - sám si jido ohřel - neschopen	10b. 5b. 0b.	0
4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vyfiení podlahy, upálení postele atd.)	- samostatně bez asistence - s pomoci druhé osoby - neschopen	10b. 5b. 0b.	0
5. Vyprání osobního prádla	- zvládne samostatně - s pomoci druhé osoby - neschopen	10b. 5b. 0b.	0
6. Telefonování	- samostatně vyhledá čísla v tel. seznamu - potřebuje asistenci při vyfienění nebo vyhledání čísla - neschopen	10b. 5b. 0b.	0
7. Užívání léků	- samostatně správně léky v určenou dobu - pomocí léky, jsou-li připraveny nebo je-li lucrozolát - vysadíje dohled druhé osoby nebo neschopen užívat bez asistence	10b. 5b. 0b.	0
8. Oděstání prádla na postě	- schopen samostatně - asistenci druhé osoby - neschopen	10b. 5b. 0b.	0
<b>Celkové skóre :</b>			<b>0</b>

Hodnocení:  
 > 0 - 40 bodů závislý na iADL  
 > 41 - 75 bodů částečně závislý na iADL  
 > 76 bodů a více nezávislý

/Závěrem hodnocení uveďte celkový počet iADL položek, které nezávisle samostatně z těchto šestí: doprava, prostředky, nákup, domácnost (věcné vaření a praní), telefon, léky, finance/

Závěr:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Příloha č. 9: Pomocný záznamový arch psychologa

## ZÁZNAMOVÝ ARCH

Jméno a příjmení:

Věk: 27

Bydliště (město): Hručová

Funkce orientace (b114): 0

### Kognitivní funkce

#### ZÁKLADNÍ ORIENTACE

1. naučení řešení - pacijent číj

2. jít

3. x

#### OBRÁZKY

Obr 1: ✓

Obr 2: X

Obr 3: neprobí kousky, nřgaly klak, kousky na neurč.

#### KOSTKY

Řešení problému (d175)

✓ s pomocí 3x oběma

Provádět jednotlivý úkol (d210) 1

Čas

#### MATRICE

Řešení problému (d175)

81-41 8V-61

Provádět jednotlivý úkol (d210)

Čas

## ODČÍTÁNÍ

100 93 86 79 72 65 58 51 44 37 30 23 16  
9 2

Paměť (b144)	0
Pozornost (b140)	0
Počítání (d150)	3
Čas	

Funkce emocionální (b152):	0
Funkce vnímání (b156):	0
Spánek (b134):	spán. do brž 0
Intelektuální funkce (b117):	1
Funkce energie a tempa (b130):	1
Vyšší kognitivní funkce (b164):	1
Provádění mnohočetných úkolů (d220):	2



# Příloha č. 10: Vyšetření úchopů dle Kapandjiho

## DYNAMICKÝ ÚCHOP

LHK		PHK	LHK		PHK
218	lusknutí	10	218	střelit pecku	10
	zapalovač	10		rozprašovač	
	úchop složitý, nůžky			tlak	
	datum			datum	

LHK - první tři úchopy jako pracovní a 1P2 jako 11P.  
 PHK - druhá až třetí manipulace a poslední 110 a 110

PHK - druhá až třetí manipulace a poslední 110 a 110

## Testování úchopů dle Kapandjiho

Jméno a příjmení: .....  
 Pz: .....  
 Stupně hodnocení: .....  
 SSO .....  
 SO .....  
 N .....  
 RE: 112  
 Dominantní ruka: .....  
 SSO středně silné úmazení  
 SO silně úmazení  
 N neupravené

**1. PRSTY**

LHK	Bidigitální	PHK	LHK	Pluridigitální	PHK
110	prstový	110	110	úchopový	110
110	mančový	110	110	špetka 3	110
110	čtyřprstový / bez palce	110	110	špetka 5	110
110	náčkový	110	110	háček	110
110	klíčový	110	110	datum	110

**2. PALMÁRNÍ / POMOCÍ DŮŇAŽÍ**

LHK	PHK	LHK	PHK
110	110	110	110
110	úchop váleč, ruky	110	úchop koule

110 a 110  
 110 a 110  
 110 a 110

**Příloha č. 11:** Fotodokumentace z modelového posuzování osob s MR dle MKF

***Posuzování výkonu a kapacity ergoterapeutem***



*Zdroj: vlastní foto, 2009*

***Posuzování funkční schopnosti lékařem***



*Zdroj: vlastní foto, 2010*



***Posuzování aktivit a faktorů prostředí zdravotní sestrou a sociálním pracovníkem***



*Zdroj: vlastní foto, 2010*

***Porada členů multidisciplinárního týmu nad přiřazováním kvalifikátorů dle MKF za účasti posudkového lékaře OSSZ***



*Zdroj: vlastní foto, 2009*

*Canisterapie – doprovodný program posuzování dle MKF*



..



*Zdroj: vlastní foto, 2009*