

Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví



Studijní obor: Ergoterapie

Pavλίna Hlaváčková

Možnosti ergoterapie

v chráněném bydlení u osob s mentálním a duševním onemocněním

Possibilities of occupational therapy in sheltered housing for people
with mental disability and psychiatric disorders

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Praha, rok 2022

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí bakalářské práce, paní Mgr. Janě Pluhařikové Pomajzlové za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky a podněty při tvorbě mé práce. Poděkování patří také všem respondentům, kteří vyplnili dotazníkové šetření. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, přátelům a příteli, kteří mi byli při celém studiu velkou podporou.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité literární zdroje. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 25. 11. 2022

Pavλίna Hlaváčková

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

HLAVÁČKOVÁ, Pavlína. *Možnosti ergoterapie v chráněném bydlení o osob s mentálním a duševním onemocněním. [Possibilities of occupational therapy in sheltered housing for people with mental disability and psychiatric disorders]*. Praha, 2022. 88s, 1 příloha. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Jana Pluhaříková Pomajzlová.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno, příjmení: Pavlína Hlaváčková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Název bakalářské práce: Možnosti ergoterapie v chráněném bydlení u osoby s mentálním a duševním onemocněním

Abstrakt bakalářské práce:

Bakalářská práce se věnuje mapování a možnostem ergoterapie v sociální službě chráněného bydlení pro osoby s mentální postihem a duševním onemocněním.

Tato problematika osob s mentálním postižením a duševním onemocněním je detailně popsána v teoretické části. Jsou představeny některé problémové oblasti těchto skupin a také možná ergoterapeutická intervence. Je zde řešena také aktuálně probíhající reforma psychiatrické péče, která má přinést zlepšení psychiatrické péče a deinstitucionalizaci. Společným tématem osob s mentálním a duševním onemocněním je také jejich stigmatizace a přehlížení společností. Nakonec je zde představena služba chráněného bydlení především pro výše zmíněné skupiny.

Praktická část se zabývá výsledky dotazníkového šetření, které mapovalo ergoterapii v chráněných bydleních pro osoby s mentálním a duševním onemocněním v České republice. Na základě těchto výsledků, nastudované literatury a získané praxe je vytvořen návrh možností pro ergoterapeutické intervence v chráněných bydleních.

Klíčová slova: chráněné bydlení, mentální postižení, duševní onemocnění, ergoterapie, mentální retardace

BACHELOR THESIS ABSTRACT

Name, Surname: Pavlína Hlaváčková

Supervisor: Mgr. Jana Pluhaříková Pomajzlová

Title: Possibilities of occupational therapy in sheltered housing for people with mental disability and psychiatric disorders

Abstract:

The bachelor thesis focuses on the mapping and possibilities of occupational therapy in the social service of sheltered housing for people with mental disabilities and mental illnesses.

Such issues of mentally ill or intellectually disabled people are described in detail in the theoretical part. Some problem areas of these groups are presented as well as potential of occupational therapy interventions. The current reform of psychiatric care, which is supposed to bring about an improvement of psychiatric care and deinstitutionalization, is being addressed. Stigmatisation and overlooking by society is also a common theme of people with mental and psychiatric illnesses. Finally, a sheltered housing service is presented, especially for the above-mentioned groups.

The practical part deals with the results of a questionnaire survey that was mapping occupational therapy in sheltered housing for people with mental and psychiatric illness in the Czech Republic. On the basis of these results, the studied literature and the acquired practice, a proposal of possibilities for occupational therapy interventions in sheltered housing is developed.

Key words: sheltered housing, mental illness, psychiatric disorder, mental disability, intellectual disability, occupational therapy

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis

OBSAH

1	ÚVOD	1
	TEORETICKÁ ČÁST	2
2	MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	2
2.1	Vymezení pojmů	2
2.2	Etiologie	4
2.3	Vzdělávání osob s mentálním postižením	4
2.3.1	Předškolní období.....	5
2.3.2	Školní období	5
2.4	Pracovní začlenění osob s mentálním postižením	7
2.4.1	Podporované zaměstnání.....	7
2.4.2	Chráněné zaměstnávání.....	8
2.4.3	Pracovní rehabilitace	8
2.5	Soběstačnost osob s mentálním postižením	9
2.6	Vztahy a sexualita osob s mentálním postižením.....	10
2.6.1	Partnerské vztahy a založení rodiny.....	11
2.7	Ergoterapeutická intervence u osob s mentálním postižením	12
3	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	15
3.1	Zdraví a nemoc	15
3.1.1	Duševní hygiena.....	15
3.2	Historie a vývoj psychiatrické péče.....	16
3.2.1	Historie v České republice	17
3.3	Systém péče o lidi s duševním onemocněním.....	17
3.3.1	Lůžková péče.....	18
3.3.2	Ambulantní péče	19
3.3.3	Intermediární péče.....	19
3.3.4	Reforma psychiatrické péče v ČR.....	21

3.4	Klasifikace duševních nemocí	22
3.5	Stigmatizace duševního onemocnění	24
3.6	Zotavení	25
3.7	Pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním	26
3.7.1	Podporované zaměstnání	26
3.7.2	Přechodné zaměstnávání	27
3.7.3	Job klub	27
3.8	Ergoterapeutická intervence u osob s duševním onemocněním	28
4	SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	30
4.1	Vývoj systému sociálních služeb v České republice	30
4.2	Sociální služby	31
4.2.1	Sociální poradenství	32
4.2.2	Služby sociální prevence	32
4.2.3	Služby sociální péče	33
4.2.4	Sociální rehabilitace	33
4.3	Chráněné bydlení	34
4.3.1	Ergoterapie v chráněném bydlení	36
4.3.2	Architektura	36
4.3.3	Chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením	37
4.3.4	Chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním	38
	PRAKTICKÁ ČÁST	40
5	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	41
5.1	Hlavní cíl šetření	41
5.2	Metodologie	42
5.3	Výsledky šetření	42
5.3.1	První část	42
5.3.2	Druhá část	49

5.3.3	Shrnutí výsledků dotazníkového šetření	55
6	ERGOTERAPIE V CHRÁNĚNÝCH BYDLENÍCH.....	56
6.1	Dílčí cíl.....	56
6.2	Intervence	56
7	DISKUZE	63
8	ZÁVĚR	68
9	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
10	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	78
11	SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	79
11.1	Seznam grafů.....	79
11.2	Seznam obrázků	79
11.3	Seznam tabulek.....	79
12	PŘÍLOHY.....	80
12.1	Příloha č. 1: Možnosti využití ergoterapie v chráněném bydlení.....	80

1 ÚVOD

Duševní onemocnění je v České republice druhá nejčastější příčina poskytnutí invalidního důchodu (Česká správa sociálního zabezpečení, 2021). Do této skupiny se řadí jedinci s různými psychiatrickými diagnózami a také osoby s mentálním postižením. Osoby s mentálním a duševním onemocněním často potřebují dlouhodobou podporu, aby mohli vést samostatný život ve svém přirozeném prostředí. Z tohoto důvodu by se měl ergoterapeut stát nepostradatelnou součástí multidisciplinárního týmu v péči o tyto osoby. I z důvodu celosvětově stoupajícího čísla osob s duševním onemocněním Americká asociace ergoterapeutů (AOTA, 2021) uvedla, že právě duševní zdraví je hlavní oblastí zaměření ve 21. století.

Tato práce se zabývá mapováním a možnostmi ergoterapie v chráněném bydlení pro osoby s mentálním a duševním onemocněním. Chráněné bydlení je sociální služba komunitního typu, která poskytuje jedincům domov, možnost rozvíjet jejich samostatnost a život v komunitním prostředí. Sociální služby, které poskytují komunitní péči jsou dnes velmi důležité, a to i z důvodu probíhající reformy psychiatrické péče, jejímž cílem je větší rozmanitost a dostupnost služeb, které zajišťují naplňování potřeb lidí s vážným duševním onemocněním. Tato reforma se také snaží o deinstitucionalizaci péče a to znamená, že je potřeba posílit péči komunitní, aby lidé propuštění z dlouhodobé hospitalizace nezůstali bez pomoci, kterou potřebují.

Hlavním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života a zvyšovat tak jejich kvalitu života. Těchto cílů dosahují zapojením jedince do pracovních, zájmových a rekreačních činností a podporují jeho schopnosti a dovednosti (WFOT, 2012). Filozofie ergoterapie se také shoduje se základními principy zotavení, které se využívá při léčbě duševních onemocnění (AOTA, 2016). Nejčastějším problémem osob s mentálním i duševním onemocněním je stigmatizace, sociální vyloučení ze společnosti či problém s pracovním uplatněním. Ergoterapie v komunitních službách se proto může zabývat různými oblastmi života jedince a ke každému přistupovat podle jejich individuálních potřeb.

Téma ergoterapie, chráněného bydlení a komunitní péče není v České republice příliš rozšířeno. Nyní je možnost ukázat jejich důležitost, i právě díky reformě psychiatrické péče. Avšak například na osoby s mentálním postižením se v této reformě příliš nemyslelo. Přestože často potřebují celoživotní péče či pomoc.

TEORETICKÁ ČÁST

2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení (retardace) je vývojová porucha, která postihuje všechny složky osobnosti. Lidé s mentálním postižením se musí již od dětství potýkat s nejrůznějšími problémy a nedostatky. Často může být mentální postiženo sdruženo s dalšími onemocněními, ať už fyzickými či psychickými.

2.1 Vymezení pojmů

V oblasti zdravotnictví je pojem mentální postižení ztotožňován s pojmem mentální retardace (Valenta a kol., 2018). „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to jsou poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.*“ (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, 2022) Podle MKN-10 také rozlišujeme stupně mentální retardace podle hodnoty IQ a schopnosti adaptability jedince.

- Lehká mentální retardace (IQ je mezi 50 až 69)
- Střední mentální retardace (IQ dosahuje hodnot 35 až 49)
- Těžká mentální retardace (IQ je v pásmu 20 až 34)
- Hluboká mentální retardace (IQ dosahuje nejvýše 20)
- Jiná mentální retardace
- Neurčená mentální retardace (MKN-10, 2022)

Vágnerová (2014) a Pipeková (2010) charakterizují a popisují tyto stupně následovně.

Lehká mentální retardace:

U jedinců mohou být přítomny různé vady řeči. Často mají malou slovní zásobu. Vznikají obtíže při výuce ve škole (slabší paměť, neschopnost abstraktního a logického myšlení). Může se projevovat nedostatečná zvědavost a vynalézavost. V oblasti emocionální se manifestuje impulsivnost, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. V dospělosti jsou tyto osoby často zařazeny do pracovního procesu, udržují sociální vztahy a přispívají k životu ve společnosti.

Střední mentální retardace:

U jedinců se vyskytuje opoždění rozvoje myšlení a řeči, které přetrvává až do dospělosti. Častý je také výskyt autismu, tělesných a dalších neurologických potíží. Jedinec může dosáhnou přiměřené komunikace (jednoduché věty a slovní spojení, chudá slovní zásoba) nebo komunikovat pouze nonverbálně. Objevuje se zde také emocionální labilita a časté nepřiměřené afektivní reakce. Dokáže se učit mechanicky na praktické úrovni. Je schopný zvládnout běžné návyky například v sebeobsluze nebo základní dovednosti v pracovních úkonech. Jedinec je schopen jednoduchého pracovního zařazení, nejčastěji pod dohledem nebo v chráněném prostředí. Bude potřebovat jistou míru trvalé podpory.

Těžká mentální retardace:

Jedinec dokáže chápat základní souvislosti a vztahy. Není pravidlem, že se naučí komunikovat pomocí řeči. Často jsou přítomny somatické vady a příznaky celkového poškození centrální nervové soustavy. Dochází k nestálosti nálad, poruchám pozornosti, a omezení psychických procesů. U jedinců je také patrná pohybová neobratnost. Tyto osoby zvládají pouze základní úkony sebeobsluhy a chápou některé pokyny a příkazy. Je zde nutná vysoká míra podpory.

Hluboká mentální retardace:

U jedince se téměř nerozvíjí poznávací schopnosti. Často je přidružen atypický autismus. Dochází také k postižení sluchu a zraku. Postižení je doprovázeno výrazným omezením celkového pohybu. Tento stav způsobuje nesamostatnost, je nutná pomoc ve všech činnostech. U těchto osob také častěji dochází k sebepoškozování.

V sociálních službách byl ještě do nedávné doby pojem mentální postižení širší a zastřešující. Zahrnoval nejen osoby s mentální retardací ale také osoby v hraničním pásmu mentální retardace (Valenta a kol., 2018). To byly nejčastěji děti, které měli problémy s učením a byli pomalejší než jejich vrstevníci. Dnes používáme výraz osoby s oslabením kognitivního výkonu (Valenta a kol., 2018). V posledních letech je velmi uznává definice podle Americké asociace pro mentální a vývojové postižení, která tvrdí, že mentální postižení neboli *intellectual disability* je stav charakterizován významnými omezeními v oblasti intelektuálních funkcí i adaptivního chování, který vznikl během vývojového období jedince. Tímto obdobím rozumíme život osoby do 22. roku věku (American association on intellectual and developmental disabilities, 2022).

Terminologie se neustále vyvíjí a mění. Starší pojmenování se stávají hanlivými a urážlivými (Valenta a kol., 2018). Důležité je tyto osoby nenálepkovat názvem či diagnózou. Nyní se často používá označení osoby s mentálním postižením, osoby s disabilitou. Zde jsou totiž na prvním místě lidé a jejich osobnost, schopnosti a dovednosti a až sekundárně je zde uvedena jejich nemoc, omezení, disabilita. Takové označení je použito i v této práci.

2.2 Etiologie

Etiologie mentálního postižení je velmi rozmanitá a komplikovaná, stejně jako symptomatologie (Valenta a kol., 2018). Navíc většinou nemůžeme za původce označit pouze jednu příčinu. Téměř vždy je to kombinace několika vlivů, které často není snadné odhalit (Černá, 2015). Příčiny můžeme různě dělit. Podle časového hlediska na prenatální, perinatální a postnatální. Prenatální faktory působí na plod před jeho narozením. Patří sem například působení záření a toxických látek, nemoci a úrazy matky nebo také špatná životospráva matky během těhotenství. Perinatální příčiny vznikají při porodu a ihned po něm. Nejčastěji je to hypoxie plodu, nízká porodní váha či nedonošenost. Postnatální faktory působí v průběhu života dítěte. Patří sem infekce, krvácení do mozku, úrazy hlavy a špatná výživa (Pipeková, 2010). Další dělení příčin vzniku mentální retardace může být na endogenní (vnitřní) a exogenní (vnější). Významnou roli hrají také genetické faktory. Důležité je také neopomenout sociální faktory, které se prolínají společně s těmi biologickými. Ty se mohou podílet na vzniku mentální retardace, ale následně také mohou ovlivňovat vývoj postižení, a to jak kladně, tak i záporně (Černá, 2015).

2.3 Vzdělávání osob s mentálním postižením

V České republice je nastaven návazný systém vzdělávání pro osoby s mentálním postižením. Legislativně je vzdělávání upraveno Zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, Zákonem č. 563/2004 Sb., pedagogických pracovních, Vyhláškou č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů a také Vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (Stejskalová, 2022). Velkou roli při poradenství a diagnostice hrají speciálně-pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny (Valenta a kol., 2018).

2.3.1 Předškolní období

Podle Švarcové (2006) je předškolní věk důležitý pro tvorbu osobnosti jedince a dochází zde k velkému rozvoji psychických a fyzických dovedností. Probíhá zde také rozkvět sociálních a emočních schopností. Vzdělávání dětí s mentálním postižením probíhá v mateřských školách, speciálních třídách mateřských škol nebo ve speciálních mateřských školách (Černá, 2015). V běžných mateřských školách je dítě začleněno do kolektivu a dochází k takzvané inkluzi a sociálnímu rozvoji dítěte s postižením (Švarcová, 2006). Jednotlivci mohou mít vytvořen individuální vzdělávací plán. Je včas nutné pracovat na podpoře a uspokojování potřeb dítěte. Mateřská škola speciální má kromě formativní funkce, kterou má běžná mateřská škola, ještě funkci diagnostickou, reedukační, kompenzační a rehabilitační. Navíc zde dochází například k rozvoji postižených funkcí, hlavně kognitivních (Valenta a kol., 2018). Výhodou je také menší počet dětí ve skupině, proškolený personál či speciálně upravené prostředí (Švarcová, 2006). Ve speciálních mateřských školách můžeme často vidět léčebné či podpůrné prvky pro děti jako například snoezelen, canisterapii, muzikoterapii, vodoléčbu, hipoterapii, individuální i skupinová cvičení s využitím nejrůznějších rehabilitačních metod (bazální stimulace, Klappovo lezení, metoda PNF, metoda Bobath konceptu, PANat dlahy, motomed a další) či logopedickou péči.

2.3.2 Školní období

Terminologie ve školním systému pro děti se speciálními potřebami může působit složitě a chaoticky. Je to způsobeno změnou zákonů a vyhlášek a tím i změnami v označení jednotlivých institucí. V práci je uvedeno pouze základní přehled školních organizací pro děti s mentálním postižením. Při vzdělávání dětí se speciálními potřebami velice záleží na jejich schopnostech a dovednostech a cíle jsou individuální. U pedagogů je důležité, aby byli ve výkladu konkrétní, kombinovali verbální pokyny společně s obrázky nebo praktickou ukázkou. Velice důležitá je také okamžitá zpětná vazba (Černá, 2015).

Dítě s lehkým mentálním postižením může nastoupit na Základní školu mezi ostatní děti s individuálním vzdělávacím plánem, nebo může nastoupit na Základní školu pro žáky s mentálním postižením. Tato škola se dříve označovala jako základní škola praktická. Ta se od běžné základní školy moc neliší. Je také rozdělena na první (1. – 5. ročník) a druhý (6. – 9. ročník) stupeň. Žáci se vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího plánu pro základní vzdělávání. Rozdílem je hodnocení výsledků žáků, které se vyjadřuje klasifikačním stupněm,

slovním hodnocením nebo kombinací obou. Dalším rozdílem jsou předměty speciálně-pedagogické péče, kam patří například znakový jazyk, prostorová orientace či zdravotní tělesná výchova (Valenta a kol., 2018). Děti zde mají předměty jako Český jazyk, Matematika a její aplikace, Člověk a příroda, Člověk a svět práce a další. Žáci se zde učí také pěstitelské práce a chovatelství, příprava pokrmů, práce s technickými materiály či provoz a údržba domácnosti (Švarcová, 2006).

Děti, které se nemohou vzdělávat v běžných Základních školách ani v Základních školách pro žáky s mentálním postižením, ale jsou schopné si osvojit elementární vzdělání, jsou vzdělávány v Základních školách speciálních (Valenta a kol., 2018). Zde se již výuka a systém odlišuje. Žáci se zde učí pracovním, komunikačním a motorickým dovednostem a budování si návyků pro sebeobsahu, aby mohli snížit míru dopomoci, kterou potřebují (Švarcová, 2006). Třídy mají malý počet žáků, a proto je možný silně individuální přístup a vyučovací hodiny jsou rozděleny na více jednotek. Jedinci zde nemohou získat základní vzdělání, ale pouze základy vzdělání (Valenta a kol., 2018).

Po ukončení Základní školy pro žáky s mentálním postižením mohou absolventi pokračovat na Střední odborné učiliště, Odborné učiliště nebo Praktickou školu s jednoletou či dvouletou přípravou. Jedinci, kteří ukončili Základní školu speciální mohou pokračovat na Praktickou školu s jednoletou přípravou (Valenta a kol., 2018). Praktická škola s jednoletou přípravou pokračuje ve vzdělávání v základních činnostech běžného života, přípravou na rodinný život a na zaměstnání v chráněných pracovištích. Studenti zde mohou také učit ručním pracím, jednoduchých manuálních dovednostem nebo první pomoci. V Praktické škole s dvouletou přípravou dochází k prohlubování vědomostí a praktických dovedností. Studenti se zde připravují na dospělý život a také na jednoduché praktické práce (Švarcová, 2006). Absolvování Praktické školy dvouleté může být také předpokladem pro absolvování dalšího středního vzdělání. Mezi Odborným učilištěm a Středním odborným učilištěm neexistují podstatné rozdíly (Valenta a kol., 2018). Odborná učiliště mohou být dvouletá nebo tříletá a student po jejich absolvování získá výuční list a je plně způsoben k výkonu práce ve svém oboru. Nabídka oborů je poměrně široká. Studenti si mohou vybírat například z oborů Stravovací a ubytovací služby, Strojírenské práce, Zahradnické práce, cukrářské práce, Malířské a natěračské práce, Prodavačské práce, Zednické práce, Pečovatelské práce, Zámečnické práce, truhlářské práce a další.

2.4 Pracovní začlenění osob s mentálním postižením

„Práce je určující substancí lidského života.“ (Černá, 2015) Pracovní začlenění poskytuje pro člověka hned několik důležitých hodnot. Některé jsou stejné pro osoby s mentálním postižením, jako pro ostatní jedince. Jiné mohou být pro člověka s postižením ještě důležitější. Tyto hodnoty můžeme také vyjádřit jako význam práce (Černá, 2015). Pipeková (2010) i Černá (2015) je shrnují následovně:

- Zaměstnání poskytuje všem jedincům jistou míru ekonomické jistoty a nezávislosti.
- Umožňuje nám seberealizace a sebeurčení a ovlivňuje sebeurčení každého z nás.
- Být zaměstnán také zlepšuje společenský status. U osob s mentálním postižením toto platí především. Pokud je totiž jedinec s mentálním postižením zaměstnán, pozitivně to ovlivňuje pohled veřejnosti.
- Práce také přispívá ke zvýšení soběstačnosti o sob s postižením. Pokud má člověk placené zaměstnání, má mnohem větší pravděpodobnost osamostatnit se.
- Při výkonu práce také dochází k rozvoji schopností a dovedností a lidé neustále učí novým věcem.
- Pokud člověk dochází do zaměstnání dochází také k socializaci a tréninku komunikace.

Nejllepší možností je, pokud jedinec s postižením může pracovat na otevřeném trhu práce. Tuto možnost se snaží podporovat i stát pomocí odměn zaměstnavatelům osob s disabilitou, anebo naopak finančním postihem, pokud firmy nechtějí pracovní místa pro osoby se znevýhodněním zřizovat. Zaměstnavatelé mají však často obavy z předsudků a případných složitostí při práci s jedincem s disabilitou. Proto velká část raději odvede finanční pokutu státu a dále se tématem nezabývá (Slowík, 2016). Proto vznikají nové modely a možnosti pro osoby se zdravotním postižením, aby se mohli na trhu práce uplatnit a naplnit tak své potřeby.

2.4.1 Podporované zaměstnání

Podporované zaměstnání se složkou pracovní rehabilitace, na kterou má nárok každý občan se zdravotním znevýhodněním. Tato služba je zajišťována krajskými pobočkami úřadu práce (Slowík, 2016). Služba podporovaného zaměstnání má omezenou dobu trvání a je poskytnuta klientům, kteří získají místo na otevřeném trhu práce (Sládková, 2021). Individuální podpora je poskytována přímo na pracovišti, a to jak zaměstnanci se znevýhodněním, tak

zaměstnavateli (Černá, 2015). Služba zahrnuje například poradenství, pracovní asistenci a pomoc při jednání s úřady pro klienta a pomoc s úpravou pracovního místa a náplně práce, přijetí jedince do kolektivu a pomoc při sepsání pracovní smlouvy pro zaměstnavatele (Pipeková, 2010). Klient této služby má přiděleného pracovního konzultanta (Slowík, 2016). V ČR postupně vznikaly a stále vznikají neziskové organizace, které tuto službu nabízí (Sládková, 2021). Podporované zaměstnávání vzniklo na principu poskytování nejen pracovního zácvičku, ale také souhry dovedností, zájmů a potřeb pracovníka a zaměstnavatele. Výhodou také je, že se jedinec s postižením zacvičuje přímo na pracovišti a dochází k jednodušší socializaci s ostatními spolupracovníky (Černá, 2015).

2.4.2 Chráněné zaměstnávání

Tento způsob práce využívají spíše osoby s těžším mentálním postižením. Jedná se o chráněné pracovní místo, které je zřízeno přímo pro daného jedince zaměstnavatelem po dohodě s úřadem práce. Pracovní místo musí být vytvořeno minimálně na dobu tří let (Sládková, 2021). Zaměstnavatel, který vytváří taková místa může od státu čerpat různé výhody. Tato služba vznikla jako náhrada k chráněným dílnám, které podle české legislativy již neexistují. Na rozdíl od chráněných dílen, kde byli lidé izolováni a dostávali symbolickou odměnu za práci a nebyli příliš rozvíjené jejich pracovní schopnosti, chráněné pracovní místo, by mělo vznikat v běžném pracovním prostředí (Slowík, 2016). Takové místo je vhodné z důvodu bezkonkurenčního prostředí a zároveň dává možnost seberealizace, rozvoji schopností a socializaci.

2.4.3 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace není přímým modelem zaměstnávání osob s disabilitou, ale úzce s uplatněním jedince na trhu práce souvisí. Je zaměřena na přípravu, získání a udržení pracovního místa pro osoby se zdravotním postižením (Sládková, 2021). Pracovní rehabilitace je zakotvena v Zákoně č. 435/2004Sb. o zaměstnanosti a pro jednotlivce je zřizována příslušnou krajskou pobočnou úřadu práce. Tato služba může klientům poskytnout poradenskou činnost (mezi kterou patří například i ergodiagnostika, motivační programy nebo job cluby), teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání, rekvalifikační kurzy, zprostředkování, udržení a změnu pracovního místa, vytváření vhodných podmínek pro práci (Černá, 2015). S klientem se v rámci této služby sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace, který schvaluje odborná pracovní skupina. Součástí individuálního plánu pracovní rehabilitace je cíl rehabilitace, formy

rehabilitace, časový průběh a hodnocení účinnosti pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace navazuje na předpracovní rehabilitace (Sládková, 2021)

2.5 Soběstačnost osob s mentálním postižením

Soběstačnost můžeme vyjádřit jako schopnost jedince samostatně uspokojovat své základní potřeby. Soběstačná osoba by měla zvládat všechny všední denní činnosti (ADL), plnit své sociální role a zapojit se do plnohodnotného života. Je také významným kritériem pro kvalitu života (Klusoňová, 2011). Omezení v samostatnosti vede k závislosti na druhé osobě.

U osob s mentálním postižením může být soběstačnost narušena a tím se může snižovat kvalita života, a naopak zvyšovat závislost na pečující osobě nebo službách, které péči poskytují. Tato skupina je však široká a záleží na různých faktorech, jak moc bude daný jedinec soběstačný. Například hyperprotektivní rodina může způsobit vyšší míru závislosti jedince (Valenta a kol., 2018). Ten totiž nemá možnost se činnosti naučit provádět samostatně, protože pečující je dělájí za něj, a to často i přestože by jedinec činnosti zvládl vykonat. Osoby s lehkým mentálním a středně těžkým postižením často nemají problém při vykonávání personálních ADL (například oblékání, hygiena, sebesycení, kontinence a další). Pouze je vykonávají v pomalejším tempu (Valenta a kol., 2018). V oblasti instrumentálních ADL (nakupování, transport, vaření, péče o druhé, finance, užívání léků a další), již mohou nastávat problémy. Je to však individuální a tréninkem se jedinci často naučí nakupovat, starat se o domácnost, vařit či jezdit hromadnou dopravou. Může tak být plně soběstačný ve všech denních činnostech, pouze s občasnou konzultací druhé osoby. Společně mohou zhodnotit, zda je něco s čím si jedinec neví rady a zkontrolovat, zda je vše v pořádku. Větší potíže mohou nastat při plnění sociálních rolí nebo také během volnočasových aktivitách, kde je u lidí s mentálním postižením obvykle nutná jistá míra podpory. U osob se středním nebo středně těžkým postižením je zpravidla nutný dohled a dopomoc při výkonu některých ADL po celý život (Valenta a kol., 2018). Často se objevují velké rozdíly v soběstačnosti také kvůli různým přidruženým onemocněním jako například epilepsie, psychické a neurologické problémy (Švarcová, 2006). V tomto případě je nutné rozlišit důvod omezení. Zda je na vině mentální postižení či přidružený motorický problém (Valenta a kol., 2018). U jedinců s těžkým postižením je patrná větší závislost. Potřebují dopomoc verbální či fyzickou převážně ve všech činnostech. Osoby s hlubokým mentálním postižením jsou nejčastěji imobilní, inkontinentní a mají problémy se sebesycením. Jsou odkázáni na péči druhé osoby (Valenta a kol., 2018). Projevují pocity libosti

a nelibosti, bolesti, nepohody a někdy projevují radost. Tyto osoby mají kombinované postižení tělesné, mentální a smyslové, které jim znesnadňuje možnost samostatnosti.

2.6 Vztahy a sexualita osob s mentálním postižením

Jak víme, tak sexualita je základní potřebou člověka a lidé s mentálním postižením mají rovněž potřebu láskyplných a intimních vztahů (Lam a kol., 2021). Neuspokojováním této potřeby se mnozí stávají citově deprivovanými a sexuálně frustrovanými. Sexualita a navazování vztahů u osob s mentálním postižením byla po dlouhá léta tabuizované téma. Bylo to také spjata se způsobem péče o tyto jedince (Valenta a kol. 2018). Na osoby s mentálním postižením se pohlíželo jako na asexuální bytosti (Štěrbová, Harvanová, 2013). V ústavním zařízeních, kde bylo několik klientů na jednom pokoji a byla zvlášť ženská a mužská oddělení, klienti neměli soukromí ani možnost navazovat vztahy a zkoumat svou sexualitu (Valenta a kol., 2018). Fyzické sexuální potřeby byly často tlumeny léky nebo nahrazovány nadměrnou fyzickou prací (Štěrbová, Harvanová, 2013). V posledních desítkách let se však svět otevírá mnoha kontroverzním či tabuizovaným tématům, mezi které patří také sexualita osob s mentálním postižením.

Sexualitu je nutné chápat nejen jako uspokojení fyzických potřeb a pohlavní styk, ale jako komplexní potřebu jedince. Patří sem také láska, vzrušení a něha. Uspokojení těchto potřeb je důležité pro udržení celkového duševního, fyzického a emocionálního zdraví (Lam a kol. 2019). Rozvoj sexuality je také podstatný při navazování a rozvíjení hodnotných a naplňujících vztahů s ostatními. Z několika zahraničních zdrojů bylo zjištěno, že význam sexuálního projevu je u mladých a dospívajících osob s mentálním postižením podceňován (Medina-Rico, López-Ramos, Quiñonez, 2017). Valenta (2018) také poukazuje, že osoby s mentálním postižením jsou často vnímány jako „věčné děti“, a to jak v očích rodičů a rodiny, tak také u zdravotnických a sociálních pracovníků. Možná i z tohoto důvodu se ukazuje, že rodinní příslušníci i pracovníci v přímé péči zastávají restriktivní postoj k sexualitě osob s mentálním postižením (Lam a kol. 2021). Autorky Štěrbová a Harvanová (2013) se domnívají, že pro rodiče to může být nemyslitelné a tím spíše komplikované podporovat a komunikovat se svými dětmi téma sexuality. Jsou to však rodiče, kteří jsou nejčastěji pečujícími. Proto je důležité vzdělávat rodiče jedinců s mentálním postižením, aby neignorovali sexualitu těchto osob a naučili se je správně podpořit, nebo je odkázat na někoho, kdo jim předá hodnotné informace (Medina-Rico, López-Ramos, Quiñonez, 2017). Na druhé straně se zdá, že u pracovníků v přímé péči je postoj

k sexualitě osob s mentálním postižením navíc komplikován strachem z etických a morálních konfliktů a také možných právních sankcí (Lam a kol., 2021).

K sexualitě u lidí s mentálním postižením by se mělo přistupovat komplexně. Důležité je naučit rodinu a další pečující osoby nesnižovat hodnotu sexuality osob s mentálním postižením (Medina-Rico, López-Ramos, Quiñonez, 2017). Je zde také velmi důležitá sexuální výchova, která by se měla týkat anatomie a fungování těla, antikoncepce, správného chování ve společnosti a sexuálního zneužívání, edukaci o pohlavně přenosných chorobách a těhotenství, také romantických vztahů a citových vazeb (Štěrbová, Harvanová, 2013). Ukázalo se, že dospívající s mentálním postižením častěji vyhledávají informace o anatomii a fyziologii při pohlavním styku a také možnosti a informace ohledně antikoncepčních metod. Zatímco dospělí s mentálním postižením častěji zajímají informace týkající se citové roviny vztahů (například jak začít nový vztah, jak mít dlouhodobý vztah, rodičovství a podobně) (Medina-Rico, López-Ramos, Quiñonez, 2017).

2.6.1 Partnerské vztahy a založení rodiny

Téma manželství a rodičovství je ve společnosti ještě komplikovanější než sexualita osob s mentálním postižením (Lam a kol., 2021). To však nemění nic na tom, že i lidé s disabilitou mají touhu a potřebu milovat a být milován (Valenta a kol., 2018).

Při hledání a navazování vztahu může být pro jedince problém jejich sociální izolace, a to ať už žijí s rodinou, nebo v zařízení sociální služby. Dále se tyto osoby mohou potýkat s nedostatečnou důvěrou v sebe samotného, obtíží v komunikaci, obavami z odmítnutí nebo omezenou sociální kompetencí (Valenta a kol., 2018). Někteří jedinci mohou mít také při navazování vztahu opačný problém, přeceňování svých schopností a sebe samého. V těchto případech si jednotlivci většinou vybírají pro ně nedosažitelný protějšek. Lidé s lehkým mentálním postižením ve většině případů bez problému uzavírají manželství a také zakládají rodiny a přijímají roli rodičů. Mohou potřebovat podporu při stanovení a udržení finančního rozpočtu, na úřadech nebo s některými otázkami výchovy (Valenta a kol. 2018). Osoby se středně těžkých postižením jsou často schopni najít si partnera. Častěji však nemají touhu vztah posouvat k rodičovství. Stačí jim blízkost, láska a intimita se svým blízkým. Někdy to může být i protože nedokážou plně přijmout svou roli partnera (Vágnerová, 2014). U jedinců s těžkým a hlubokým mentálním postižením se potřeba partnerství nemusí vůbec vyvinout.

Mnohdy osobám stačí pocit lásky a bezpečí u rodiny a pokud vzniknou sexuální touhy uspokojí je autostimulací (Valenta a kol., 2018).

U otázky rodičovství osob s mentálním postižením panují v odborné i laické společnosti dvě hlavní obavy. První jsou genetické predispozice. Nemůžeme sice tvrdit, že pokud má pár mentální postižení, tak že jejich potomek taktéž zdědí postižení intelektu. Ovšem obavy z této skutečnosti zde panují. Druhou obavou je schopnost předat kvalitní výchovu a péči dítěti. (Valenta a kol., 2018). I dnes je stále silně zakořeněn názor, že lidé s mentálním postižením nejsou schopni vychovat potomka, a proto se stále kladen velký důraz na antikoncepci, někdy i sterilizaci, anebo odebrání dítěte z péče rodičů s postižením ihned po narození (Vágnerová, 2014). V případech sterilizace a odebrání dítěte jde však o závažnou otázku lidských práv.

Pokud se pár rozhodne založit rodinu je důležité s nimi o tomto tématu mluvit a zjistit jejich motivaci. Často si mladí lidé s mentálním postižením nedokážou představit, co všechno rodičovství obnáší a vidí pouze pozitivní a „pohádkovou“ stranu věci (Valenta a kol., 2018). Pokud už se však budoucí rodiče rozhodnou a jsou důsledně informováni, měli bychom je v jejich rozhodnutí podpořit a pomoci jim se na novou roli připravit (Mandzáková, 2013). Podle McConnella (2021) dostupné výzkumy a informace ukazují, že rodiče s mentálním postižením, kteří zažili idylické dětství, se často snaží napodobit výchovu svých vlastních rodičů a jako první se s žádostí o radu či pomoc obrací právě na své rodiny. Nemůžeme tak tedy jednoznačně říci, zda jsou lidé s mentálním postižením dobří nebo špatní rodiče. Záleží na řadě faktorů, stejně jako u ostatních jedinců v roli rodičů. Důležité je však mladým rodičům s mentálním postižením poskytnout podporu a také se věnovat jejich přípravě na rodičovství.

Tato oblast je důležitá i pro ergoterapeutickou intervenci. Jak je zmíněno výše sexualita se důležitá pro uspokojení základních potřeb a tím pádem význam pro kvalitu života, která hraje v ergoterapii významnou roli. V této oblasti je důležité navázat důvěrný vztah s klientem k čemuž může být vhodná služba chráněného bydlení, kde jsou klienti ve svém přirozeném prostředí, a navíc s pracovníky pracují dlouhodobě. Je však důležité, aby měl ergoterapeut otevřenou mysl bez předsudků.

2.7 Ergoterapeutická intervence u osob s mentálním postižením

Jednou z důležitých hodnot ergoterapie je kvalita života, a proto mají ergoterapeuti profesní odpovědnost se zabývat i potřebami osob s mentálním postižením (Johnson, Blaskowitz, Mahoney, 2019). Ergoterapeuti pomáhají rozvíjet nové dovednosti, modifikovat

činnost nebo upravit prostředí tak, aby byla získána harmonie mezi osobou, činností a prostředím (Ideishi, D'amico, Jirikowic, 2013).

Ergoterapeutická intervence u osob s mentálním postižením může být různá. Velmi záleží na kondici klienta, jeho potřebách a potřebách rodiny. Důležitý je také věk klienta. Ergoterapeut může pracovat s dítětem, dospělým i seniorem s mentálním postižením a u každé skupiny se bude ergoterapeutická intervence a její potřeby lišit. Proto je na začátku spolupráce důležité společně s klientem i rodinou vytvořit cíle, které budou důležité pro klienta, jeho blízké i pro terapeuta. Nejčastějšími oblastmi práce s klienty s mentálním postižením je nácvik ADL, výběr a nácvik práce s kompenzačními pomůckami, trénink sociálních a komunikačních dovedností, předpracovní a pracovní rehabilitace, participace v komunitě a podpora v samostatném bydlení. Ergoterapeuti mohou osobám s mentálním postižením poskytovat služby ve zdravotnických zařízeních, speciálních školách, denních stacionářích, v pracovním prostředí, v chráněných bydleních, v domovech se zvláštním režimem nebo v domácím prostředí.

Běžné aktivity denního života vyžadují použití smyslových, motorických, kognitivních, percepčních, emočních a sociálních dovedností a schopností. Ergoterapeuti tyto oblasti dovedností hodnotí (Ideishi, D'amico, Jirikowic, 2013). Následně se při své intervenci s klientem může zaměřit na dílčí problémovou oblast nebo trénovat činnost jako celek a případně využít náhradní mechanismy pro provádění činnosti. U dospělých osob s mentálním postižením se často může objevovat časová, prostorová a osobní dezorientace (Slowík, 2016). To se může projevat v různých činnostech klienta. Například Hällgren a Kottorp (2005) uvádí, že při testování provádění činností ADL klienty s mentálním postižením, pozorovali problémy například v oblasti vaření (potíže při odměřování správného množství másla) nebo úklidu domácnosti (úklid nádobí v kuchyni na špatné místo, přehlédnutí smítka při vysávání). V tomto případě může ergoterapeut poskytnout kompenzační pomůcky pro vážení a měření potravin, provádět s klientem nácvik efektivních postupů při vysávání a využít úprav prostředí (obrázky, nápisy na kuchyňské skříňky), aby byla orientace v prostoru pro klienta jednodušší.

Dále se osoby s mentálním postižením mohou potýkat s problémem začlenění do společnosti. Johnson, Blaskowit a Mahoney (2019) uvádí, že lidé s mentálním postižením mají nedostatek sociálních vazeb a ty, které mají se nejčastěji týkají rodinných příslušníků, personálu nebo dalších osob s mentálním postižením. Jen málo kdy, sem patří občané komunity. Dle Americké asociace ergoterapeutů jsou ergoterapeuti základní profese, která má pomáhat při

integraci jedince do společnosti, protože jejich základní znalostí je vztah mezi jedincem a prostředím (Ideishi, D'amico, Jirikowic, 2013). Intervencí může být společně s klientem zjistit a podpořit jeho silné stránky a zájmy a na základě toho navrhnou vhodnou činnost v komunitě (Johnson, Blaskowitz, Mahoney, 2019). Ergoterapeut také může navrhnout a realizovat vzdělávací kurzy pro jedince, organizace a podniky v komunitě, aby porozuměli chování osob s mentálním postižením. Osoby s mentálním postižením mohou mít totiž také problémy ve vnímání a zpracovávání slovní zpětné vazby, a proto může docházet k potížím při komunikaci a pochopení informací od ostatních osob (Hällgren, Kottorp, 2005). Je pro ně důležité kdy a jakou formou jsou informace sděleny, porozumět z jakého důvodu je dostávají a umět je aplikovat v praxi (Štěrbová, Harvanová, 2013).

Důležitá je také práce s rodinou. Rodiče mají totiž často pocit, že osoby s mentálním postižením nikdy nevyrostou z dětského věku a vidí je jako malé děti i v jejich dospělosti (Štěrbová, Harvanová, 2013). Ergoterapeuti mohou rodinu navštěvovat již od dětství nebo rané dospělosti a vzdělávat rodinu, jak zapojovat dítě s mentálním postižením do každodenních činností a chodu domácnosti, pomocí strukturovaných úkolů, které dospívající může plnit (Johnson, Blaskowitz, Mahoney, 2019). Tím můžeme podpořit co největší soběstačnost jedince v dospělosti. Dále může ergoterapeut poskytnout poradenství při výběru školy, bydlení nebo zaměstnání jedince s postižením a jeho rodině nebo nabídnout výběr volnočasové aktivity či speciální pobyt pro dítě s postižením, kde se jedinec bude socializovat a učit novým věcem a rodina si může zařídit osobní záležitosti nebo si odpočinout.

Základním úkolem pro ergoterapeuty je však vzdělávání v oblasti komunikace s lidmi s mentálním postižením, sledovat nové trendy péče a zabývat se problematikou skupiny. Ergoterapeut v sociálních službách by měl také informovat ostatní pracovníky o svých možnostech a závěrech při práci s klienty. Přinést do sociálních služeb svůj ergoterapeutický pohled, který je jiný, zaměřený na jeho odbornost a může pomoci při organizaci další péče či akcích v komunitě. Navíc je důležité, aby ostatní odborníci viděli, jaký přínos může mít ergoterapie pro klienty.

3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Podle Světové zdravotnické organizace jeden z osmi občanů na světě dlouhodobě žije s duševním onemocněním (WHO, 2022).

3.1 Zdraví a nemoc

Definice zdraví podle WHO zní následovně „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci nebo vady.*“ (WHO, 1947) Zdraví je nutné chápat jako proces, který má svou dynamiku a je závislý na okolních vlivech a prostředí (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Zdraví má bio-psycho-sociální základ stejně jako nemoc (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Můžeme tedy říct, že nemoc je stav, který ovlivňuje jedince v jeho uspokojování potřeb a běžném fungování. Tento stav způsobují vlivy vnitřního i vnějšího prostředí. Z pohledu sociologie můžeme nemoc považovat za společensky nepřijatelnou a duševní poruchu je možné vnímat jako projev deviantního chování, protože pro společnost takový jedinec překračuje hranice přijatelného chování (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Každý jedinec má také jiné prožívání nemoci, které je navíc ovlivněno i charakterem, závažností a dobou trvání nemoci. Podle Zacharové (2011) může mezi prožívání nemoci patřit aktivní adaptace (vyrovnání se s nemocí), změna životního stereotypu, pasivní adaptace (rezignace, psychická dekompenzace).

3.1.1 Duševní hygiena

Duševní poruchy patří celosvětově k nejčastějším příčinám zdravotního postižení, které vede k invalidnímu důchodu (Formánek, Kagström, Cermáková a kol., 2019). Duševní hygiena zahrnuje schopnost zachovat a upevňovat si duševní zdraví a uplatňovat základní metody, které s tím pomáhají. Prevence duševního zdraví můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární prevence zahrnuje správnou životosprávu, posilování sebekognitivní, seberozvoj a také odstraňování nežádoucích společenských vjemů a pomoc ohroženým skupinám. V sekundární prevenci je již kladen důraz na včasnou léčbu nemoci a vyhledávání příznaků duševních onemocnění a ohrožených jedinců. Terciální prevence spočívá ve snižování následků léčby (Petr, Marková, 2014).

Duševní hygienu v užším slova smyslu můžeme chápat jako starost o svou duši a celkové zdraví. Patří sem práce se stresem, organizace našeho času, nácvik asertivity, uvolňovací a meditační techniky, udržování zdravých sociálních vztahů, fyzická aktivita,

vyvážená strava, dostatek spánku a mnoho dalšího. Důležité je myslet nejen na svou fyzickou, ale také duševní pohodu a nebát se o svých pocitech přemýšlet a analyzovat je a v případě pochybností nebo nejasností vyhledat pomoc.

3.2 Historie a vývoj psychiatrické péče

Duševní onemocnění je objevovala u lidí již od nepaměti, stejně jako jiné nemoci. V období antiky se objevují první známky zkoumání a léčení duševních chorob. Velkou roli sehrál Hippokrates, který jako první označil duševní onemocnění za choroby. Byl také zastáncem somatické léčby duševních chorob, protože je spojoval s nerovnováhou tělesných tekutin v těle. Další zásadní myšlenku přinesl Asclepiades, který k léčbě duševních chorob využíval muzikoterapii, vodoléčbu, rehabilitační cvičení a pracovní terapii (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Později přišel významný myslitel Galén, který pokračoval v teorii, že duševní onemocnění můžeme vysvětlit tělesnými příčinami jako například úrazem hlavy, nebo právě nevyvážeností tělesných šťáv v těle. To byl první hlavní proud v péči o duševně nemocné. Druhým proudem byla teorie, že je postižena lidská duše a tím dochází k narušení lidských vztahů (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). S úpadkem římské říše a osvícených myslitelů se výklad duševních nemocí přesunul k posednutí zlými silami či d'ábly (Raboch, Pavlovský a kol., 2012). Ve středověk začali vznikat takzvané hospitaly zřizované církví, kde byly osoby s duševním onemocněním zavírány pro ochranu společnosti. Probíhala zde léčba tvrdou tělesnou prací (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). Někteří odborníci využívali také léčbu opiem a bylinami (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Později se také v Evropě rozvinul kult čarodějnictví a mezi jeho oběti patřily i osoby s duševním onemocněním. Velký význam v psychiatrické péči měl v době Francouzské revoluce Filip Pinel, který prosazoval humanitní přístup a zbavil nemocné pout, protože zjistil, že jejich neklid pramení z omezování svobody. V této době byli závažnější pacienti umísťováni do ústavů a lidé s méně závažným onemocněním se léčili správnou životosprávou, která zahrnovala například pohyb, diety a cestování (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). V 19. století docházelo k bližšímu zkoumání nemocí a rozvíjela se diagnostika a klasifikace nemocí, zároveň se psychiatrie stávala uznávaným medicínským oborem (Raboch, Pavlovský a kol., 2012). Lékaři, kteří se zabývali psychiatrií byli také zkušenými neurofyziology a neuropatologové a dospěli ke spoustě významných objevů v těchto odvětvích (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). Bohužel docházelo k dlouhodobému někdy celoživotnímu pobytu pacientů v léčebnách, kde mnohdy probíhala základní ošetrovatelská péče, ale žádná léčba a pacienti se stávali závislí na péči. Na přelomu

19. a 20. století přišel s velkým objevem psychoanalýzy Sigmund Freud a tím došlo ke změně v porozumění projevům mysli (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Postupně také docházelo k rozvoji psychofarmakologie a sociální psychiatrie, která se snažila o návrat ztracených dovedností lidem s duševním onemocněním pomocí rehabilitace a později se snažila vytvořit komunitní péči pro osoby s duševním onemocněním. Probíhal i rozvoj zobrazovacích metod mozku či fyzikálních metod (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015).

3.2.1 Historie v České republice

V Českých zemích probíhalo období středověku podobně jako v Evropě. Vznikaly nemocnice a chudobince a hospitaly při církvích, kde se o nemocné jedince nejčastěji staraly řádové sestry. Významnou změnu u nás přinesl řád milosrdných bratří v 18. století, který začal budovat nemocnice pro duševně choré (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Později začaly vznikat další ústavy pro duševně nemocné. Významnou osobou se v této době stal Josef Riedel, který byl ředitelem významného ústavu sv. Kateřiny (dnes budova neurologické kliniky v Praze 2). Tento ústav byl netypicky ve středu města. Doktor Riegel prosazoval humánní péči o nemocné. K léčbě přidal pracovní terapii, vodoléčbu, zdravotní tělocvik a procházky venku (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Stal se také prvním docentem psychiatrie v Čechách, byl znám v celé Evropě a zasloužil se o vybudování „Nového domu“, dnešní psychiatrické kliniky na Praze 2 (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). V tomto období docházelo k výstavbám nových psychiatrických klinik po celé ČR, spíše na okrajích měst a tím stále docházelo k izolaci duševně nemocných od společnosti (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). Po druhé světové válce byla psychiatrická péče ovlivněna politickým režimem, který kontroloval a zastřešoval veškerou péči. Po revoluci v roce 1989 dochází k modernizaci péče, zařazení nových postupů a zkrácení doby nutné ošetrovatelské péče (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Nyní se projevuje snaha o deinstitucionalizaci psychiatrické péče a přenesení péče do komunity (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). S tím pomáhá i reforma psychiatrické péče, která aktuálně v České republice probíhá a blíže bude přestavena v dalších kapitolách práce.

3.3 Systém péče o lidi s duševním onemocněním

Péče je v ČR poskytována v různých formách, které budou v dalších kapitolách blíže představeny. Tento systém by měl zajistit péči psychiatrickou, ošetrovatelskou, psychologickou a sociální a také provázanost a plynulou návaznost všech potřebných služeb, aby byla léčba nemoci co nejefektivnější a jedinec mohl žít plnohodnotný život.

V této kapitole může v některých částech docházet k výskytu pojmů pacient a klient. Je to z důvodu prolínání zdravotnictví, kde se používá pojem pacient a sociálních služeb, kde je zakořeněn pojem klient.

3.3.1 Lůžková péče

Psychiatrická lůžková péče v ČR probíhá ve dvou hlavních typech zařízení – psychiatrických nemocnicích a psychiatrických odděleních nemocnic. Také ji můžeme rozdělit na akutní péči, kde je nutná nepřetržitá dostupnost laboratorních a zobrazovacích metod a konziliárních služeb (Petr, Marková, 2014) a následnou péče, kde jsou obvykle zaléčení pacienti z akutních lůžek.

Psychiatrická oddělení jsou obvykle zřizována pro oblast s více než 100 000 obyvateli (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Měla by sloužit především pro krátkodobou akutní hospitalizaci. Probíhá zde diagnostika, terapie, rehabilitace a posuzování duševních poruch (Petr, Marková, 2014). Psychiatrická oddělení jsou většinou zřizována v rámci nemocnice, ale mohou fungovat i jako samostatná zařízení jako například Národní ústav duševního zdraví v Praze. Také poskytují konziliární služby pro další oddělení nemocnice, ve které působí. Pracují zde obvykle psychiatři a další lékaři, kliničtí psychologové, sestry, pomocný zdravotnický personál (ošetřovatelé, sanitáři), fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci a další odborní pracovníci (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Oddělení mohou být všeobecná nebo specializovaná (například na děti a dorost, pro osoby závislé apod.). Délka hospitalizace by se zde měla pohybovat v rámci dnů až týdnů (Orel a kol., 2020). Tato oddělení mohou být ještě dále rozdělena na oblasti, kde se zaměřují na konkrétní problematiku jako jsou například poruchy paměti nebo gerontopsychiatrickí pacienti (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Pokud je takové oddělení ve fakultní nemocnici nazýváme ho jako psychiatrická klinika, která ještě navíc poskytuje pregraduální a postgraduální výuku a probíhá zde výzkumná činnost (Petr, Marková, 2014).

Psychiatrické nemocnice jsou určeny především pro následnou dlouhodobou léčbu a rehabilitaci. Do roku 2013 byly nazývány psychiatrickými léčebnami (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). V regionech, kde nejsou dostupná psychiatrická oddělení nemocnic zastávají také jejich funkci a pro akutní pacienty jsou zde připravena speciální lůžka. Probíhá zde také právní ochranné léčení nařízené soudy (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Psychiatrické nemocnice jsou dále rozděleny na jednotlivá oddělení (například příjmové, rehabilitační,

doléčovací, gerontopsychiatrické a další). Nejčastěji je psychiatrická nemocnice tvořena komplexem budov ve velké zahradě, většina pokojů je velkokapacitních a jsou propojené dlouhými chodbami, které nejsou pro ošetrovatelskou péči vhodné. Tato koncepce zůstala z dob přelomu 19. a 20. století, kdy je v té době psychiatrické léčebny nebo ústavy stavěly ve velkém množství. Dnes už však tento koncept příliš nevyhovuje moderním trendům (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). V nemocnicích mohou být uzavřená oddělení, kde je omezen volný pohyb pacientů, a to především z bezpečnostních důvodů a mohou být omezené nebo zakázané návštěvy. Nebo otevřená oddělení, kde se pacienti mohou pohybovat v rámci nemocnice bez omezení, pokud dodržují pravidla. Délka hospitalizace se může pohybovat v řádu měsíců a někdy až let (Orel a kol., 2020).

3.3.2 Ambulantní péče

Psychiatrické ambulance jsou často místem prvního kontaktu s psychiatrickou péčí. Jejich hlavním úkolem je prevence, diagnostika, léčba a rehabilitace a resocializace klientů kteří sem pravidelně a dobrovolně dochází (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Psychiatr v ambulanci je často průvodcem klienta potřebnou dlouhodobou péčí (Petr, Marková, 2014). Pokud není ambulantní léčba dostatečná, nebo se nemoc zhorší, psychiatr indikuje hospitalizaci a po zaléčení se klient vrací zpět do ambulantní péče. Do ambulancí dochází také klienti nařízené ochranné léčby (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Ambulance mohou mít také své specializace jako například gerontopsychiatrické ambulance, substituční centra, ambulance pro děti a dorost nebo ambulance psychiatrické sexuologie. Ambulantní psychiatrická péče je však v ČR přetížená a ambulance jsou nerovnoměrně rozložené (Petr, Marková, 2014).

3.3.3 Intermediární péče

Intermediární péči můžeme označit jako péči „mezi“ ambulantní a lůžkovou péčí. Může navazovat nebo propojovat všechny druhy péče (Orel a kol., 2020). Je to také článek, kde se propojuje zdravotnictví a sociální služby (Petr, Marková, 2014). Někdy jí také můžeme označovat za komunitní péči. Vznikla v 80. letech 20. století a zahrnuje krizová centra, denní stacionáře, centra denních aktivit, chráněné bydlení, case management, chráněné zaměstnávání nebo domácí péči (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Tato péče je nejčastěji poskytována nestátními neziskovými organizacemi.

Krizová centra jsou zařízení prvního kontaktu. Lidé sem mohou přijít pro pomoc. Fungují často 24 hodin denně. Je zde poskytována psychoterapeutická a psychiatrická péče a

pomoc osobám v tíživé životní situaci. Některá centra poskytují i omezený počet lůžek, kde je možná krátká hospitalizace (většinou do 5 dní). Psychiatři, sestry, psychologové a sociální pracovníci, kteří zde pracují mohou poskytovat i terénní formu krizové intervence například v domácím prostředí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Někdy krizová centra provozují i takzvané linky důvěry, které nabízí pomoc v těžké životní situaci přes telefonní hovor. Na lince mohou být odborníci nebo vyškolení dobrovolníci (Petr, Marková, 2014). Některé linky se mohou specializovat například na pomoc při nemoci AIDS nebo linky pomoci pro LGBT komunitu (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). V dnešní době může telefonní linky nahrazovat online pomoc, kdy si lidé chatují s pracovníky přes internetové stránky.

Další formou intermediární péče jsou denní stacionáře. Zde probíhá celodenní léčebná a rehabilitační péče. Je důležité aktivní zapojení klientů s cílem předejít nebo zkrátit dobu hospitalizace (Orel a kol., 2020). Jedinci zde mají přístup k sociální a právní pomoci. Denní stacionáře mají většinou koncipované programy pro jednotlivé skupiny duševně nemocných. Například pro chronicky nemocné, pro osoby se závislostí, pro osoby s poruchami příjmu potravy, pro děti a dorost a další (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Také sem patří služby chráněného bydlení. Zde je poskytována resocializace dlouhodobě léčených klientů a jejich příprava na samostatný život. Při přijetí klientů do služby je sestaven terapeutický plán, podle kterého se odvíjí následná péče a podpora (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). Službu spojenou s ubytováním mohou také poskytnout Domy na půl cesty, které slouží především pro osoby propuštěné z výkonu trestu, osoby, které dokončí ochrannou léčbu nebo pro mladé dospělé, kteří musí opustit ústavní nebo ochranou výchovu. Kromě ubytování je zde nabízena pomoc při uplatňování práv nebo třeba sociálně terapeutická činnost (Orel a kol., 2020).

Dále sem patří i služby podporovaného zaměstnání nebo pracovně-tréninková centra. Jejich cílem je udržet, zlepšit nebo obnovit pracovní schopnosti a sociální vztahy. U klientů dochází také ke zvýšení výkonnosti a sebedůvěry, což může vést ke zlepšení nemoci (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Do intermediární péče řadíme i case management. Tato služba poskytuje koordinaci péče u dlouhodobě nemocných a vytváří léčebně rehabilitační plán. Case manager dochází za klientem domů, umí rozpoznat varovné signály nemoci klienta a včas zorganizovat pomoc (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Dále sem můžeme zařadit svépomocné skupiny nemocných nebo rodiny, terapeutické kluby, psychiatrické komunitní sestry, které dochází ke klientům domů nebo také lázeňská zařízení, které se specializují na péči o duševní zdraví jako například Lázně Jeseník, Libverda, Teplice v Čechách a Mariánské lázně (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Problémem intermediární péče v České republice je její nedostatek (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). Například psychiatrické komunitní sestry fungují jen v Praze (Petr, Marková, 2014). Navíc je zde vyžadována propojenost a návaznost služeb, která u nás zatím není perfektní (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

3.3.4 Reforma psychiatrické péče v ČR

Péče o duševně nemocné v České republice je dlouhodobě podfinancována a je nutné provést systémové změny. Snahy o změnu byly po mnoho let vyvíjeny výhradně nevládními organizacemi a Českou psychiatrickou společností (Pěč, 2019). Reformou psychiatrické péče se stát snaží přiblížit péči evropským standardům (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). Strategie reformy byla vytvořena Ministerstvem zdravotnictví za pomoci týmů odborníků na duševní zdraví, expertů a pacientů. K jejímu schválení došlo v říjnu 2013. V roce 2017 začala její první etapa napojena na Evropské investiční a strukturální fondy (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Reforma psychiatrické péče má za cíl především zvýšit kvalitu a zlepšit efektivitu péče o duševní zdraví a také snížit stigmatizaci lidí s duševním onemocněním a zvýšit tak jejich kvalitu života (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Jde především o zlepšení návaznosti služeb, multidisciplinární péči a lepší dostupnost služeb péče, které budou zaměřené na recovery (zotavení). Reforma je dlouhodobý proces a předpokládá se, že bude trvat 15 až 20 let a bude rozdělena do jednotlivých etap (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013) určilo specifické cíle Strategie:

1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
3. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
4. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
6. Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

7. Humanizovat psychiatrickou péči.

Jako hlavní nástroje pro dosažení těchto cílů strategie určuje destigmatizační a vzdělávací programy pro veřejnost a odborníky v oblasti duševního zdraví. V souvislosti se službami se zavádějí rozšíření ambulantní psychiatrické péče a lůžkové péče na psychiatrických odděleních. Navíc vzniká nová služba tzv. Centra duševního zdraví (CDZ) (Pěč, 2019). Centra duševního zdraví jsou terénní multidisciplinární týmy, které se skládají z psychiatrických sester, psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Jejich úkolem je poskytování služby mobilního case managementu, krizové intervence, služby denní péče a ambulantní psychiatrické a psychologické péče v určené spádové oblasti (Pěč, 2019). Centra jsou stále dostupná telefonicky a 12 hodin denně ambulantně.

Při deinstitucionalizace psychiatrických nemocnic je důležité myslet na nahrazení péče ve smyslu posílení komunitních služeb (Formánek a kol., 2019). Česká republika se v tomto ohledu může poučit u zahraničních států, kde se při pokusech deinstitucionalizace psychiatrické péče zrušili lůžková zařízení, ale péče nebyla zajištěna v komunitě. V tom případě zůstalo mnoho osob s duševním onemocněním bez potřebné péče a někteří i bez střechy nad hlavou.

3.4 Klasifikace duševních nemocí

Určení psychiatrické diagnózy není jednoduché. Často se můžeme setkat s jedincem, který se léčí na psychiatrii a má nepřesně stanovenou diagnózu, která se může v průběhu let také měnit, nebo přibývají komorbidity k onemocnění. Není to totiž stejné jako když jdeme k lékaři se zlomenou končetinou. V tom případě lékař na první pohled vidí otok, zjistí bolest a pro potvrzení nebo vyvrácení své hypotézy nás pošle na rentgenové vyšetření, které zlomeninu potvrdí. V psychiatrii takto můžeme diagnózu ověřit jen v několika případech, kdy dojde k poškození mozkové tkáně. V ostatních případech tedy využíváme klinické popisy odchylek v chování a prožívání jedince a na základě společných znaků, určíme diagnózu (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015).

Naukou o psychických nemocech je psychopatologie. Ta se zabývá diagnostikou, klasifikací i výzkumem duševních chorob. Rozdělujeme psychopatologii obecnou, která se věnuje oblastech lidské psychiky a jejich poruchám (poruchy vědomí, vnímání, myšlení, emocí, orientace, pozornosti) a speciální, která se zaměřuje na konkrétní diagnózy Petr, Marková, 2014). Můžeme také vyčlenit takzvaná závažná duševní onemocnění (SMI – Severe mental illness) kam se řadí poruchy psychotického spektra, závažné podoby afektivních poruch,

obsedantně-kompulzivní porucha (jediná z kategorie neurotických poruch) a závažné formy poruch osobnosti. SMI nejsou však dána pouze diagnózou, ale také tím, jak výrazně člověku s onemocněním narušuje běžný život a jak dlouho onemocnění trvá (u závažných forem je to 2 roky či déle). Při stanovení diagnózy jsou důležité symptomy, anamnéza, faktory a příčiny a dostupná vyšetření (Orel a kol., 2020). V České republice se často používá dělení podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, které je uvedeno i v této práci. V současné době se připravuje implementace 11. revize klasifikace v naší zemi, která by měla začít platit na konci roku 2022. Dle MNK-10, která označuje duševní porucha a poruchy chování kódem F00 až F99 a rozděluje je následovně:

- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
 - Sem patří například vaskulární demence, demence u Alzheimerovy nemoci, delirium, organická porucha s bludy nebo organická porucha osobnosti a další
- F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
 - Do této kategorie můžeme zařadit například akutní intoxikaci, syndrom závislosti, psychotickou poruchu nebo například amnestický syndrom.
- F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
 - Jak vidíme již z názvu, tak do této kapitoly patří schizofrenie, poruchy s trvalými bludy, schizoafektivní poruchy, schizotypální porucha a další.
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
 - Zde můžeme najít bipolární afektivní poruchu, manickou fázi, periodickou depresivní poruchu a další.
- F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
 - Tato skupina zahrnuje například obsedantně-nutkavou poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu, posttraumatickou stresovou poruchu, somatizační poruchu.
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
 - Zde najdeme poruchy příjmu potravy, neorganické poruchy spánku, nebo také duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělním nezařazené jinde, abúzus a jiné.
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
 - Do této kategorie řadíme například paranoidní poruchu osobnosti, nutkavé a impulzivní choroby, poruchy pohlavní identity nebo také poruchy sexuální preference.
- F70-F79 Mentální retardace
 - Do duševních poruch a poruch chování se řadí i mentální retardace, která se zde dělí na několik stádií.
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
 - Tato skupina obsahuje například specifickou poruchu učení, receptivní poruchu řeči, dětský autismus nebo Aspergerův syndrom.
- F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

- Tato kategorie zahrnuje poruchy chování, hyperkinetické poruchy, tiky, emoční poruchy nástupem specificky v dětství a další.
- F99-F99 Neurčená duševní porucha (MKN-10, 2022)

Příčiny vzniku duševních onemocnění dnes ještě stále nejsou úplně objasněné. Nejčastěji jsou multifaktoriální. Rozvoj duševních onemocnění může být způsoben genetickou dispozicí (vrozené), psychologickým vývojem a prostředím (sociální zázemí) (Orel a kol., 2020). Samotným spouštěčem nemoci může být v průběhu života cokoliv, například traumatická událost, návykové a psychotropní látky, porod, těžká životní situace, stresové období a mnoho dalších. Zde záleží na citlivosti jedince a jeho psychické odolnosti.

3.5 Stigmatizace duševního onemocnění

Stigma duševní nemoci označuje vlastnosti, které odlišují osobu s duševním onemocněním od ostatních lidí. Je způsobeno strachem z duševní nemoci a také předsudky, které si každý vytváří již od dětství. Největší vliv na vytváření předsudků má rodina a školní prostředí (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). Stigma vede k diskriminaci, sociální izolaci, podílí se na nezaměstnanosti, zhoršuje sebeúctu nemocného a snižuje naději na rehabilitaci. Vytváří se pokřivený obraz o osobách s duševním onemocněním (Holý, Šibor, 2008). Při stigmatizaci dochází k hodnocení nemoci samotné, což se přenáší na osobu s tímto onemocněním. Ztrácí se individuální vlastnosti a charakter jedince. Můžeme rozlišit takzvané public stigma a self stigma. Public stigma znamená, že lidé pasivně přijímají předsudky o duševně nemocných. Self stigma, jak už z názvu vyplývá, označuje představy a mínění jednotlivce o skupině do které sám patří (Libiger, Hrdlička, Hosák, 2015). To může vytvářet váhání a obavy nemocného jedince při zahájení léčby nebo samotného přiznání si nemoci.

Mezi důležitou prevencí stigmatizace patří respekt k člověku s onemocněním. Dále je vhodné nepoužívat zavádějící a nevhodná označení jako například „psychopat“ „blázen“ „šílenec“ a další. V boji se stigmatizací je také velice důležité edukovat a informovat veřejnost o duševním onemocnění, aby dokázala jedincům potýkajícím se s nemocí porozumět (Holý, Šibor, 2008). Destigmatizace je také cílem psychiatrie v posledních letech. V České republice je také součástí reformy psychiatrické péče a na základě toho vznikla například iniciativa NA ROVINU, která bojuje se stigmatizací duševního onemocnění a psychiatrické péče.

3.6 Zotavení

Recovery (zotavení) je „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“ (Anthony, 1993)

Zotavení člověka je jedinečný příběh a nemusí nutně znamenat klinickou úzdravu z nemoci. Příběh zotavení se vztahuje k životu jedince, proto záleží na okolním prostředí, sociálním zázemí, temperamentu a charakteru jedince, a ne čistě na jeho nemoci (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Zotavení přesahuje nemoc i samotnou oblast postižení. Osoby s SMI definují zotavení jako samostatnost a nezávislost, strukturu a smysluplné aktivity, výdělečné zaměstnání, bezpečné a zajištěné bydlení a posilující a humánní vztahy (Drake, Whitley, 2014). Klíčovou roli hraje naděje, převzetí zodpovědnosti a provádění každodenních smysluplných aktivit a rolí (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) uvádí deset hlavních principů zotavení následovně:

1. Naděje
2. Orientované na osobu (je určeno člověkem samým)
3. Zotavení probíhá za pomoci mnoha cest
4. Holistický přístup
5. Podpora peer pracovníky (osoby s vlastní zkušeností s nemocí a procesem)
6. Podpora přes sociální síť vztahů
7. Přijímá a odráží kulturní zvyklosti jedince
8. Zohledňuje a řeší práci s traumatem
9. Zahrnuje silné stránky a odpovědnost jedince
10. Proces je založen na vzájemném respektu (SAMHSA, 2012)

Tyto základní principy zotavení jsou plně v souladu s filozofií ergoterapie, která je ze své podstaty zaměřena na klienta, spolupráci a podporu autonomie, soběstačnost, podporu zdraví a zdravý životní styl (AOTA, 2016). Jedinec může žít plnohodnotný život, aniž by se nutně musel plně uzdravit ze své nemoci. Je to stejné jako když se člověk vyrovnává z traumatické události. K události došlo, následky události jsou stále přítomny, život jedince se

navždy změnil, ale pokračuje dál. Úspěšné zotavení znamená, že se člověk změnil, a že se tedy změnil význam těchto skutečností pro něj samotného. Nejsou již hlavním bodem jeho života. Osoba se přesouvá k jiným zájmům a činnostem (Anthony, 1993). Drake a Whitley (2014) uvádějí, že nadměrná medikace může být pro zotavení nepříznivá. Navíc se lidé s duševním onemocněním musí zotavit i ze stigmatu a negativních vedlejších účinků nezaměstnanosti. Zotavení je často složitý a časově náročný proces. (Anthony, 1993)

3.7 Pracovní uplatnění osob s duševním onemocněním

Studie naznačují, že zaměstnání je považováno za klíčový facilitátor zotavení. Důležité je, aby si klient mohl sám zvolit typ zaměstnání. (Drake, Whitley, 2014). Pracovní uplatnění přináší jedinci nejen finanční jistotu a oporu, ale také resocializaci. Zaměstnání může vést ke zlepšení příznaků duševní nemoci, díky zvýšení sebeúcty a snížení závislosti na druhých (Crowther, Marshall, Bond a kol., 2001). Nezaměstnanost může mít za následek vznik a prohloubení deprese, sebelítosti, sebestřednosti, vyššího rizika zneužívání návykových látek a pocity bezcennosti (Kukla, Bond, Xie, 2012). Placené pracovní uplatnění je u osob s duševním onemocněním také spojeno s lepším celkovým fungováním, menším výskytem psychiatrických symptomů, menším počtem dnů hospitalizace a lepší kvalitou života (Kukla, Bond, Xie, 2012). Podle Markové, Venglářové a Babiakové (2006) sebedůvěra při výkonu práce a řešení pracovních problémů také přispívá k resocializaci. Jako problém se do jisté míry může jevit častá a dlouhá pracovní neschopnost osob s duševním onemocněním například z důvodu změny a medikace, nebo také vysoká pracovní zátěž a přetěžování jedinců může vést k pracovní neschopnosti a dlouhé době pro stabilizaci stavu (Štanglová, Machů, Kondrátová, 2018)

Mezi služby podpory v zaměstnání rozšířené pro osoby s duševním onemocněním patří podporované zaměstnání, přechodné zaměstnání, sociální firmy, poradenské služby, Job kluby, sociálně-terapeutické dílny, chráněná pracovní místa a dobrovolná práce.

3.7.1 Podporované zaměstnání

Při využívání služby podporovaného zaměstnávání se klient klasicky uplatňuje na otevřeném trhu práce s odpovídající mzdou za odvedenou práci. K dispozici je klientovi i zaměstnavateli pracovní asistent, který pomáhá při běžných pracovních úkolech, vyřízení všech potřebných smluv a potvrzení (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006). Cílem je osamostatnění a začlenění klienta v pracovním procesu. Dle evidence-based důkazů podporované zaměstnání pro osoby s duševním onemocněním zvyšuje zaměstnanost této

skupiny (Petr, Marková, 2014). V České republice přišel Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) se standardizovaným modelem podporovaného zaměstnávání s názvem Individual Placement and Support (IPS). Aby klient mohl do tohoto programu vstoupit stačí pouze, aby měl zájem začít pracovat. Neexistuje kritérium, díky kterému by mohl být klient ze služby vyloučen. Základní principy a cíle IPS jsou:

1. Nalézt placené zaměstnání na otevřeném trhu práce, tak aby si druh práce vybral sám klient.
2. Nalézt pracovní místo co nejrychleji, ideálně do jednoho měsíce od započetí spolupráce.
3. Pracovní konzultant je součástí širšího klinického týmu
4. Podpora je poskytována po neomezenou dobu, která se přizpůsobuje potřebám jednotlivce
5. V rámci služby je poskytováno poradenství jak zaměstnavateli, tak klientům či jejich rodinám. (Štanglová, Machů, Kondrátová, 2018)

3.7.2 Přechodné zaměstnávání

Služba přechodného zaměstnávání funguje na principu, kdy jsou klienti zaměstnání na přechodnou dobu, obvykle 6 měsíců na zkrácený úvazek. Pracovní pozice na je běžném trhu práce (Petr, Marková, 2014). Pro osoby s duševním onemocněním je výhodou právě přechodná doba. Mohou si zaměstnání vyzkoušet bez přílišné zodpovědnosti, nebo službu využívat opakovaně, vždy když je jejich stav stabilizován, pokud u nich dochází k častějším relapsům onemocnění. Pro zaměstnavatele jistá garance jistoty od organizace, pokud klient nedorazí do práce organizace zajistí náhradu (Pěč, 2005).

3.7.3 Job klub

Job kluby nejsou přímo formou zaměstnání. Tato aktivita působí setkávání klientů, kteří hledají zaměstnání a mohou se potýkat s problémy. Cílem je socializace a napojení na osoby s podobnými problémy a také se zde klienti učí komunikaci se zaměstnavatelem, napsat životopis a další potřebné dovednosti pro získání a udržení práce (Marková, Venglářová a Babiaková, 2006).

3.8 Ergoterapeutická intervence u osob s duševním onemocněním

Ergoterapie má v péči o duševně nemocné své kořeny. Původním významem bylo odklonění myšlenek od nemoci a relaxace pomocí výtvarných a rukodělných činností. Dnes se ergoterapeutická intervence u osob s duševním onemocněním rozšířila, avšak stále má za cíl zotavení a pomoc jedinci prožívat kvalitní a plnohodnotný život.

Základním pilířem ergoterapie je holistický přístup stejně jako tomu je u modelu zotavení (AOTA, 2016). Účelem ergoterapie v péči o duševní zdraví je zvýšit schopnost jedince žít co nejsamostatněji v komunitě a zároveň se zapojit do smysluplných a produktivních životních rolí (Castaneda, Olson, Radley, 2013). Dle Klusoňové (2011) patří mezi cíle ergoterapie v psychiatrii resocializace osob s nemocí, obnovení jejich soběstačnosti, naučit je porozumět a korigovat chování nebo také obnovit a posílit pracovní schopnosti. Castaneda, Olson, Radley (2013) uvádí, že existují důkazy, které dokazují zlepšení u osob žijících v komunitě se závažným duševním onemocněním díky ergoterapeutické intervenci.

Když hovoříme o skupině osob s duševním onemocněním je to stále velká skupina, kde je mnoho nemocí, které mají mnoho příznaků a omezení. Proto je nutné k péči přistupovat individuálně. Můžeme však předpokládat jisté chování od konkrétních skupin a podle toho určit zásady v terapii. Například u depresivních pacientů netrvat na dokončení činnosti. Vybíráme jednoduché činnosti, kde není nutná preciznost a přílišné soustředění. Úzkostní pacienti pak mají rádi klidné prostředí, stereotypní činnosti. Nemají rádi mnoho podnětů (Klusoňová, 2011).

Osoby s duševním onemocněním mohou mít potíže s abstraktním myšlením a používají řešení problémů metodou pokus-omyl. Potřebují tedy pomoc při vytváření strategií pro udržování denních rutinních činností. Důležité pro ně je také vyvážení práce, odpočinku a volného času (Griffin Lannigan, Noyes, 2019). Velkým problémem pro osoby s mentálním postižením je socializace a společenský život. Může to být z důvodu stigmatizace, příznaků onemocnění nebo časté hospitalizace, při které může docházet k ochladnutí vztahů s přáteli i rodinou. Ergoterapeuti se významně podílejí na hodnocení a léčbě dospělých osob se SMI tím, že identifikují individuální silné stránky, cíle, dovednosti a další faktory důležité pro plánování zdraví a zotavení (Swarbrick, Noyes, 2018). Důležité je však znát vliv a účinky léků, které jedinec užívá, abychom chápali výkyvy v terapii a případně další odlišnosti (Klusoňová, 2011).

Castaneda, Olson, Radley (2013) tvrdí, že ergoterapeutická intervence je u osob s duševním onemocněním zaměřena na:

- Přizpůsobování prostředí doma, v práci, ve škole a v dalších prostředích s cílem podpořit optimální fungování jedince.
- Poskytování skupinových kurzů zaměřených na asertivitu, sebeuvědomění, mezilidské a sociální dovednosti, zvládání stresu a rozvoj rolí (např. rodičovství).
- Skupinový či individuální trénink kognitivních funkcí.
- Aplikaci kompenzačních strategií, které zmírňují dopady nemoci a snižují příznaky.
- Rozvoji volnočasových nebo zájmových aktivit a zálib klientů.
- Náviku ADL (např. hygiena a péče o tělo, hospodaření s financemi, využití městské hromadné dopravy). Protože provádění a udržování těchto dovedností je nezbytným základem pro zdraví, pohodu a úspěšné zapojení do společnosti (Swarbrick, Noyes, 2018).
- Předpracovní a pracovní rehabilitace. Konzultace vhodné pracovní pozice pro osoby s duševním onemocněním.
- Poskytování poradenství a konzultací osobám s duševním onemocněním a jejich rodinám

Jak již víme, tak základní hodnoty ergoterapeutické praxe a modelu zotavení se shodují. Proto do ergoterapeutické intervence patří terapie zaměřená na zotavení na první místo. Zde se ergoterapeut s klientem může specificky zaměřovat na identifikaci varovných signálů nemoci a následně pracovat na jejich včasné rozpoznání a využití strategií pro zvládnutí nastupujících symptomů. Důležité je také podpořit klienta v identifikaci osobních hodnot, potřeb a cílů, které umožní realistické rozhodování, například při zvažování možností bydlení a zaměstnání (AOTA, 2016). Významnou roli hraje také zapojení jedince do komunity. Ergoterapeut také podporuje schopnost zapojit se do dlouhodobého plánování (AOTA 2016).

Ergoterapie může probíhat také skupinovou formou, pokud má ergoterapeut výcvik může s klienty věnovat arteterapii, muzikoterapii či canisterapii. Klienti nejen získají nové vjemy, podpoří sensorické vnímání, ale také přirozeně interagují ve skupině (Swarbrick, Noyes 2018). U osob s duševním onemocněním má také velký význam pohyb, který může ovlivňovat napětí v těle. Ergoterapeut může provádět relaxaci či tělesná cvičení s prvky jógy.

4 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

System sociálních služeb by měl sloužit všem občanům, být co nejvíce rozmanitý a flexibilní. Jednotlivé služby by na sebe měly postupně navazovat, prolínat se a spolupracovat. Celý tento systém se musí přizpůsobovat potřebám klientů i společnosti. Jeho hlavním úkolem je chránit zájmy a práva osob, které si je nemohou prosadit sami, a to už z jakéhokoli důvodu. Sociální služby jsou upravovány podle Zákona o sociálních službách číslo 108/2006 Sb.

4.1 Vývoj systému sociálních služeb v České republice

V minulosti byly osoby s postižením či osoby sociálně znevýhodněné soustředovány do velkých zařízení, které byly vždy určeny pro konkrétní skupiny občanů. Například na přelomu 18. a 19. století vznikaly starobince (pro skupinu starších lidí), blázince (pro osoby s duševním onemocněním) nebo sirotčince (pro osamocené děti) (Matoušek, 2011). Velkou roli v péči o sociálně znevýhodněné osoby hrála samozřejmě také církev, která těmto osobám poskytovala přístřeší a péči. V 19. století začaly v celé Evropě vznikat dobročinné spolky a komunitní projekty, které se snažily docházet za sociálně ohroženými skupinami a edukovat a podporovat správné vzorce chování (Tomeš, 2009). V období první republiky a meziválečném období se stát řídit takzvaným chudinských zákonem. Z něj vyplývalo, že primární zajištění péče by mělo pocházet od rodiny. Státní péče o sociálně znevýhodněné občany byla v podobě materiálních dávek a služeb sociální péče, které byly především ústavního typu (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011). Docházelo také k rozmachu dobrovolné sociální péče. V tomto období působily významné spolky jako například Společnost Čs. Červeného kříže nebo Masarykova liga proti tuberkulóze (Matoušek, 2011).

Až do meziválečného období byl vývoj sociálních služeb v našich zemích ovlivněn západními mocnostmi a docházelo zde k velkým krokům vpřed. To je však změnilo po konci 2. světové války a nástupu nového politického režimu. V roce 1948 vznik nový jednotný systém sociálního zabezpečení, který přenesl veškerou péči a zodpovědnost za osoby sociálně znevýhodněné na stát (Matoušek, 2011). Sociální péče byla tedy centralizována. Tato změna přinesla pouze to, že tito občané byli vylučováni ze společnosti a odkládáni do ústavních zařízení. A to navzdory tomu, že v roce 1948 OSN deklarovala důstojnost každého lidského života jako cíl sociální politiky států i globálního společenství.

Rok 1989 byl pro budoucí Českou republiku zlomový a jinak tomu nebylo ani v oblasti sociálních služeb. Začalo se pracovat na reformách sociálních služeb. Došlo k rychlému nárůstu nestátních neziskových organizací, které začaly poskytovat různé sociální služby po vzoru západních zemí. Pro nedostatek právní úpravy byly tyto organizace většinou zakládány jako občanská sdružení (Matoušek, 2012). To však znamenalo, že nebyla určena pravidla pro poskytování služeb a organizace, vedené jako občanská sdružení, nebyly kontrolovány. Ke změně systému sociálních služeb a ukotvení služeb došlo až v roce 2006, kdy vešel v platnost Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Také církev začala po roce 1989 zřizovat organizace pro poskytování sociálních služeb jako je Charita nebo Diakonie (Matoušek, 2011).

V dnešní době se stále často skloňují pojmy deinstitucionalizace a transformace, které jsou důležité při změně sociálních služeb. „*Pojem deinstitucionalizace se v sociálních službách používá ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Je to proces postupný, kdy dochází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě.*“ (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, str.12). Pojem transformace sociálních služeb v České republice je proces změn, který má vést k péči o osoby se znevýhodněním v běžných životních podmínkách (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011). Takže minimalizovat ústavní péči a přejít k péči komunitní. V ústavních zařízeních je častým problémem, že klientům s větší mírou postižení je poskytována minimální péče (často se jedná pouze o uspokojení základních potřeb) a naopak pro osoby méně postižené je péče nadbytečná a znemožňuje jim jejich osobní rozvoj a osamostatnění (Matoušek, 2012). Proto je důležité klientům sociálních služeb poskytovat individuální míru podpory a nabízet jim příležitosti pro socializaci, což podporuje právě komunitní sociální služby. Ty však mají často různou kvalitu péče, protože chybí jednotná státní metodika péče v těchto službách.

4.2 Sociální služby

Sociální služba je podle Zákona o sociálních službách číslo 108/2006 Sb. definována jako „*činnost, která zajišťuje podporu sociálního začlenění a také prevenci před vyloučením ze společnosti. Sociální služby jsou poskytovány nejrůznějším skupinám osob, které potřebují pomoc při vedení plnohodnotného a samostatného života. Mohou to být například děti i dospělý s fyzikou disabilitou, lidé s duševním onemocněním, senioři, lidé bez domova, matky samoživitelky, děti i dospělí s mentálním postižením a mnoho dalších osob, které se ocitli v*

nepříznivé sociální situaci“ (Česko, 2006). Důležitou osobou v poskytování sociální péče je sociální pracovník, který má potřebné vzdělání v oboru a je povinen řídit se etickým kodexem své profese a respektovat práva a potřeby svých klientů (Sládková, 2021). Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče. Podle místa poskytování je také můžeme rozdělit na terénní, ambulantní a pobytové.

Služby jsou poskytovány na základě smlouvy mezi zájemcem o službu (klientem) a poskytovatelem služby (nejčastěji neziskovou organizací). Mezi účastníky smlouvy je rovnocenné postavení. Podmínky poskytování služeb se stanoví na základě oboustranné dohody mezi účastníky. Poskytovatel je povinen dodržovat standardy kvality a respektovat práva uživatelů (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011).

4.2.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství má dvě formy: základní a odborné. Základní poradenství jsou povinni bezplatně zajistit všichni poskytovatelé sociálních služeb. Jde o poskytnutí informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na speciální potřeby jednotlivých sociálních skupin osob například v poradnách pro osoby se zdravotním postižením, v lůžkových zařízeních hospicového typu, v poradnách pro oběti domácího násilí, v poradnách pro seniory a mnoho dalších. Odborné sociální poradenství také zahrnuje práci s osobami, které se díky svému způsobu života mohou dostat do konfliktu se společností a jejími normami.

4.2.2 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou v krizové sociální situaci, vedou svůj život ke konfliktu se společností, jsou v sociálně znevýhodňujícím prostředí nebo mají nevhodné životní návyky (Matoušek, 2011). U těchto osob mají služby sociální prevence za cíl napomáhat osobám při překonávání jejich nepříznivých situací a tím chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Mezi služby sociální prevence můžeme zařadit telefonickou krizovou pomoc, intervenční centra, azylové domy, tlumočnické služby pro osoby s poruchami komunikace především z důvodu smyslového postižení a třeba také službu rané péče. Což je terénní služba poskytovaná dítěti a jeho rodině do 7 let věku dítěte, u kterého je ohrožen správný psychomotorický vývoj.

4.2.3 Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají klientům zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je podpořit život v přirozeném prostředí klientů a umožnit jim v nejvyšší možné míře se zapojit do běžného života ve společnosti. Pokud není možné zajistit péči v přirozeném prostředí, je nutné zajistit důstojné prostředí a zacházení. Každý má totiž právo na poskytnutí služeb sociální péče v pro něj co nejméně omezujícím prostředí (Sládková, 2021). Mezi služby sociální péče řadíme osobní asistenci, odlehčovací služby, podporu samostatného bydlení, denní stacionáře, domovy pro seniory, chráněná bydlení či domovy se zvláštním režimem a mnoho dalších.

4.2.4 Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb. Hlava I. § 70). Podle výše zmíněného zákona je řazena do kategorie služeb sociální prevence. Sociální rehabilitace by měla vést k co nejvyšší míře sociálního začlenění jedince, a to pomocí nácviku soběstačnosti v oblasti každodenních činností, kontaktu se společnostmi nebo vzděláváním.

Když se však podíváme na širší pojem rehabilitace, zjistíme, že zahrnuje více složek. Léčebnou rehabilitace, tak jak ji známe především z nemocničních a rehabilitačních zařízení. Kdy dochází k návratu ztracených schopností po nemoci či úrazu v intenzivním programu hospitalizace. Dále sem patří pracovní rehabilitace, která se snaží začlenit jedince s disabilitou do pracovního prostředí. Další složkou je rehabilitace pedagogická a také sociální rehabilitace, která má za cíl dosáhnout u osob s disabilitou maximální možné míry soběstačnosti a tím co nejvyššího stupně sociální integrace (Dosbaba, Křížová, Hartman a kol., 2021). Při tomto vymezení pojmu narážíme v České republice na problém zaštiťování jednotlivých složek rehabilitace pomocí různých resortů (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí) (Matoušek, 2012). S tímto rozděleným systémem rehabilitační péče nastává problém ucelenosti. Funkčně propojená péče by zajišťovala návaznost a kontinuitu léčebné a

sociální rehabilitace. Pak by bylo možné docílit co nejlepších výsledků a jedinec, který služby využívá, vždy věděl, kam se obrátit. Tento ucelený a propojený systém péče však v ČR není v některých oblastech příliš funkční.

4.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je definováno podle Zákona o sociálních službách č. 106/2006 Sb. jako „*pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení*“ (Česko, 2006). Tato služba obsahuje tyto činnosti dle § 51, odst. 2 stejného zákona:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv
- oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Důležité je, že míra podpory v chráněných bydleních je individuální a podřizuje se potřebám klienta. Chráněné bydlení by mělo být pro své klienty trvalým domovem a nemělo by být zároveň místem pracoviště klienta, chráněné dílny či denního stacionáře. Klient by zde měl mít svůj osobní prostor, který si bude moct přizpůsobit svým vlastním potřebám (Šestáková a kol., 2012). Očekává se, že obyvatelé si budou do služby zvat své příbuzné a kamarády, tak jako každý z nás do vlastního domova. Tento způsob podporuje budování přirozených sociálních vazeb. Obyvatelé chráněného bydlení jsou vedeni a motivováni k maximální samostatnosti. Pipeková (2010) popisuje chráněné bydlení jako alternativou pro jedince s různými druhy postižení, kteří nechtějí žít v ústavu, ani zůstat ve své rodině. Služba jim poskytuje pocit jistoty a bezpečí, ale zároveň je nutí k samostatnosti a zlepšuje jejich dovednosti.

Službu chráněného bydlení upravuje také vyhláška č. 505/2006 Sb., která upravuje maximální možnou výši úhrady za tuto sociální službu. Službu chráněného bydlení upravuje také vyhláška č. 505/2006 Sb., která upravuje maximální možnou výši úhrady za tuto sociální službu. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mohou odbornou činnost provádět zaměstnanci, kterými mohou být sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci nebo další pracovníci, kteří poskytují sociální služby (Česko, 2006). Chráněné bydlení má formu skupinovou nebo individuální.

Za individuální bydlení je považován samostatný byt, který uživatel obývá samostatně a má zde klíčového pracovníka podle svých potřeb. Tato forma bydlení je vhodnější, protože pro člověka není obvyklé žít v jednom bytě společně s dalšími cizími obyvateli (Rada, 2006). Zde je nutné zdůraznit odlišnost mezi službou individuálního chráněného bydlení a službou podporovaného bydlení. Hlavní rozdíl mezi těmito službami je v tom, že chráněné bydlení je pobytová sociální služba, kde organizace nabízí klientům bydlení a asistenci. Na druhé straně podpora samostatného bydlení je terénní službou. To znamená, že klienti využívající službu mají samostatně zajištěné bydlení (nájemní byt, byt v osobním vlastnictví a další) a organizace zajišťuje pouze asistenci v domácím prostředí klienta.

Skupinové chráněné bydlení může být zřízeno ve větší bytové jednotce nebo také v rodinném domě. Zde žije více klientů. Každý z nich by měl mít vlastní obytnou místnost, kde bude mít své osobní věci a také prostor být osamotě kdykoliv potřebuje. Dále obývá společné prostory (kuchyň, chodba, sociální zařízení, obývací pokoj) s dalšími klienty služby. Samozřejmostí je pracovník v přímé péči podle potřeb klientů. Tento typ bydlení se ukazuje jako vhodnou možností pro osoby s mentálním postižením, protože jim často naplňuje potřebu sociálního kontaktu a psychické pohody (Rada, 2006). Ve skupinovém bydlení často dochází ke společnému podílení se na chodu domácnosti. Mnohdy probíhá společné vaření či nakupování. Pro spravedlivé rozdělení domácích prací, je také často nutné vytvořit systém pro provádění těchto činností, aby se klienti spravedlivě střídali ve vykonávání všech činností související s chodem domácnosti. Zda je tento systém vytvořen samotnou organizací nebo jsou klienti zapojeni do jeho tvorby už je čistě individuální. Pro tento typ bydlení také často mluví ekonomické možnosti. Jde o samotné prostory a také personální důvody. V tomto případě je nutné dávat pozor, aby se z takového bydlení nestalo malé ústavní zařízení (Rada, 2006).

Ze zkušeností poskytovatelů sociálních služeb v Moravskoslezském kraji také vyplývá, že je výhodné, pokud je v blízkosti chráněných bydlení dostupná služba podpora samostatného

bydlení. Především proto, že když klienti přejdou ze služby chráněného bydlení do samostatného bydlení zpravidla se nechtějí stěhovat daleko od místa, kde žili a mají zde navázané přirozené vazby. Dalším důvodem může být také, blízká přítomnost podpory a pomoci, na kterou se klient může spolehnout (Moravskoslezský kraj, 2018).

4.3.1 Ergoterapie v chráněném bydlení

Ergoterapie je v chráněných bydleních stále málo rozšířená. Ergoterapeut v chráněném bydlení může fungovat jako spojení mezi zdravotnickou a sociální sférou. Jeho činnosti zde může být poradenská. Může se podílet na stavbě a zařízení služby, kdy bude doporučovat vhodné rozložení jednotlivých místností a nábytku v nich podle potřeb budoucích klientů a s ohledem na ergonomii. Dále může zaškolovat pracovníky v přímých službách v práci s klienty, využití kompenzačních pomůcek a ergonomii. S klienty může ergoterapeut pracovat individuálně i skupinově. Může navrhovat a realizovat speciální skupinové kurzy v komunitě zaměřené na různé aktivity například vaření, domácí práce, osobní hygienu nebo volnočasové aktivity a další oblasti zájmu (Nielsen, Mølbak, Hvass a kol., 2021) Při individuální práci záleží na potřebách klienta. Ergoterapeut může vést intervenci zaměřenou na ADL, pracovní začlenění, trénink kognitivních funkcí, sociální začlenění, výběr volnočasových aktivit a další aktivity, které jsou důležité pro kvalitní život klienta.

4.3.2 Architektura

Tato kapitola se zmiňuje o důležitosti správného architektonického řešení budov využívaných pro služby chráněného bydlení, a to jak v interiéru, tak v exteriéru. V této oblasti vidím možnost intervence pro ergoterapeuta. Při stavbě nových budov, rekonstrukci budov a také při individuální práci s klientem na přizpůsobení vlastního pokoje ve službě. Je důležité, aby se klient cítil ve službě příjemně, bezpečně jako každý z nás ve svém domově. Klient by měl mít možnost přizpůsobit si pokoj, který je výhradně jeho soukromím místem, zařídit tak, aby se v něm cítil dobře a považoval ho za své „útočiště“, svůj domov. Ve skupinovém chráněném bydlení, je také přínosné, když se klienti mohou účastnit na zařízení a dekoraci společných prostor jako je obývací pokoj, chodba či kuchyň (Šestáková a kol., 2012).

Ergoterapeut se může zároveň postarat o ergonomii interiéru i exteriéru podle individuálních potřeb klientů. Může také navrhnout bezpečnostní opatření, které společně s klientem zakomponují do bydlení. Při výstavbě nebo rekonstrukci chráněných bydlení, je taktéž důležité připravit prostor i do budoucnosti, bez bariér (Šestáková a kol., 2012).

4.3.3 Chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením

Chráněná bydlení jsou určena pro mnoho skupin jako například pro seniory, pro osoby s mentálním postižením, pro osoby bez domova, pro osoby s duševním onemocněním, osoby s tělesným postižením, pro osoby s kombinovaným postižením či pro osoby s duální diagnózou. Často chráněné bydlení vznikne na základě potřeby určité skupiny klientů, kteří aktuálně tuto službu potřebují (Rada, 2006). Tato práce se zaměřuje pouze na chráněná bydlení pro osoby s mentálním postižením a duševním onemocněním. Věnovat se každé skupině by bylo nad rámec této práce, protože nejen, že každý jednotlivec má svá specifika, ale zároveň každá skupina klientů má charakteristické potřeby.

Chráněná bydlení pro osoby s mentálním postižením a duševním onemocněním mají, jak společné, tak i odlišné znaky. Poskytovatelé služeb v Moravskoslezském kraji se však shodují, že není příhodné poskytovat službu pro lidi s duševním onemocněním a pro osoby s mentálním znevýhodněním společně. Soužití těchto skupin bývá složité a obtížné, a také způsob a míra podpory se liší (Moravskoslezský kraj, 2018). Osoby s mentálním postižením jsou ve službě často dohromady s osobami tělesně postiženými nebo s osobami s kombinovaným postižením. Tato kombinace však může přinášet úskalí, kdy klienti s tělesným postižením nechtějí dodržovat omezující opatření jako lidé s mentálním postižením, kteří poté naopak nechtějí plnit pravidla, která neplatí pro všechny (Rada, 2006).

Většina osob s mentálním postižením potřebuje určitou míru podpory a asistence po celý život (Kozáková et al., 2016). Proto může být chráněné bydlení pro tuto skupinu vhodným řešením při osamostatňování od rodiny. Tato sociální služba nabízí život v komunitě, individuální míru podpory a sociální začleňování osob s disabilitou do společnosti. Důležitým úkolem pracovníka chráněného bydlení je pomáhat klientům v rozvoji a posilování dovedností samostatného života, díky kterým je člověk s mentálním postižením schopen lépe samostatně udržovat sociální vazby se společností, zapojovat se do života ve společnosti, překonávat sociální vyloučení a řešit své problémy (Raudeliunaite, Gudžinskienė, 2017). U osob s mentálním postižením v chráněném bydlení je důležitý věk klientů. O osob v produktivním věku bude důležité rozvíjet schopnosti pro samostatný život a směřovat práci s klienty k většímu osamotnění a případnému odchodu ze služby. Z výzkumu vedeném v Litvě vyplývá, že pro mladé dospělé klienty s mentálním postižením je nejnázší budovat dovednosti v oblasti vaření, domácích prací, osobní hygieny, úklidu prostředí a používání veřejné dopravy. Naopak obtížné je rozvíjení ekonomických a rodičovských dovedností (Raudeliunaite, Gudžinskienė,

2017). Na druhou stranu u klientů v pokročilém věku bude důležité získané dovednosti udržovat.

4.3.4 Chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním

Služba chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním může mít poněkud jiný charakter než u služby pro klienty s mentálním postižením. Podle Sandhu a kol. (2017) vnímají klienti chráněné bydlení často jako „odrazový můstek“ či „záchrannou síť“. To nasvědčuje, že tyto osoby službu využijí jako přechod mezi akutní nemocniční léčbou a vlastním domovem. Služba chráněného bydlení také hraje důležitou roli v pomoci lidem s duševními problémy žít v komunitě (Killapsy a kol., 2019). Je ovšem nutné mít k dispozici dostupnou psychiatrickou pomoc a zaměstnanci služby by se měli vzdělávat v oblasti psychologie, psychiatrie a krizové intervence (Moravskoslezský kraj, 2018). Ve Spojeném království se zaměstnanci i klienti shodli na tom, že nedílnou součástí chráněného bydlení je podpora duševního zdraví klientů prostřednictvím řešení jejich každodenních životních a sociálních potřeb (Sandhu a kol., 2017). Lidé s duševním onemocněním také považují bezpečné a zajištěné bydlení za klíčové pro zotavení, a především pokud si mohou vybrat, kde budou žít a mají možnost vytvořit si zde příjemné prostředí (Drake, Whitley, 2014).

Podle poskytovatelů sociálních služeb v Moravskoslezském kraji mají skupiny klientů s chronickým duševním onemocněním i s mentálním znevýhodněním chráněného bydlení společné 3 základní potřeby:

- Potřeba bezpečí (například bezpečí v komunikaci s okolím, bezpečí v pohybu mimo svoji domácnost, bezpečí ve vztazích, bezpečí v rozhodování)
- Podpora v rozhodování (například rozhodování jak a kdy se stravovat, co si nakoupit, jestli jít do divadla nebo do kina, zda je nutný úklid a další)
- Potřeba motivace (Moravskoslezský kraj, 2018)

Zapojení osob s duševním onemocněním do komunity také souvisí s tématem destigmatizace, které je v posledních letech v České republice i po celé Evropě významným tématem. „*Stigma duševní nemoci je charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocech, strachem, předsudky a diskriminací.*“ (Česká psychiatrická společnost, 2019). V boji proti stigmatizaci je důležité mluvit o tématu, a hlavně také začleňovat osoby s duševním onemocněním mezi ostatní společnost. Zde může velice pomoci chráněné bydlení, které by

ideálně mělo stát v běžné zástavbě. Mezi rodinnými domy či v běžném bytovém domě, kde jsou klasické byty (Šestáková a kol., 2012).

Z přehledové teoretické části vyplývá, že zdravotnická a sociální péče v ČR není dobře propojená. Především lidé s dlouhodobými zdravotními problémy, mezi které patří často i osoby s mentálním postižením a osoby s duševním onemocněním, se v systému postupem času a plynutím nemoci ztratí a není pro ně adekvátní péče. Z tohoto důvodu se praktická část práce věnuje možnostem ergoterapie v chráněném bydlení, protože by mohla fungovat jako jisté spojení mezi zdravotnictvím a sociálními službami. Je samozřejmé, že pouze zařazení ergoterapie jako běžné součásti v sociálních službách nebude dostatečné. Jsou nutné také systémové změny, aby pracovníci mohli vykonávat péči v co nejlepší kvalitě.

PRAKTICKÁ ČÁST

Sociální služba chráněného bydlení je v ČR stále poměrně nová. První pokusy začali vznikat po změně politického režimu republiky, ale v zákoně byla zakotvena až v roce 2006. Tato služba podporuje život v komunitě. Téma deinstitutionalizace a s tím i rozvoj komunitní péče a propojení a návaznost služeb. Vnímám, že potenciál ergoterapie ve službách chráněného bydlení je velký, protože ergoterapie se zajímá o fyzické zdraví, psychickou pohodu a sociální situaci jedinců. Navíc pro ergoterapeuta je nejlepší pozorovat klienta v jeho přirozeném prostředí a pomoci mu překonávat bariéry přímo doma.

Lidé s duševním onemocněním i lidé s mentálním postižením mají svůj život zatížen stigmatem společnosti a shodnou minulostí, kdy byli trestáni za svou odlišnost. Lidé žili dlouhou dobu v ústavech, kde neměli vyhovující podmínky a na jejich práva se nikdo neohlížel. Tyto lidé mají problémy v každodenním životě, a proto by pro ně mohla být ergoterapie přínosná, protože svými hodnotami a filozofií se shoduje s programem recovery, který je dnes zásadní v léčbě duševních onemocnění. Ergoterapeut také pomáhá prožít naplněný a samostatný život, což může být důležité pro osoby s mentálním postižením o které je často celoživotně pečováno.

Praktická část bakalářské práce je rozdělena do dvou kapitol. V první části se věnuji dotazníkovému setření zaměřenému na současné využití ergoterapie ve službách chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním a mentálním postižením v České republice. Ve druhé části uvádím návrhy a doporučení pro ergoterapeutickou praxi v chráněných bydleních.

5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Pro potřeby bakalářské práce byl sestaven dotazník pomocí webu Google Forms a je součástí Přílohy č. 1.

Dotazník je rozdělen na dvě části. První část je určena pro vedoucí a pracovníky chráněných bydlení. V této části dotazníku jsou obecné otázky na samotnou službu chráněného bydlení. Jako název, počet bydlení, míru podpory v chráněném bydlení nebo třeba také pro jakou skupinu klientů je služba určena. Dále dotazník zjišťuje, zda v chráněném bydlení mají ergoterapeuta a pokud nemají, kdo vykonává práci, kterou může vykonávat ergoterapeut a také, zda by měli v zařízení o ergoterapii zájem. Otázky v této části byly jak otevřené, tak uzavřené.

Druhá část dotazníku je určena pro ergoterapeuty, kteří pracují v daném zařízení. Otázky jsou zde také otevřené i uzavřené. Tato část je zaměřena na oblast práce ergoterapeutů v chráněném bydlení jeho zařazení v týmu a také na nástroje, které ve své práci vykonávají. Otázky se týkaly těchto oblastí:

- Ergoterapeutické praxe v chráněném bydlení, průběhu terapií. Oblasti práce ergoterapeuta.
- Ergoterapeutické modely a nástroje využívané v praxi ve službách chráněných bydlení. Zároveň určení používání nástrojů u jednotlivých skupin klientů.
- Ergoterapeutická intervence u klientů. Nejčastější zaměření terapií.

Dále byl v případě jakýchkoliv dotazů v dotazníku uveden kontakt na autorku.

5.1 Hlavní cíl šetření

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaké je zastoupení ergoterapeutů v chráněných bydleních pro osoby s mentálním postižením a v chráněných bydleních pro osoby s duševním onemocněním v České republice. Zjistit zájem o ergoterapii v sociálních službách. Zejména potom zmapovat činnost ergoterapeutů v těchto sociálních službách. Šetření bylo zaměřeno na sociální služby chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním a chráněná bydlení pro osoby s mentálním postižením a také zařízení, která poskytují služby pro obě tyto skupiny osob, protože zabývat se všemi službami chráněného bydlení by bylo nad rámec této bakalářské práce a bylo by obtížné mapování ergoterapeutické praxe s tak rozmanitými skupinami klientů.

5.2 Metodologie

Dotazníkové šetření bylo rozesíláno emailem v průběhu února a března 2022 a poté ještě jednou v průběhu května 2022. Pracoviště a kontakty na ně byly vybrány na základě Registru poskytovatelů služeb Ministerstva práce a sociálních věcí. Zde byla následně vybrána pracoviště pouze pro vybrané osoby klientů. Celkem byl dotazník poslán na 202 adres sociálních služeb. Z toho bylo 40 služeb chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním, 122 chráněných bydlení pro osoby s mentálním postižením a zbylých 20 zařízení poskytuje služby oběma skupinám. Návratnost dotazníku nebyla příliš vysoká, mezi hlavní důvody mohli patřit zastaralé kontaktní údaje v registru služeb, personální změny na pracovištích, velké pracovní vytížení pracovníků služeb nebo také malé povědomí o oboru ergoterapie v sociálních službách. Celkově bylo získáno 54 odpovědí.

Dotazník obsahuje celkem 27 otázek. Z toho 9 otázek je otevřených, 13 polouzavřených a 5 otázek je uzavřených. Uzavřené otázky zahrnují možnost zaškrtnout více odpovědí (výčtové otázky) anebo je možné vybrat pouze jednu odpověď (výběrové otázky). U otevřených otázek dostávají respondenti možnost volné odpovědi. Často v dotazníku slouží k doplnění předchozí otázky anebo jsou zvoleny tam, kde se dají předem hůře předvídat možné odpovědi. U polouzavřených otázek jsou možnosti na výběr a navíc pole „jiné“. Možnost „jiné“ má nevýhodu, protože respondenti mohou označit tuto možnost, přestože by mohli vybrat jednu z předem daných možností. Tato možnost byla však využita, aby bylo vyhověno všem respondentům, i těm kterým se nehodí žádná z předem vybraných možností.

Jednotlivé varianty odpovědí k otázkám jsou vytvořeny na základě dostupné literatury a vědomostí autorky, které byly získány během studia literatury v teoretické části práce a během studia bakalářského oboru.

5.3 Výsledky šetření

Zpracování dat probíhalo v programu MS Excel. Pro přehlednost jsou použity sloupcové a koláčové grafy. Při zpracování otevřených otázek byly vytvořeny kategorie ze shodných odpovědí od respondentů či je použit pouze výčet jednotlivých odpovědí. U některých odpovědí je pro přehlednost využita tabulka.

5.3.1 První část

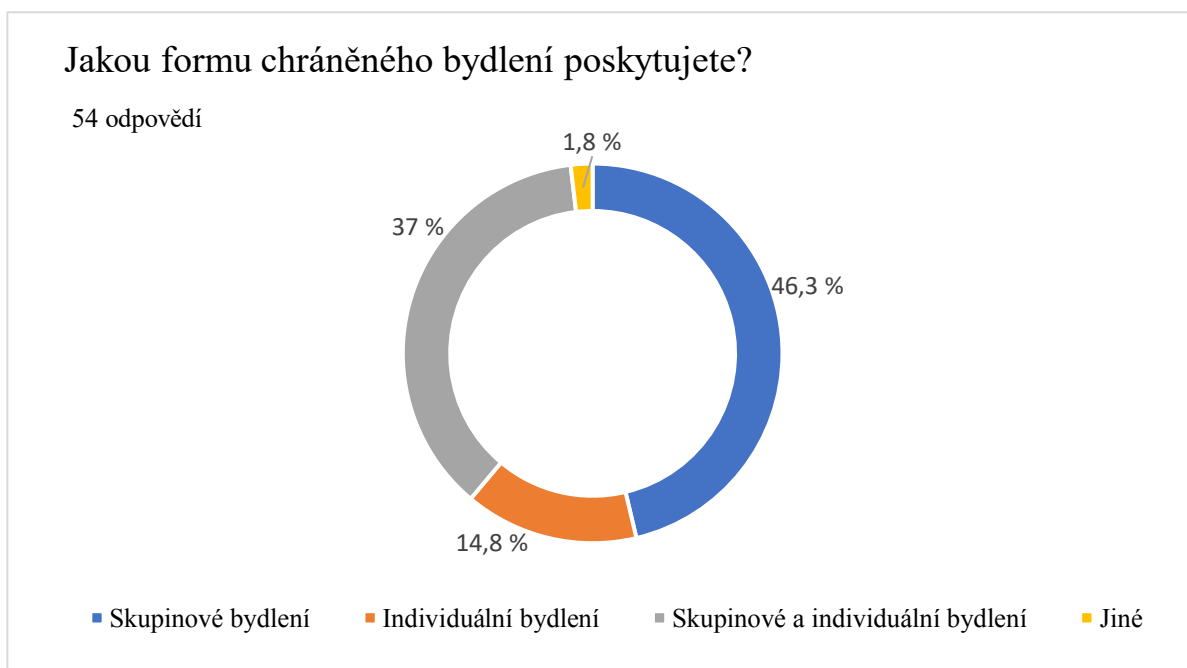
Tato část dotazníku mapovala obecné informace o službě chráněného bydlení jako například formu bydlení, geografické umístění apod., a také základní informace o ergoterapii ve službě, které mohl vyplnit vedoucí chráněného bydlení, sociální pracovník i ergoterapeut. Byli zde otázky, zda ergoterapie ve službě probíhá a pokud ne, zda by pracovníci o ergoterapii ve službě měli zájem a další.

Obecné informace o službě

Na začátku dotazníku byly dvě otázky zaměřené na název organizace poskytující chráněná bydlení a na názvy jednotlivých chráněných bydlení. Tyto otázky slouží pouze pro obecný přehled a není nutné je uvádět. Tyto otázky vedly také k poznatku, kolik chráněných bydlení organizace poskytuje. Tyto informace bylo možné využít pro kontakt pracoviště v případě nejasností v odpovědích, či při potřebě doplnit některé informace.

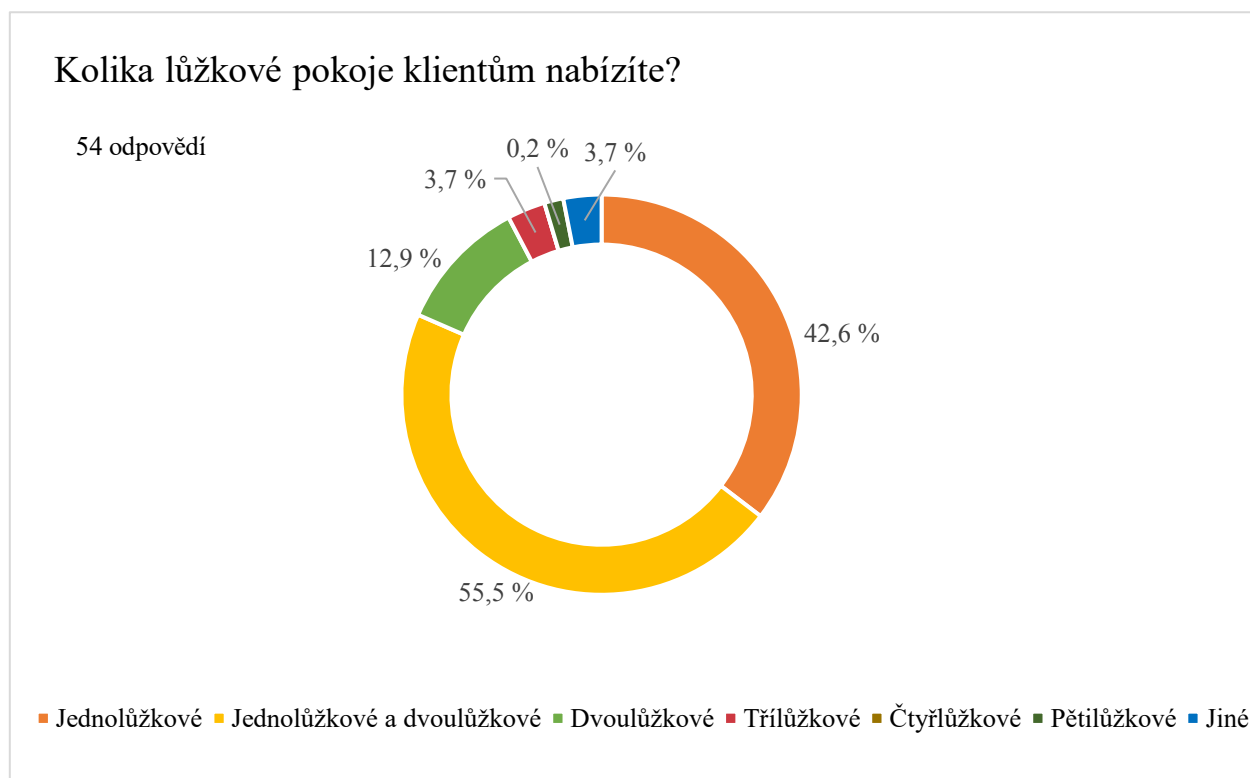
Výsledky dotazníkového šetření ukázaly, že 46,3 % organizací poskytuje skupinový typ bydlení. To zpravidla znamená, že klienti mají svůj pokoj, kde mají osobní prostor a poté společnou kuchyň, obytnou místnost a sociální zařízení. Velká skupina respondentů (37 %) také uvedla, že mají více domácností a některé, zpravidla ty, kde je potřeba větší míra podpory pro klienty, je vedena skupinovou formou a ty, kde jsou klienti samostatnější, je vedena individuální formou. Možnost jiné zvolil jeden respondent a tato odpověď zněla „rodinné“.

Graf 5.3.1.1 – Jakou formou chráněného bydlení poskytujete?



Další otázka se zabývala rozložením pokojů. Tato otázka měla možnost vybrat více možností. Výsledky můžeme vidět v grafu číslo 5.3.1.2. Nejčastěji (55,5 %) služby nabízí jednolůžkové či dvoulůžkové pokoje. Pouze jednolůžkové pokoje, které nabízí klientům absolutní soukromí a větší možnost naplnění svých individuálních potřeb poskytuje 23 (42,6 %) respondentů. Při doplňující otevřené otázce na počet lůžek na pokojích se také objevovala odpověď, že ve dvoulůžkovém pokoji společně žije pár.

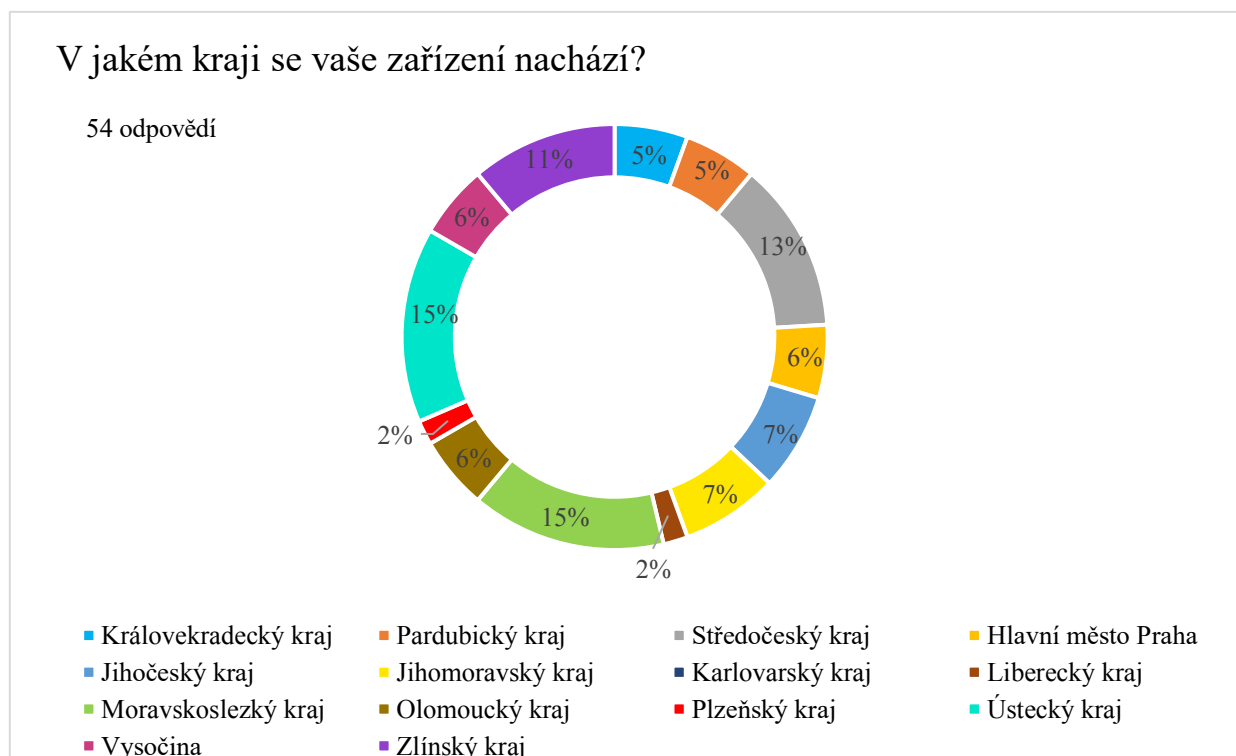
Graf 5.3.1.3 – Kolika lůžkové pokoje klientům nabízíte?



V další otevřené otázce, bylo zjištěno, že 19 (35,2 %) respondentů poskytuje chráněné bydlení pro skupinu *osob s mentálním postižením*. Dalších 17 (31,5 %) respondentů odpovědělo „pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením“. Dále 13 (24,1 %) odpovědí bylo „pro osoby s duševním onemocněním“. Dva respondenti (3,7 %) odpověděli „pro osoby s mentálním postižením i duševním onemocněním“. Jedna odpověď (1,9 %) byla „pro osoby se zrakovým postižením a lehkým mentálním postižením“. Další odpověď (1,9 %) byla „pro osoby s duševním chronickým onemocněním, osoby s kombinovaným postižením (mentální a tělesným), osoby s mentálním postižením“. Jeden respondent (1,9 %) také odpověděl „pro osoby s mentálním, tělesným a kombinovaným onemocněním v kombinaci s psychiatrickým onemocněním“. Zde se ukazuje, že větší skupina organizací poskytuje služby pro dospělé osoby s mentálním postižením. Pouze jeden respondent odpověděl, že pracují se

skupinou osob s takzvanou duální diagnózou, v tomto případě s lidmi s mentálním postižením, kteří mají navíc přidruženou psychiatrickou diagnózu. Závěrem obecné části dotazníku jsem se ptala respondentů na umístění chráněných bydlení v rámci České republiky. Nejvíce chráněných bydlení a to 8 (15 %) se shodně nachází v Moravskoslezském a Ústeckém kraji. Pouze jedno zařízení (2 %) se nachází v Libereckém a Plzeňském kraji. Dle mých výsledků v Ústeckém kraji není žádná služba chráněného bydlení.

Graf 5.3.1.5 – V jakém kraji se vaše zařízení nachází?

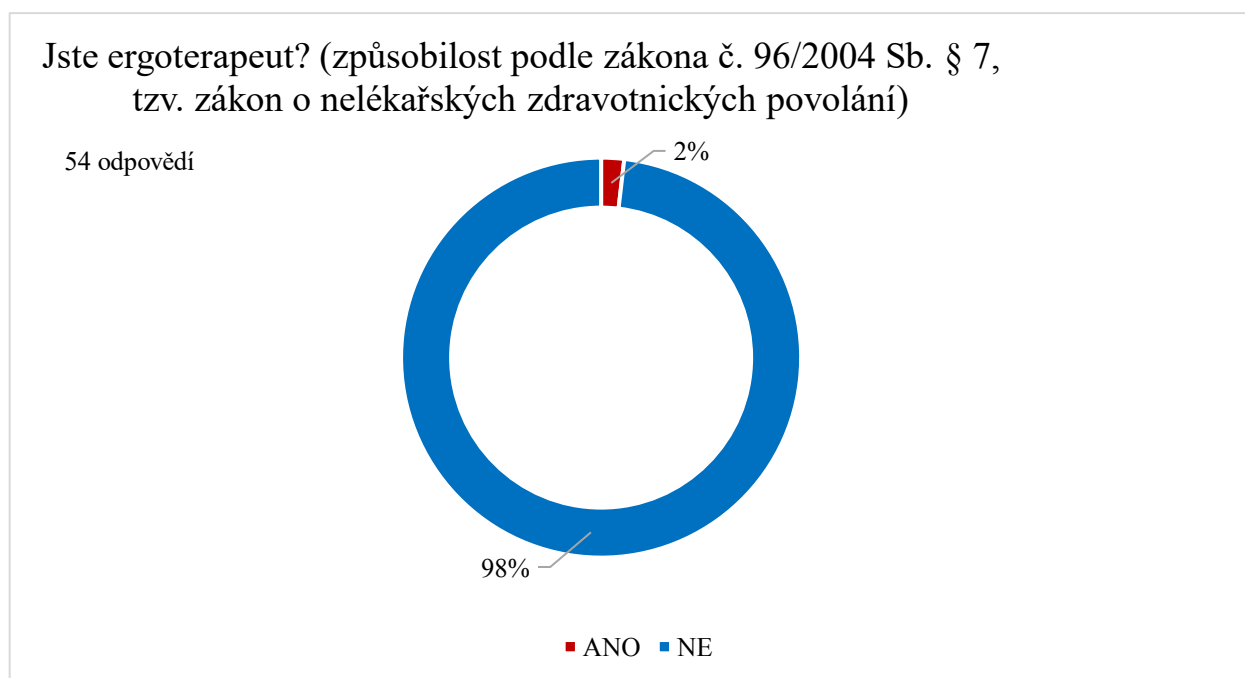


Ergoterapie v chráněných bydleních

Nutné bylo zjistit, jaký počet respondentů je ergoterapeutů podle zákona č. 96/2004 Sb. § 7, tzv. Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Jak můžete vidět v grafu číslo 5.3.1.4 pouze jeden respondent (1,9 %) odpověděl, že je ergoterapeut a poté pokračoval na

druhou část dotazníku určenou pro ergoterapeuty v chráněném bydlení. Zbýlých 98,1 % uvedlo, že ergoterapeuti nejsou a pokračovali na další otázku v dotazníkovém šetření.

Graf 5.3.1.7 – Jste ergoterapeut?

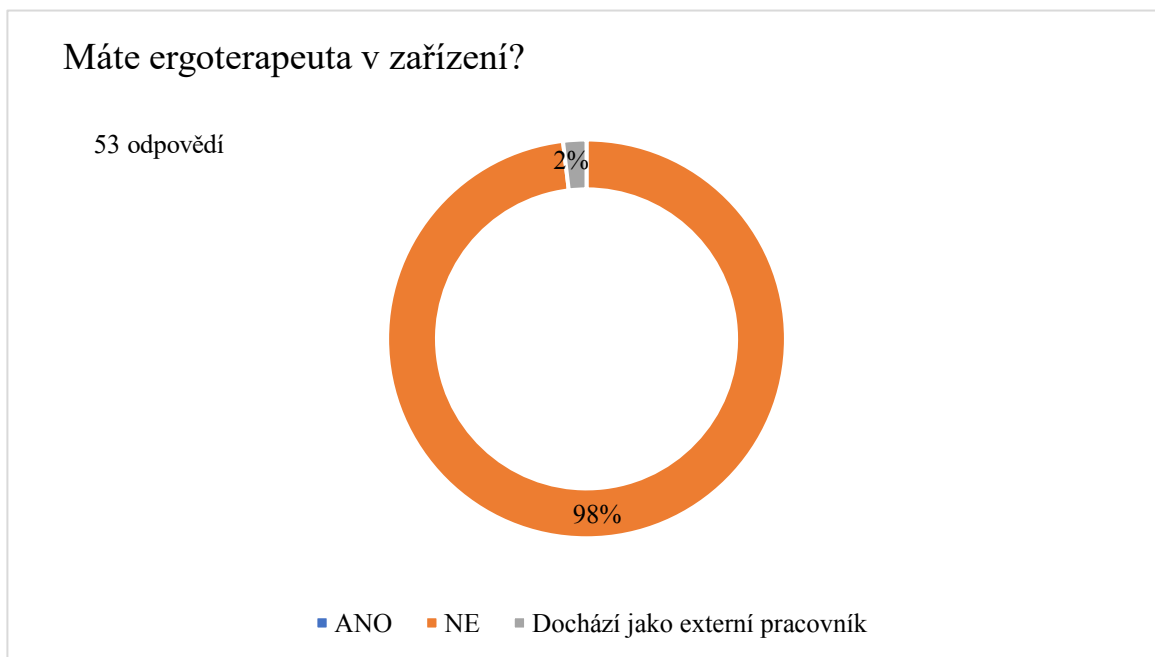


Pro kompletní přehled o ergoterapii v zařízeních bylo nutné zjistit, zda v zařízení ergoterapeut pracuje. Byla zde tedy možnost, že ergoterapie v zařízení probíhá a dotazník se pouze dostal osobě, která není ergoterapeut ale například vedoucí chráněného bydlení. Pro lepší představu respondentů o ergoterapii byla přiložena definice ergoterapii podle World Federation of Occupational Therapists (WFOT) z roku 2012, která zní *“Ergoterapie je zdravotnická profese zaměřená na klienta, která se zabývá podporou zdraví a pohody prostřednictvím zaměstnání. Hlavním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se činností každodenního života. Ergoterapeuti dosahují tohoto výsledku tím, že pracují s lidmi a komunitami na zvýšení jejich schopnosti zapojit se do zaměstnání, které chtějí, potřebují nebo mají vykonávat, nebo úpravou zaměstnání nebo prostředí tak, aby lépe podporovalo jejich pracovní zapojení.”*

Z 53 respondentů, pouze jeden (1,9 %) zvolil odpověď *„dochází jako externí pracovník“*. Tento respondent byl odeslán na text: *„Prosím, zda byste mohli tento dotazník odeslat k vyplnění vašemu ergoterapeutovi, který pracuje ve vašem chráněném bydlení. Děkuji.“* 98,1 % respondentů odpovědělo, že ergoterapeuta v chráněném bydlení nemají. Celkově tedy z šetření vychází, že z celkových 54 organizací (respondentů) probíhá ergoterapie pouze ve dvou zařízeních (3,7 %). Jeden z respondentů odpověděl na předchozí otázku, že je ergoterapeut, proto se ho již tato otázka netýkala. Ze zbývajících 52 (96,3 %) organizací, kteří

nemají v zařízení ergoterapii, bylo nutné zjistit, jaké procento by mělo o ergoterapii v zařízení zájem. V grafu číslo 5.3.1.6 můžete vidět, že více než polovina a to 33 (63,5 %) respondentů odpovědělo, že nemá zájem o ergoterapii v jejich zařízení a 19 (36,5 %) respondentů odpovědělo, že by měli zájem o ergoterapii.

Graf 5.3.1.9 – Máte ergoterapeuta v zařízení?

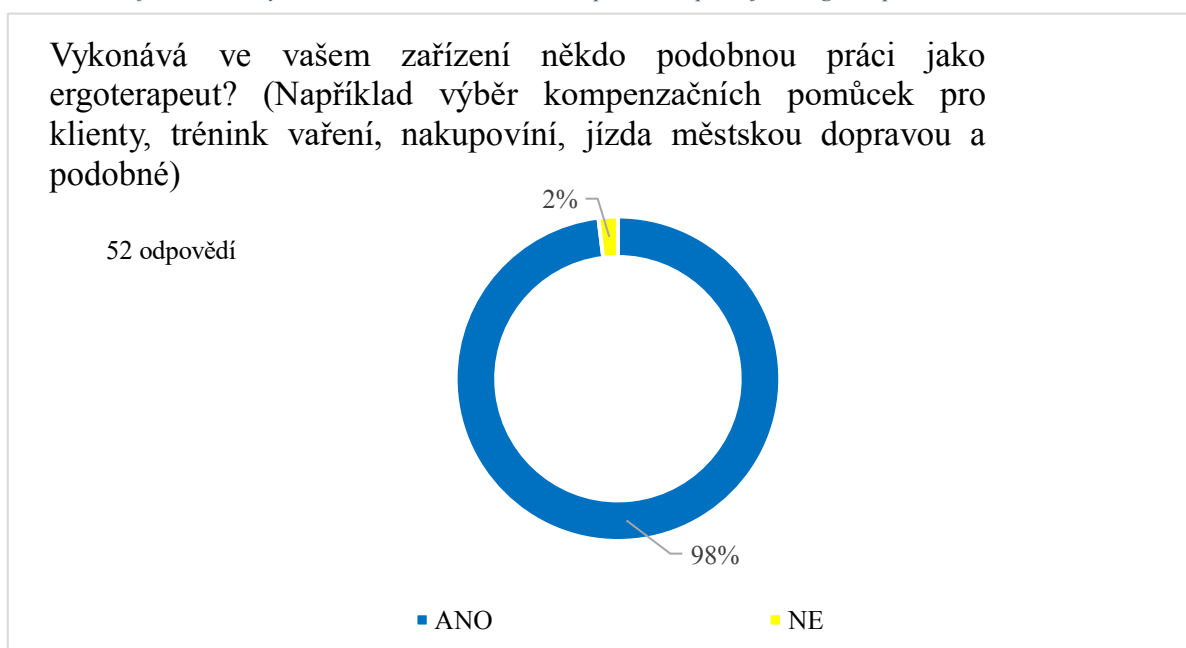


Graf 5.3.1.11 – Měli byste zájem o ergoterapii?



Na závěr bylo důležité zjistit, zda se pracovníci věnují tématům, které by mohl v zařízení řešit ergoterapeut a případně kdo takovou práci vykonává. K této otázce byly přidány příklady oblastí, na které by se ergoterapeut mohl zaměřovat, pro lepší představu respondentů. Mezi příklady byl uveden výběr kompenzačních pomůcek, nácvik vaření, nakupování či podporu v přípravě na budoucí zaměstnání. V grafu číslo 5.3.1.7 můžete vidět, že 51 (98,1 %) odpovědí bylo ANO a pouze jeden (1,9 %) respondent odpověděl NE. Pro 98,1 % respondentů, kteří na předchozí otázku odpověděli, že podobnou práci, kterou by mohl vykonávat ergoterapeut v chráněném bydlení vykonává někdo jiný čekala doplňující otevřená otázka kdo. Nejčastější odpověď 14 (27,5 %) respondentů byla „pracovník v sociálních službách“. Deset (19,6 %) respondentů odpovědělo „pracovník v sociálních službách a sociální pracovníci“. Dalších osm (15,7 %) respondentů odpovědělo „asistenti chráněného bydlení“. Další nejčastější odpověď byla „všichni zaměstnanci chráněného bydlení“, takto odpovědělo šest (11,8 %) respondentů. Následně čtyři (7,8 %) respondenti odpověděli, že tuto práci vykonávají „sociální pracovníci“. Dále dvě (3,9 %) odpovědi byly „sociálně terapeutické dílny“ a další dvě (3,9 %) odpovědi byly „pracovníci v sociálních službách a externí služba ve spolupráci s organizací“. Jeden (2 %) respondent odpověděl „pracovníci centra denních aktivit, sociální pracovníci a asistenti chráněného bydlení“. Jedna (2 %) odpověď také byla „pracovní konzultant“. Další odpovědi (2 %) bylo „pracovník přímé péče, sociální pracovník, aktivizační pracovník“. Jeden (2 %) respondent také odpověděl „vedoucí domácnosti po konzultaci na RHB, v sociálně terapeutických dílnách“. Další (2 %) odpovědi také bylo „sociální pracovníci, sociální rehabilitace“.

Graf 5.3.1.13 – Vykonává ve vašem zařízení někdo podobnou práci jako ergoterapeut?



5.3.2 Druhá část

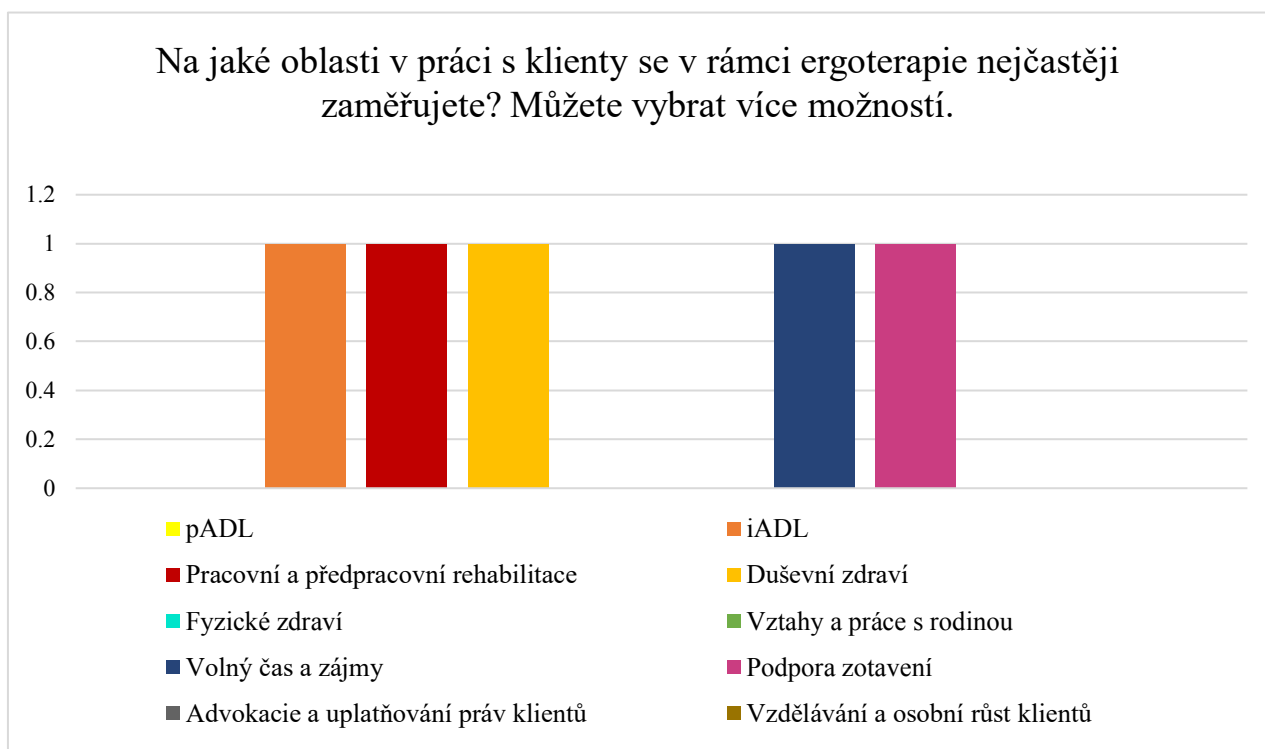
Tuto část dotazníku vyplnil pouze respondent, který na otázku „Jste ergoterapeut? Způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. § 7, tzv. Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních“ v první části odpověděl ANO. V tomto případě je to jen jeden respondent. Tento ergoterapeut pracuje v chráněném bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Otázky zde byly z větší části polouzavřené s možností vybrat více odpovědí. Na začátek bylo důležité zjistit zařazení ergoterapeuta v týmu a zjistit na jaké pozici je v sociálních službách zaměstnán V grafu číslo 5.3.2.1 můžete vidět, že respondent je zaměstnán na pozici ergoterapeut.

Graf 5.3.2.1 – Jaké je vaše zařazení v týmu?



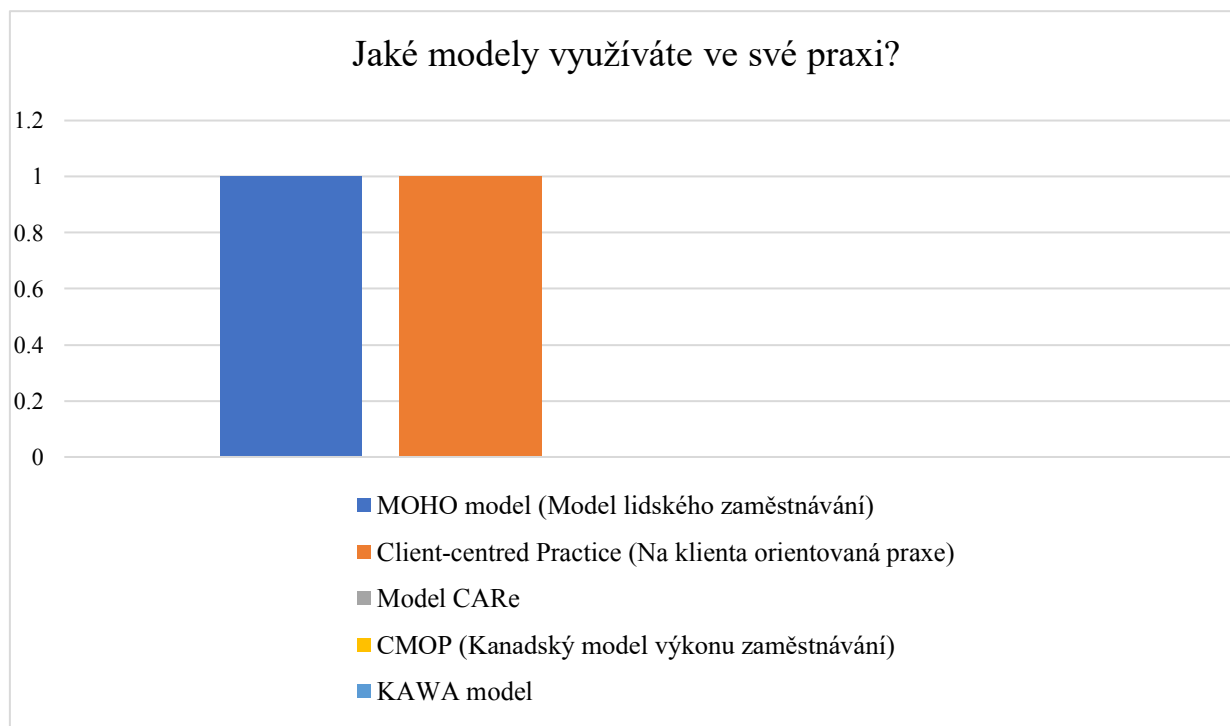
Dále byla zjišťována forma probíhajících terapií. Zde respondent odpověděl, že terapie probíhají, jak skupinově, tak individuálně. Důležité bylo také zaměření těchto terapií. V otázce na nejčastější oblasti práce s klienty ergoterapeut zvolil, že se zaměřuje nejčastěji na oblasti iADL, pracovní a předpracovní rehabilitaci, volný čas a zájmy klientů a podporu zotavení, jak můžeme vidět níže v grafu číslo 5.3.2.2. Tato otázka byla rozšířena o další otevřenou otázku, kde mohli respondenti vypsát, co je nejčastější náplní jejich práce. Odpověď respondenta zněla „Pracovní a zájmové aktivity v kontextu fyzického a sociálního prostředí, trénink kognitivních funkcí, nácvik komunikačních a sociálních dovedností, nácvik běžných denních činností.“

Graf 5.3.2.2 – Na jaké oblasti práce se s klienty nejčastěji zaměřujete?



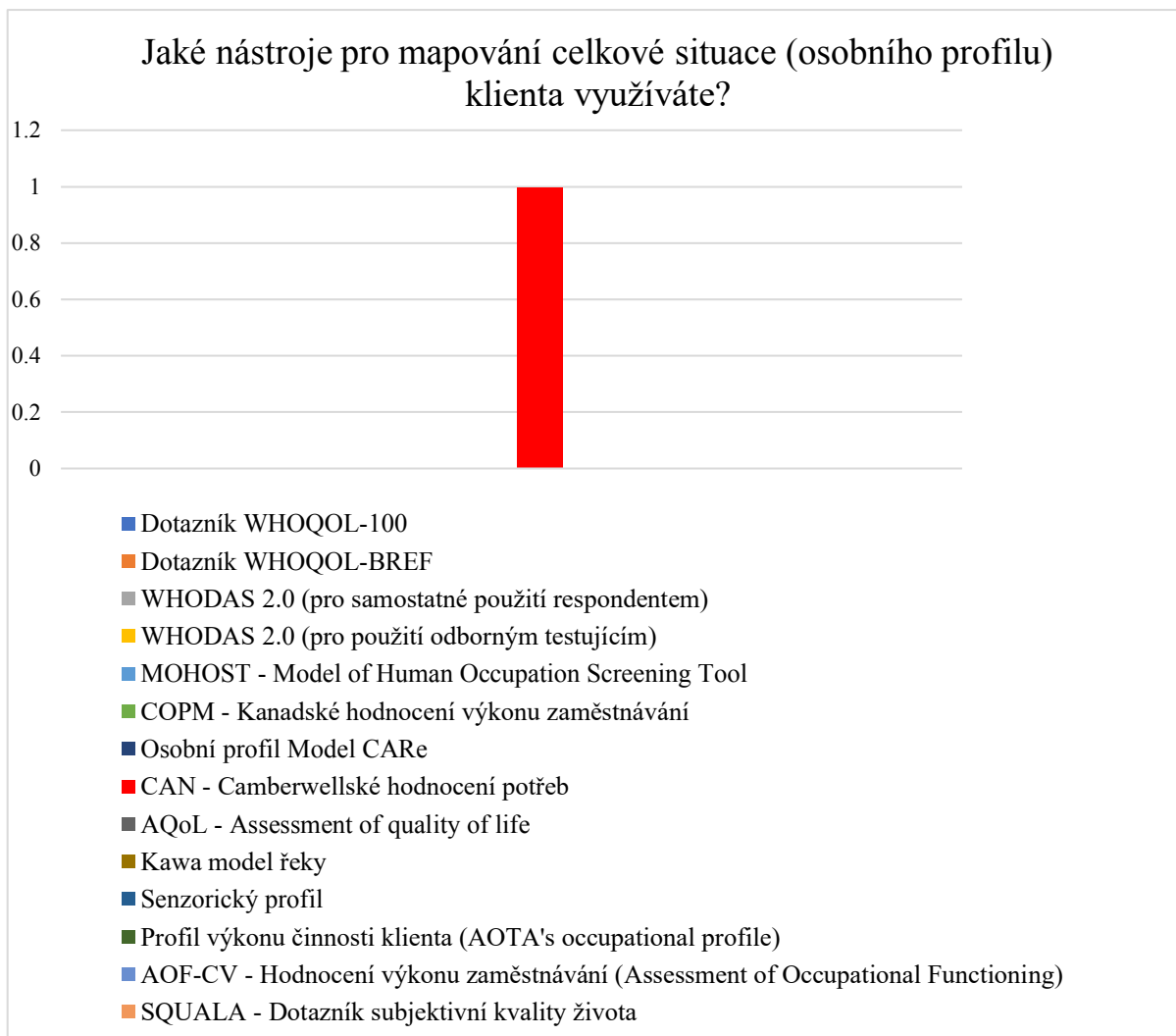
Dále se dotazník zabýval používanými ergoterapeutickými modely v praxi. Respondent odpověděl, že využívá model MOHO a Client-centred practice model.

Graf 5.3.2.3 – Jaké modely využíváte ve své praxi?



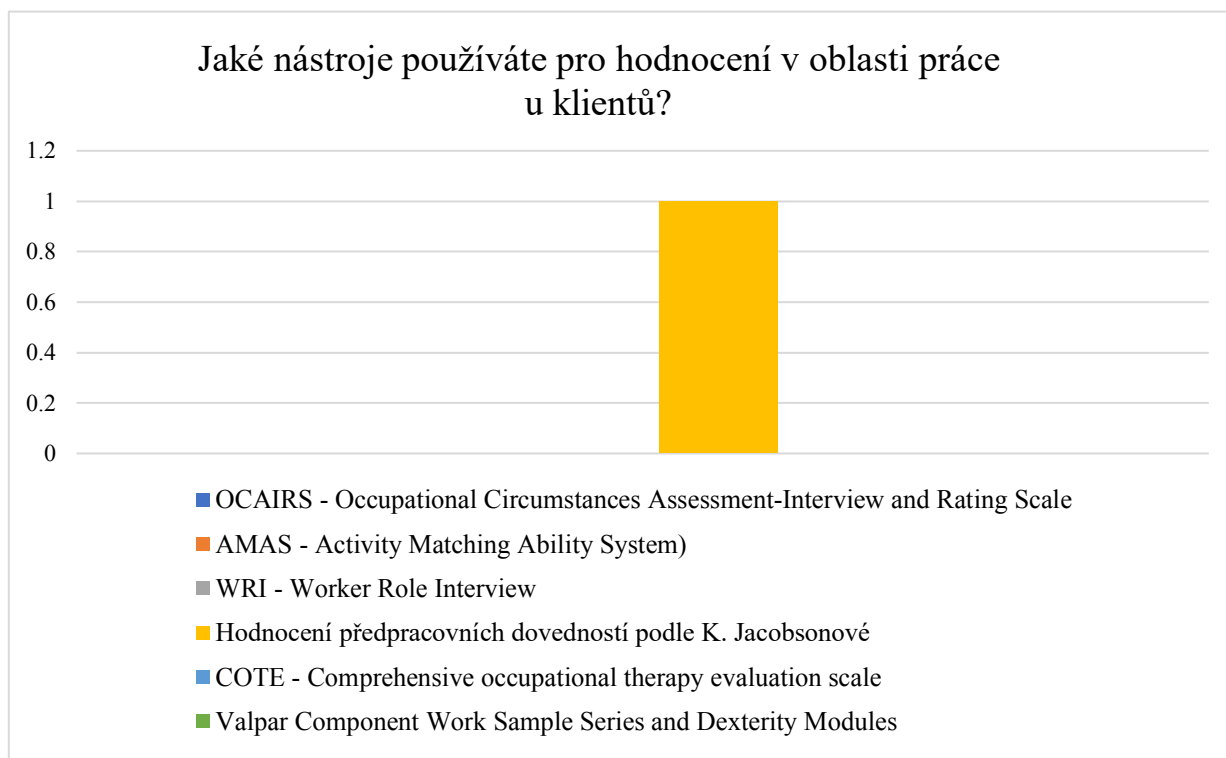
Důležité bylo také zjistit využívané nástroje v ergoterapeutické praxi v chráněných bydleních. Otázka zaměřená na nástroje mapující celkového osobního profilu klienta. Zde respondent vybral jednu odpověď, a to nástroj CAN (Camberwellské hodnocení potřeb).

Graf 5.3.2.4 – Jaké nástroje využíváte pro mapování celkové situace klienta?

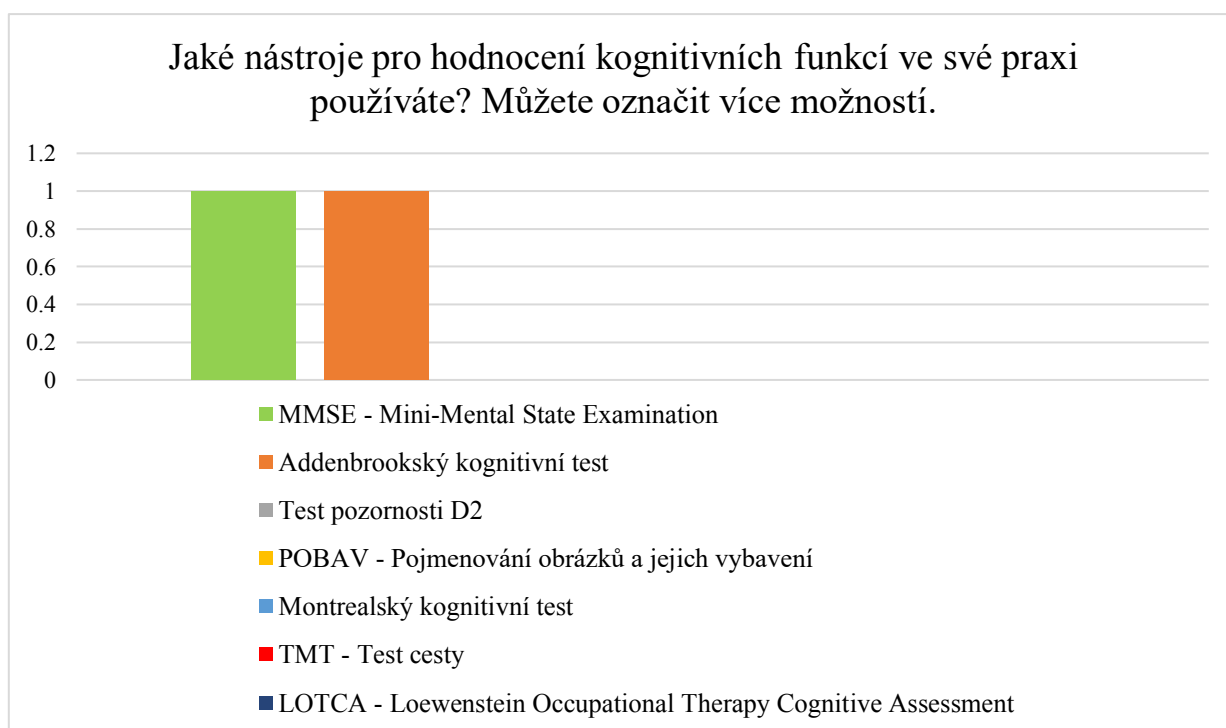


Graf číslo 5.3.2.5 ukazuje odpovědi na otázku týkající se využití nástrojů využívaných pro hodnocení pracovních možností, které jsou využívány terapeuty. Respondent vybral pouze Hodnocení předpracovních dovedností podle K. Jacobsonové. Pro hodnocení kognitivních funkcí u klientů v chráněných bydlení terapeut podle své odpovědi, kterou můžeme vidět v grafu číslo 5.3.2.6 využívá MMSE a Addenbrookský kognitivní test.

Graf 5.3.2.5 – Jaké nástroje používáte pro hodnocení v oblasti práce u klientů?

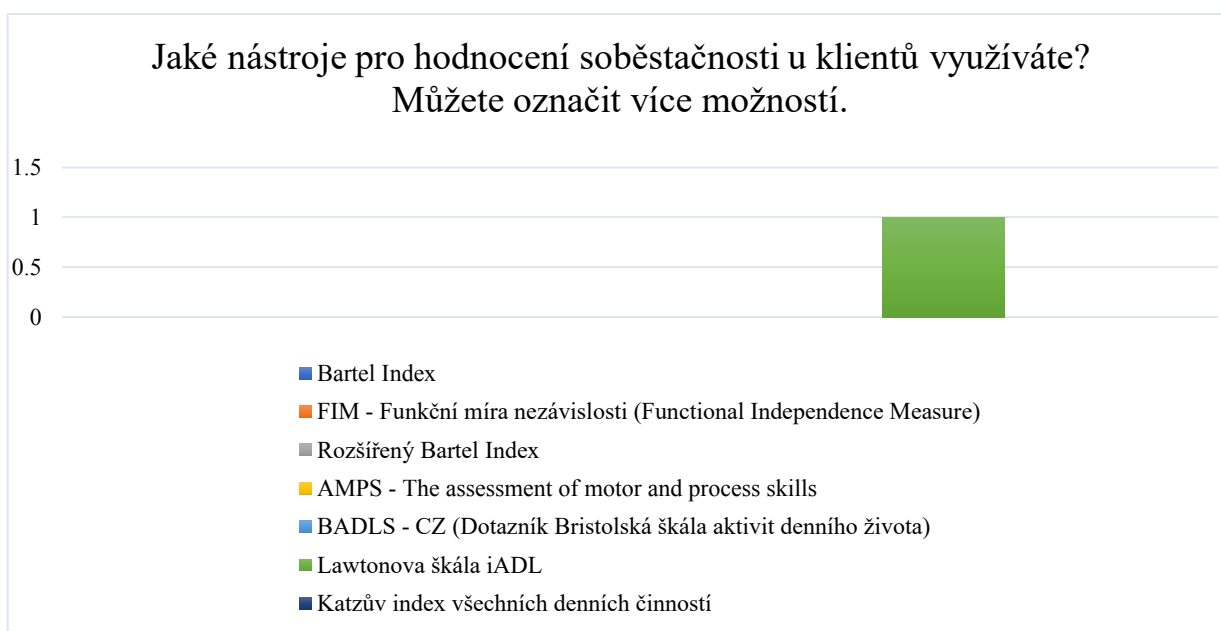


Graf 5.3.2.6 – Jaké nástroje pro hodnocení kognitivních funkcí používáte? Můžete označit více možností.



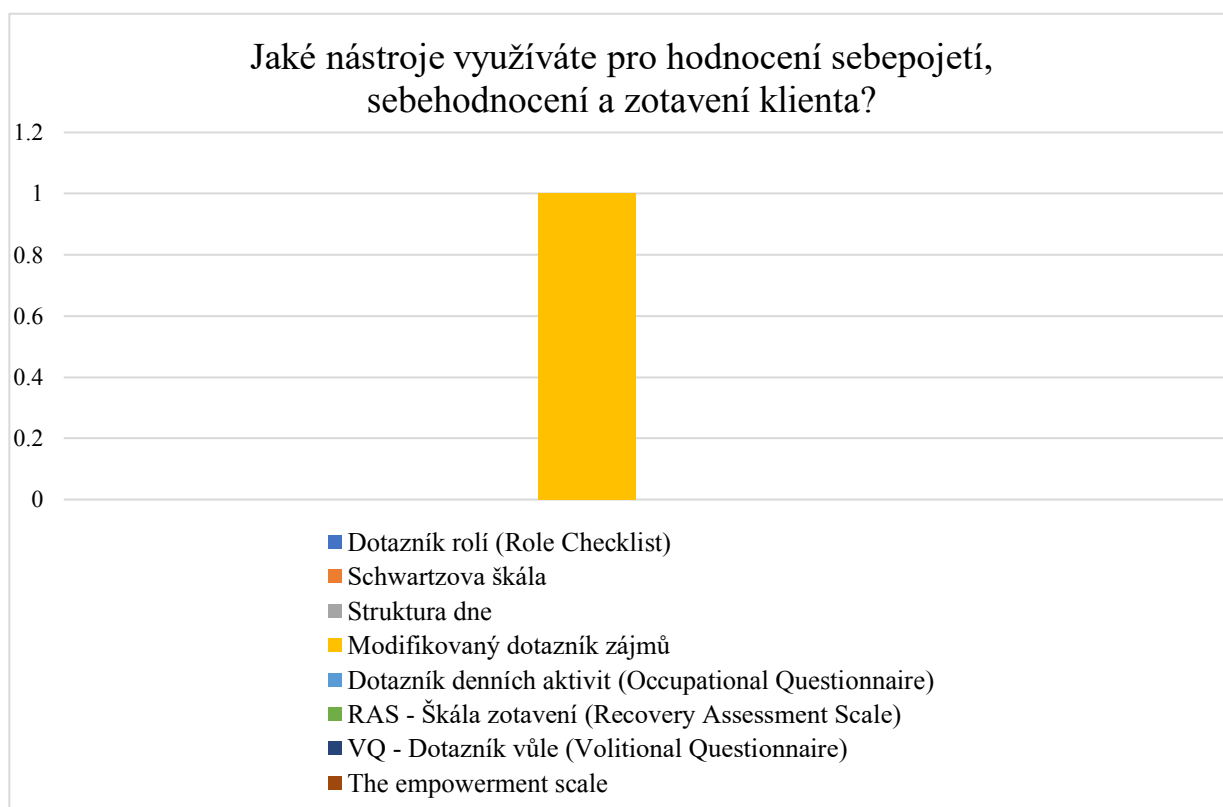
V grafu číslo 5.3.2.7 je vidět, že respondent využívá Lawtonovu škálu iADL pro hodnocení soběstačnosti.

Graf 5.3.2.7 – Jaké nástroje pro hodnocení soběstačnosti u klientů používáte?



Další otázka byla zaměřena na nástroje zaměřené na hodnocení sebepojetí, sebehodnocení a zotavení. Respondent označil jednu odpověď a to, že využívá Modifikovaný dotazník zájmů.

Graf 5.3.2.8 – Jaké nástroje využíváte pro hodnocení sebepojetí, sebehodnocení a zotavení?



Ergoterapeutické intervence v chráněných bydleních

Závěrem ergoterapeutické části dotazníku, byly otázky směřující k ergoterapeutickým intervencím. Respondenti byli požádáni, aby vybrali všechny intervence, na které se s klienty zaměřují. V tabulce číslo níže vidíte jejich přehled. Respondent vybral následující:

- Poradenství a úpravy domácího prostředí
- Podpora v hledání samostatného bydlení
- Pomoc s plánováním a strukturou dne
- Trénink sociálních dovedností
- Trénink kognitivních funkcí
- Výběr a nácvik správného používání kompenzačních pomůcek
- Poradenství a úpravy pracovního prostředí
- Trénink pracovních činností
- Podpora v hledání zaměstnání
- Trénink zvládnání stresu, trénink zvládnání emocí

Tabulka 5.3.2.1 – Výběr možností ergoterapeutických intervencí pro respondenty.

Modelové činnosti
Analýza činnosti
Poradenství a úpravy domácího prostředí
Podpora v hledání samostatného bydlení
Pomoc s plánováním a strukturou dne
Trénink sociálních dovedností
Trénink kognitivních funkcí
Výběr a nácvik správného používání kompenzačních pomůcek
Individuální plánování (Model Care)
Poradenství a úpravy pracovního prostředí
Trénink pracovních činností
Podpora v hledání zaměstnání
Trénink zvládnání stresu
Trénink zvládnání emocí
Prevence relapsu onemocnění, práce s plánem časných varovných příznaků
Poradenství a pomoc v oblasti zdravého životního stylu a životosprávy (např. jídelníček, strava)
Psychoedukace
Bobath koncept
Snoezelen
Senzorická integrace

Tato otázka byla rozšířena o otevřenou otázku. Respondenti měli vypsát jakou intervenci poskytují svým klientům nejčastěji. Respondent odpověděl následovně: „*Trénink kognitivních funkcí, Trénink pracovních činností, Trénink sociálních dovedností*“.

5.3.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Z výše uvedených výsledků vyplynulo, že ergoterapeut pracuje pouze ve dvou zařízeních (3,7 %), z toho v jednom případě dochází jako externí pracovník. Výsledek může být ovlivněn nižší návratností dotazníku. To může být ovlivněno velkým zaneprázdněním sociálních pracovníků, a také malým zájmem o ergoterapii v chráněných bydleních. 63,5 % pracovníků a vedoucích chráněných bydlení také uvedlo, že nemá zájem o ergoterapii v jejich zařízení. To může být dáno neznalostí oboru. Tyto výsledky vypovídají o tom, že ergoterapeuti ve službě chráněného bydlení vůbec nejsou běžnou součástí týmu. Je zřejmé, že obor ergoterapie není mezi odbornou veřejností v sociální sféře dobře znám. Pracovníci můžou žít v mylné představě, že práci ergoterapeutů zvládají pracovníci v přímé službě nebo sociální pracovníci, kteří klientům asistují.

Z šetření také vyplývá, že služba chráněného bydlení není v rámci území ČR rovnoměrně rozložena. Dále se ukázalo je vyšší míra služeb poskytována pro skupinu osob s mentálním postižením, protože 35,2 % respondentů uvedlo, že poskytuje službu této skupině a dalších 31,5 % uvedlo, že provozuje službu pro skupinu osob s mentálním a kombinovaným postižením. To znamená, že celkově 66,7 % respondentů poskytuje služby pro osoby s mentálním postižením. Z dotazníkového šetření také vyplývá, že jen málo služeb chráněného bydlení je určeno pro osoby s tzv. duální diagnózou (mentální postižení s přidruženou psychickou nemocí) a přitom tato skupina osob není vůbec malá. Je sice obtížné rozpoznat, zda má jedinec s mentálním postižením přidružené psychické omezení nebo jsou jeho projevy chování způsobené mentálním postižením. Lehotkay a kol. (2009) však ve své studii tvrdí, že 48,2 % jedinců s mentálním postižením, kteří byli do výzkumu zapojeni mají psychické obtíže.

Z výsledků dotazníkového šetření nemůžeme vyvodit závěry ohledně ergoterapie v chráněném bydlení, protože byla získána pouze jedna odpověď. Můžeme však říci, že z výsledků šetření vyplývá, že ergoterapeuti nejsou běžnou součástí multidisciplinárního týmu ve službách chráněného bydlení.

6 ERGOTERAPIE V CHRÁNĚNÝCH BYDLENÍCH

Tato část se zaměřuje na možné návrhy oblastí, na které by se mohl zaměřovat ergoterapeut v chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením a duševním onemocněním. Z výsledku dotazníkové šetření vyplynulo, že působení ergoterapeutů není v této službě příliš rozšířeno, přesto že v zahraničí je ergoterapeut běžnou součástí komunitních služeb. Tato část práce by tedy měla vést i k důvodům proč ergoterapeuta v chráněném bydlení zaměstnat a jaká by mohla být jeho intervence zde.

6.1 Dílčí cíl

Dílčím cílem této práce bylo ukázat možnosti ergoterapie v chráněných bydleních pro osoby s duševním onemocněním a pro osoby s mentálním postižením, a to ať už samotným ergoterapeutům, tak také sociálním pracovníkům a pracovníkům chráněného bydlení. Protože osvěta o ergoterapii je velmi důležitá a potřebná, a to nejen v sociální sféře.

6.2 Intervence

Při ergoterapeutické praxi v chráněném bydlení, stejně jako v ostatních ergoterapeutických praxích je důležité vstupní vyšetření. V chráněném bydlení bude kladen důraz na vyšetření míry soběstačnosti klienta a tím pádem bude ergoterapeut schopen nastínit jakou míru podpory bude klient nejspíše potřebovat. Dále bude důležité vyšetřit denní režim, pracovní a volnočasové aktivity a případně zjistit fyzická omezení klientů. U osob s duševním onemocněním bude také důležitý proces zotavení. Výhodné je také zjistit případná smyslová omezení, aby se klientovi mohl přizpůsobit interiér bydlení. Nesmíme také zapomenout na hodnocení kognitivních funkcí. V chráněném bydlení se tyto poznatky zaznamenají klientům do individuálního plánu a celý tým následně může společně s klientem určit cíle a plány.

Níže je uvedeno několik návrhů oblastí a případných intervencí ergoterapeuta, které by mohl vykonávat ve službě chráněného bydlení. Tyto návrhy mohou sloužit spíše jako inspirace pro ergoterapeuty, neziskové organizace a sociální pracovníky, aby bylo možné si lépe představit práci ergoterapeuta v chráněném bydlení. Možných oblastí je mnoho, a v této práci je věnována pozornost jen některým. Především těm, které jsou dle autorky důležité pro kvalitní život klienta a zároveň ty, které nemusí být ve službě chráněného bydlení v ČR příliš rozšířené.

Skupinová rehabilitace kognitivních funkcí

Omezení kognitivních funkcí se často objevuje, jak u osob s mentálním postižením, tak u osob s duševním onemocněním. Povaha problémů se může u těchto skupin lišit, avšak můžeme říci, že kognitivní rehabilitace je pro obě skupiny stejně důležitá. Lidé s duševním onemocněním mají často problém s koncentrací, zhoršením paměti a vyšší mírou dezorganizovanosti. U osob s mentálním postižením se často může objevovat dezorientace, zhoršená výbavnost slov a snížená paměťová kapacita. Při určení intenzity intervencí je důležité vědět, jaký má být jejich cíl. Ten se může lišit v každé skupině. Například u osob s mentální postižením v pokročilém věku, již není cílem zlepšovat funkce, ale spíše udržet stávající stav, po co nejdélší dobu. Také je nutné si uvědomit, že klienti v chráněném bydlení žijí dlouhodobě a mohou docházet na kognitivní rehabilitaci i několik let. Na základě těchto bodů, je vhodné najít balanc v četnosti a délce jednotlivých intervencí. Úkolem je hlavně udržení funkce a přenesení schopností do praxe. Ergoterapeut může využívat běžné aktivity spojené s praxí, úkoly tužka-papír, společenské hry, počítačové programy nebo moderní technologie (PlayStation, tablet apod.). Při intervencích dochází ke kombinaci léčebného a adaptačního přístupu. Níže je uvedeno několik příkladů aktivit a intervencí, které nejčastěji vychází z kognitivně behaviorálního rámce vztahů, který se využívá v ergoterapii u osob s psychiatrickým onemocněním.

1. Na začátek skupiny je možné využít „Aktuality“. Vždy by byl dopředu určen jeden klient, který si připraví aktuální zprávu ze světa, z domova, z oblasti politiky, sportu nebo krimi (vybere si podle zájmů). Klient aktualitu sdělí ostatním, společně probereme názory na danou věc a ostatní mohou také přispět nějakou zprávou, kterou slyšeli nebo četli. Tato aktivita je na „zahřátí“, klienti se zároveň musí orientovat ve světovém dění (kdo, kde, kdy), udržuje kontakt s realitou a světem, probíhá jistá domácí příprava na terapii a může vzniknout diskuze u stolu, kdy dochází k tréninku sociální kognice.

2. Dále úkol z kategorie tužka-papír, který je zároveň přenosný do běžného života. Spojování hodnot bankovek s osobností, která je na nich vyobrazena.

Jaká osobnost patří, ke které bankovce? Spoj!

Ema Destinová	100Kč
Tomáš Garrigue Masaryk	200Kč
Božena Němcová	2000Kč

Karel IV.	1000Kč
Jan Ámos Komenský	5000Kč
František Palacký	500Kč

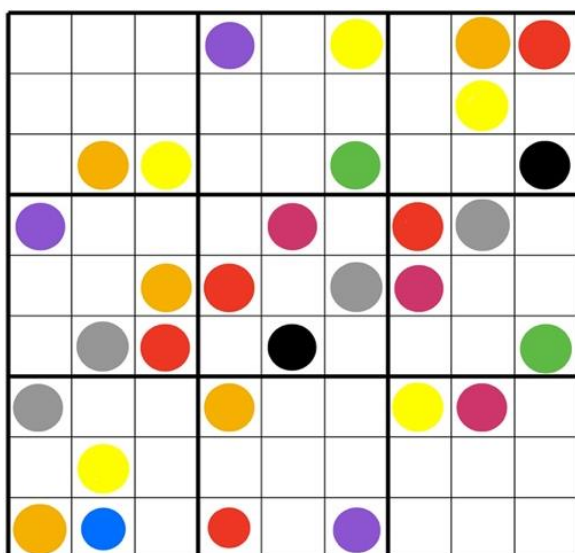
3. Mezi další úkoly mohou patřit Volné asociace. Ty posilují pozornost, abstraktní myšlení a výbavnost slov.

4. Dále může ergoterapeut využít Barevné sudoku a Klasické sudoku, které můžete vidět na Obrázcích 6.2.1 a 6.2.2. Tento úkol podporuje abstraktní a logické myšlení.

5. Mezi praktické úkoly může patřit „Plán cesty“. Klienti dostanou modelovou situaci. Mají se dostat z chráněného bydlení do Národního divadla na představení začínající v 19:00. Dostanou k dispozici mapu a jízdní řády v papírové nebo online formě. Klienti mohou pracovat samostatně nebo ve dvojicích. Jejich úkolem je naplánovat celou cestu tak, aby dorazili včas na představení. Zde trénujeme plánování, orientaci v čase (započítat cestu pěšky, čas v divadle na odložení kabátu) a práci s mapou a jízdními řády.

6. Pro trénink zrakově-prostorových funkcí můžeme využít Bludiště, Hledání rozdílů, nebo deskové hry jako například Polyssimo.

Obrázek 6.2.1 – Barevné sudoku. Převzato z: <http://www.opensky.ca/sudoku>



Obrázek 6.2.2 – Sudoku. Převzato z: <http://www.opensky.ca/sudoku>

7	6		2	3				
		1			7		5	
	3					4		
			9	6		2	4	
	5	6				1	8	
	4	2		8	1			
		8					7	
	7		4			8		
				7	8		2	4

Individuální nácvik ADL

Všední denní činnosti (ADL) jsou základní doménou ergoterapeuta. U klientů žijících v chráněném bydlení je předpoklad, že potřebují určitou podporu při vykonávání ADL. Služba chráněného bydlení je ideálním místem pro ergoterapeuta, protože může pozorovat klienta provádět činnosti v přirozeném prostředí a následný nácvik také probíhá přesně tak, jak klient bude činnost reálně vykonávat. Zde bude intervence záležet na potřebách klienta. Může sem patřit individuální terapie nakupování, práce s financemi, nácvik péče o sebe, jízdy městskou dopravou či vlakem, trénink domácích prací. Některé činnosti jako například vaření můžeme trénovat skupinově.

Například při nakupování ergoterapeut půjde společně s klientem a nechá ho provést činnost, jak je zvyklý. Po dokončení činnosti klient i ergoterapeut zhodnotí výkon. Důležité jsou otázky:

- Koupil klient vše, co potřeboval?
- Jak se orientoval v obchodě?
- Zvládl zaplatit?
- Platí hotově nebo kartou a proč?
- Jak zvládl cestu do obchodu?
- Pokud potřeboval pomoc, požádal o ní?
- Vzal si tašku či batoh na odnesení nákupu?

- Pokud ne nebo byla malá, vyřešil problém?
- Vzal správnou velikost košíku?

Důležité jsou také pocity klienta během celé činnosti a jak se s nimi dokázal vypořádat. Poté může ergoterapeut společně s klientem identifikovat problémové oblasti a zaměřit se na ně. Další nácvik může probíhat v domácím prostředí, kde ergoterapeut připravuje modelové činnosti. Samozřejmě průběžně terapie mohou probíhat přímo v obchodě.

Výběr volnočasových aktivit

Volnočasové aktivity a zájmy jsou pro každého jedince důležitou součástí seberealizace a odpočinku. Často se tedy volnočasové aktivity podílí na kvalitě života jedince, která je důležitá také pro ergoterapeuty. Je tedy nutné klienty podpořit v realizaci svých zájmů. U osob s duševním onemocněním to může být častěji návrat k činnostem, které prováděli před vypuknutím nemoci. Ergoterapeut může upravit prostředí, kde klient volnočasovou aktivitu prováděl a tím umožní pokračování v aktivitě bez přerušení, nebo stačí podpořit při vyhledávání a první návštěvě nového místa (klub, centrum, organizaci), kde může klient aktivitu provádět (například po přestěhování do chráněného bydlení). U osob s mentálním postižením se můžeme častěji setkávat s tím, že potřebují pomoci najít činnosti, které by si oblíbili. Ergoterapeut může volnočasové aktivity klientů zmapovat například Dotazníkem zájmů (Interest checklist, dle Matsutsuyu 1969), který mapuje u spousty aktivit, zda jedinec činnost vykonával v minulosti, zda jí vykonává teď, anebo zda by jí chtěl vyzkoušet. Je zde na výběr velké množství aktivit jako například čtení, kempování, sledování TV, politika, oblékání a mnoho dalších. Může tak pro klienty sloužit zároveň jako inspirace. Zároveň je tento dotazník přeložen do českého jazyka. Ergoterapeut může klientům následně doporučit spolky, sdružení, neziskové organizace, kluby pro hraní deskových her, sportovní aktivity či svépomocné kluby. Vždy je však lepší, pokud se klient začlení do aktivity v běžné společnosti a dochází tak k inkluzi osob s disabilitou. Některé nadané jedince můžeme vést také k profesionalitě v dané oblasti. Například pro sportovce s mentálním postižením zde máme Český svaz mentálně postižených sportovců.

Další oblastí, kterou někteří mohou považovat jako volnočasovou aktivitu, někteří za životní styl a někdo za nutné zlo je zdravá životospráva. Ať už je postoj jedince k této oblasti jakýkoliv, je zřejmé, že zdravá životospráva je důležitá pro kvalitu života a zdraví, a proto tato oblast také patří do ergoterapeutické intervence. Je důležité zaměřit se na jídelníček, zdravý

pohyb a spánek. Ergoterapeut může s klientem sestavit jídelníček, plán dne, do kterého zahrnou sportovní aktivity a přestávky na jídlo a následně vytvořit strategie pro dodržování tohoto režimu. V oblasti spánku může ergoterapeut poradit správnou spánkovou hygienu, zdůraznit význam kvalitního spánku, případně pomoci klientovi zjistit příčinu nekvalitního spánku a časté únavy, nebo jedince odeslat k příslušným odborníkům.

Skupinové cvičení

Jak již bylo zmíněno pohyb je důležitou součástí zdraví. Je prokázáno, že pravidelná pohybová aktivita patří mezi prevence vzniku civilizačních onemocnění a obezity. V ČR na doporučení WHO se vláda snaží podporovat obyvatele ke zdravé pohybové aktivitě a tyto cíle uvádí v dokumentech Zdraví 2020 (realizace 2011-2020) a Zdraví 2030 (realizace 2021-2030), které si za své dílčí cíle mimo jiné stanovují podporu programů pohybové aktivity. Pohybová aktivita je důležitá samozřejmě i u osob s disabilitou. Zde jsou navíc i další faktory, které mohou přispívat ve vzniku obezity, jako například užívání léčiv, nebo hypoaktivita z důvodu disability. Je také prokázáno, že pohybová aktivita má vliv, jak na fyzické zdraví, tak i na to duševní. Proto je doporučována pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Může totiž významně ovlivnit jejich kvalitu života.

Ergoterapeut proto může v chráněném bydlení provozovat skupinovou pohybovou aktivitu. Skupina by mohla mít široké zaměření pohybových aktivit, jednak z důvodu pestrosti aktivit, a také proto, aby měli klienti možnost vyzkoušet více aktivit a zjistit, co je baví. Cvičení by určitě mělo být zaměřeno na zdravé držení těla a dodržovat fyziologii lidského těla. Je možné využívat prvky dechové gymnastiky, posilovací cvičení, kardiovaskulární cvičení, prvky jógy a relaxace nebo je možné spojit pohyb s hudbou, kdy mohou klienti nechat volný průchod svým emocím a uvolnit se. Terapeut také může využít venkovní sportovní aktivity jako hru frisbee, badminton či líný tenis. Dále je také možné využít procházku v lese či parku, kde působí na naši psychiku také příroda.

Školení pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků v chráněném bydlení

Další oblastí, která je neméně důležitá je vzdělávání všech pracovníků v chráněném bydlení. Ergoterapeut může školit ostatní personál v otázkách podpory a budování soběstačnosti klientů, o ergonomii práce, a také dostupných kompenzačních pomůcek a strategií. Ergonomii práce můžeme vnímat ze dvou hledisek. Prvním je práce s klienty, kteří mají přidružené fyzické komorbidity a potřebují asistenci při přesunech, chůzi do schodů,

koupání či oblékání. Zde je nutné pracovníky v přímé péči naučit správným strategiím při dopomoci klientům, aby nedocházelo k přetěžování pracovníků. Je důležité, aby znali pravidla ergonomie při přesunech a další asistenci. Druhým hlediskem je myslet také na fyzické zdraví klientů. Pohlídat a poradit ergonomické postupy a zásady při jejich výkonu činností a práci.

Ergoterapeut by se mohl podílet na zaškolení nově příchozích pracovníků a také předávat nové poznatky z výše zmíněných oblastí stávajícím zaměstnancům služby. Zároveň může nabídnout služby vzdělávání a školení zaměstnancům jiných organizací, kdy navíc bude rozšiřovat povědomí o ergoterapii a jejich přínosech v sociálních službách.

Ergoterapeut se také může podílet při výstavbě nebo rekonstrukci chráněných bytů a domů, kdy bude radit při rozložení jednotlivých místností, přístupu do obydlí a vybavení jednotlivých místností s ohledem na potřeby klientů, pro které bude služba určena. Může se jednat například o vybavení koupelny sprchovým koutem s madly a protiskluzovými podložkami, přidáním madel na WC, rozložením a výškou kuchyňské linky či funkční vybavení společných prostor. Nebo třeba také vybavením jednotlivých pokojů tak, aby se je každý klient mohl individuálně upravit podle svého vkusu a potřeb.

Pracovní a předpracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je velmi důležitou součástí ergoterapie a také sociální rehabilitace. Dnes se sociální pracovníci v organizacích stále častěji zabývají pracovním uplatněním klientů. Je proto důležité tuto oblast řešit v každé organizaci individuálně. Každopádně ergoterapeut může v této oblasti vytvořit skvělý tým společně se sociálním pracovníkem a klientem.

Na závěr celé této kapitoly se hodí zdůraznit, že tyto návrhy intervence jsou pouze výběrem autorky založené na nastudované literatuře a praxi. Jde pouze o to poukázat na možný význam ergoterapeutů v chráněných bydleních a jejich širokém uplatnění. Je mnoho oblastí, na které se ergoterapeut může v chráněném bydlení zaměřit. Vždy je nutné zohlednit konkrétní službu, její klienty a také personální obsazení. Je také nutné dodat, že ergoterapeut může samozřejmě pracovat v chráněném bydlení jako pracovník v přímé péči s klienty.

7 DISKUZE

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat ergoterapii v sociální službě chráněného bydlení pro osoby s mentální postihem a pro osoby s duševním onemocněním. Pro splnění tohoto cíle bylo vytvořeno dotazníkové šetření. Dílčím cílem bylo zjistit možnosti ergoterapie v chráněném bydlení pomocí nastudované literatury a získané praxe.

Podle Světové zdravotnické organizace (2022) každý osmý jedinec na světě dlouhodobě žije s duševním onemocněním. Toto číslo se v průběhu let neustále zvyšuje. Duševní porucha narušuje všechny aspekty života. Podle MNK-10 patří do kategorie duševních poruch a poruch chování také mentální postižení. Ergoterapie si klade za cíl umožnit lidem účastnit se každodenních činností, prožívat plnohodnotný život a být začleněn do společnosti. I proto má v péči o duševně nemocné nezastupitelné místo.

Ergoterapie je v České republice v péči o duševně nemocné zastoupena hlavně v institucionální péči. To znamená v psychiatrických nemocnicích či na psychiatrických odděleních. V komunitní péči u nás ergoterapeuti jsou především v denních stacionářích, které jsou nejčastěji zřízeny psychiatrickými nemocnicemi nebo neziskovými organizacemi. V zahraničí jsou ergoterapeuti důležitými členy multidisciplinárního týmu v komunitní péči. Tento rozdíl však může být dán rozdílnou péčí o osoby s duševním onemocněním. Zatímco u nás teprve probíhá přechod od nemocniční péče k péči komunitní, díky probíhající reformě psychiatrické péče, v západních zemích již touto transformací prošli. Komunitní péče o duševně nemocné klade důraz na začlenění modelu zotavení. Filozofický základ modelu zotavení se dobře hodí k ergoterapii, protože účelem ergoterapie je zvýšit schopnost jedince žít co nejsamostatněji v komunitě a zároveň se zapojit do smysluplných a produktivních životních rolí (AOTA, 2016). Ergoterapeutická intervence také zlepšuje zapojení osob se závažným duševním onemocněním do komunity (Castaneda, Olson, Radley, 2013).

Jak se zde již zmíněno, tak v České republice probíhá v několika posledních letech reforma psychiatrické péče, jejímž cílem je zlepšení péče o duševně nemocné, deinstitucionalizace a destigmatizace. V rámci této reformy vznikla nová terénní služba Centra duševního zdraví (CDZ) které by měli pomoci propuštěným jedincům při jejich reintegraci zpět do společnosti a zabránit opětovným hospitalizacím. Tým CDZ je složen z psychiatra, psychiatrické sestry, psychologa a sociálního pracovníka (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013). Dále mají v rámci reformy vznikat nová akutní lůžka na psychiatrických odděleních a

mají se snižovat kapacity psychiatrických nemocnic. Pacienti se mají přesouvat z ústavních zařízení do komunity s podporou sociálních a ambulantních služeb (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Dalším výrazným bodem reformy je destigmatizace duševní nemoci mezi odbornou i laickou veřejností. Díky této reformě je potřeba posílit služby komunitní péče, propuštění jedinci, kteří byli často hospitalizováni i několik let, nezůstali bez pomoci.

Komunitní služby neboli sociální služby jsou důležité pro dlouhodobou péči o klienta a jeho pozvolného začlenění do běžného života. Poskytují služby v oblastech poradenství, krizové intervence, práce, bydlení a volného času jedince. Sociální služby se v ČR řídí zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách, avšak další státní metodiky o péči v sociálních službách chybí. Ani probíhající reforma psychiatrické péče příliš nemyslí na skupinu osob s mentálním postižením. Proto je často péče v sociálních službách nejednotná a má různou kvalitu. Sociální služby jsou nejčastěji řízeny neziskovými informacemi, které si vytváří vlastní modely a metodiky péče. Mezi tyto služby patří i chráněné bydlení, které je pobytovou službou sociální péče. Může mít formu skupinovou a individuální (Česko, 2006). Zde mají klienti svůj domov, zároveň se jim dostává individuální míra podpory a žijí v komunitě. U některých klientů může tato služba fungovat jako mezikrok mezi akutní péčí a odchodem do vlastního bydlení a pro některé to může být nejvyšší míra soběstačnosti jaké dosáhnou (Moravskoslezský kraj, 2018). Klienty zde tedy zdokonalují své schopnosti pro samostatný plnohodnotný život. Právě proto by bylo vhodné zařazení ergoterapeuta do týmu chráněných bydlení. Ten je totiž expertem na soběstačnost a kvalitu života.

Dostupná literatura v naší zemi o sociální službě chráněného bydlení a obecně o komunitní péči u osob s duševním a mentálním postižením není příliš rozsáhlá. Málo rozvinutá je v české literatuře také ergoterapie v komunitních službách. Ta se zabývá hlavně pracovní rehabilitací, avšak působení ergoterapeuta v chráněném bydlení nikoliv. I proto bylo jako součást této práce vytvořeno dotazníkové šetření, které mělo mapovat působení a možnosti ergoterapeuta v chráněných bydleních u osob s duševním a mentálním postižením. Hlavní výsledek šetření podporoval i výsledky v literatuře. Ergoterapeuti nejsou vůbec běžnou součástí chráněných bydlení. Výsledky ukazují, že z celkového počtu 54 respondentů mají pouze ve dvou zřízeních ergoterapeuta. Kdy jeden je zde běžně zařazen do týmu a druhý do služby dochází jako externí pracovník. Dotazník má své limity v jeho návratnosti, avšak i to může ukazovat na smýšlení ze strany sociálních pracovníků v chráněném bydlení o ergoterapii. To dokládají i další výsledky šetření, kdy více jak polovina respondentů nemá zájem o ergoterapeuta v zařízení. To může ukazovat na neznalost oboru a jeho možností, nebo obavy

z proplácení výkonů ergoterapeuta jako zdravotního pracovníka. V druhé části dotazníkové šetření, která se zaměřovala na ergoterapeutickou intervenci v chráněných bydleních odpověděl pouze jeden respondent. Nelze proto tyto výsledky o prováděných intervencích prezentovat jako vypovídající vzorek. Z důvodu výsledků šetření, je další část práce zaměřená na možnosti ergoterapeuta v sociální službě chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním a pro osoby s mentálním postižením. Tento přehled je nutné brát jako ukázkou možností a přiblížení možné ergoterapeutické intervence v chráněných bydleních. Měla by sloužit jako inspirace pro ergoterapeuty, ale především pro sociální pracovníky chráněných bydlení, aby si lépe dokázali představit práci ergoterapeutů a poznali jejich přínos pro klienty. Mezi hlavní možnosti intervence je uváděna skupinová kognitivní rehabilitace, nácvik ADL, skupinové cvičení pro duševní i tělesné zdraví, výběr volnočasových aktivit a začlenění do komunity nebo také školení pracovníků v rámci správné ergonomie práce či využívání kompenzačních pomůcek.

V teoretické části jsou dále uvedené vybrané sociální služby, které se zaměřují na oblast práce. Osoby s duševním onemocněním nejčastěji využívají službu podporovaného zaměstnání, přechodného zaměstnání a chráněného pracovního místa. Jsou to pracovní místa na běžném trhu práce. U podporovaného zaměstnávání má jedinec s disabilitou i zaměstnavatel na určitou dobu k dispozici pracovního asistenta, který pomáhá s celkovým zařazením jedince s duševním onemocněním do pracovního procesu (Černá, 2015). Přechodné zaměstnání zprostředkovává organizace. Pracovní nabídka je na omezenou dobu (většinou tři měsíce). Výhodou pro jedince s postižením je možnost vyzkoušet si danou pracovní náplň bez závazků, anebo se také například nemusí bát ztráty práce při relapsu onemocnění. Na druhou stranu organizace zaměstnavateli vždy zajistí výkon práce. Pokud klient nedorazí do práce, zastoupí ho jiný klient nebo sám asistent (Petr, Marková, 2014). Chráněné pracovní místo je přímo zřízeno pro jedince s postižením, kde má vlastní podmínky práce. U osob s mentálním postižením jsou služby na podporu práce stejné, avšak velmi se nevyužívá přechodné zaměstnání. Potřebují však jiný druh podpory. Důležitou sociální službou v oblasti práce je také pracovní rehabilitace, která je zřizována krajskou pobočkou Úřadu práce (Sládková, 2021). S klientem se v rámci této služby sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace a cílem je nejčastěji získání a udržení pracovního místa.

I přesto že, v 10. Revizi Mezinárodní klasifikace je mentální postižení zahrnuto do skupiny duševní porucha poruch chování, péče o tuto skupinu se liší. Lidé s mentální postižením zpravidla potřebují péči již od dětství. Je potřeba jim zajistit speciální vzdělávání, často i zaměstnání a velkou část života o ně pečují rodina. Jedinci mohou mít od lehkého až po

hluboké postižení a tento stupeň může často určit jakou míru potřeby budou v životě potřebovat (Valenta a kol 2018). Můžeme říct, že jiná péče a potřeby budou u jedince s lehkým postižením než u jedince s hlubokým postižením. Z tohoto důvodu je nutné pohlížet na jedince individuálně (Pipeková, 2010). Důležitou oblastí pro kvalitní život osob s mentálním postižením je jejich sexualita. Ta totiž patří mezi základní lidské potřeby a dlouhou dobu se u osob s mentálním postižením přehlížela, tlumila léky, nebo se přebytečné napětí uvolňovala nadměrnou fyzickou prací jedinců (Valenta a kol., 2018). V této oblasti je důležitá edukace jedinců o anatomii a fyziologii těla, antikoncepci, vhodném a nevhodném chování, partnerských vztazích, sexuálně přenosných nemocech, těhotenství a lásce (Medina-Rico, López-Ramos, Quiñonez, 2017). Většinou se u osob s lehkým mentálním postižením vyvine také potřeba rodičovství. Zde je opět nutné důkladně zjistit motivaci a obeznámit je se všemi okolnostmi. Pokud se i poté rozhodnout rodinu, je dobré je v jejich rozhodnutí podpořit a poskytnout jim potřebnou pomoc (Lam a kol, 2021).

Ergoterapie je u osob s mentálním postižením také velmi rozdílná. Záleží na věku, míře postižení a potřebách jedince. Ergoterapeuti pomáhají jednotlivcům rozvíjet nové dovednosti, modifikovat aktivitu nebo upravit prostředí tak, aby došlo k co nejlepšímu souladu mezi osobou, aktivitou a prostředím. U osob s mentálním postižením je pro ergoterapeuta často důležitá spolupráce s rodinou. Ergoterapeut může do rodiny přinést jiný pohled, lépe pochopit potřeby jedince a komunikovat je dál do rodiny. Je důležité, aby rodina rozvíjela schopnosti jedince, ale také myslela na své zdraví. Ergoterapeut je odborník v oblasti aktivit každodenního života, které je důležité u osob s mentálním postižením rozvíjet a podporovat již od dětství. Nejenže ergoterapeuti mohou pomoci zlepšit život lidí s mentálním postižením, ale pomáhají obohatit komunitu tím, že zajišťují, aby každý její člen byl co nejsamostatnější (Hällgren, Kottorp, 2005).

Lidé s mentálním i duševním onemocněním potřebují často dlouhodobou podporu a péči, aby mohli vést samostatný a smysluplný život. Pro jejich osamostatnění je potřeba nejen podpora jejich blízkých, ale také funkční systém péče, který jim na jejich cestě pomůže a zároveň jim dodá správnou míru svobody. Pro obě tyto skupiny je také bohužel stále typická stigmatizace. Té můžeme předcházet osvětou a také začleňování osob s disabilitou do společnosti. Vyloučení ze společnosti také bývá častým problémem obou výše zmíněných skupin osob. Zde může hrát ergoterapie v komunitních službách zásadní roli. Role ergoterapeuta může spojovat pohled na zdravotnictví a sociálních služeb. Jejím hlavním úkolem

v komunitních službách je socializace vyloučených osob, a to ať již přes volnočasové aktivity, pracovní začlenění, zlepšování komunikace nebo osvětu v odborné i laické veřejnosti.

Nepochybně je důležité nadále věnovat tématu ergoterapie v chráněném bydlení a obecně i ergoterapii v komunitních službách pozornost. Je potřeba blíže určit počty ergoterapeutů pracujících v chráněných bydleních a následně zmapovat jejich práci. Následně je důležité i nadále šířit povědomí o oboru ergoterapie a důležitosti komunitních služeb v odborné i laické veřejnosti a také pracovat na destigmatizaci osob s disabilitou a pokračovat v jejich aktivním začleňování do společnosti.

8 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnuje problematice a možnostem ergoterapie v chráněných bydleních pro osoby s mentálním a duševním onemocněním. Cílem práce bylo zmapovat ergoterapii a její možnosti v chráněných bydleních pomocí dotazníkového šetření v sociálních službách. Výsledky šetření ukázaly nízké a nedostatečné působení ergoterapeutů ve službách chráněného bydlení pro osoby s mentálním a duševním onemocněním. Pro další šetření je vhodné zjistit z jakého důvodu ergoterapeuti v těchto službách nepracují. Na základě výsledků šetření byly v práci vytvořeny možné ergoterapeutické intervence v chráněných bydleních. Ty by měli sloužit především pro sociální pracovníky chráněných bydleních, aby pochopili možný význam ergoterapie v této oblasti a samozřejmě.

V teoretické části byly popsány základní oblasti práce u osob s mentálním postižením a u osob s duševním onemocněním jako například etiologie, pracovní uplatnění, vzdělání, zotavení a ergoterapeutická intervence u obou skupin. Věnuje se také probíhající reformě psychiatrické péče, která by měla přinést deinstitucionalizaci, destigmatizace a zlepšení psychiatrické péče. I proto je kladen důraz na sociální služby, které budou důležité pro pacienty propuštěné z psychiatrických léčeben. Mezi aktuální problémy obou skupin patří také stále velká míra stigmatizace, sociálního vyloučení a problémy v komunikaci s okolím. Zde může být důležitá ergoterapie, která se zaměřuje na soběstačnost při každodenních činnostech, kvalitu života a začlenění do společnosti. Hodnoty ergoterapie se také shodují s hodnotami zotavení, které se nyní používá při léčbě duševních onemocněních.

Pro další vývoj tohoto tématu je vhodné zjistit působení ergoterapeutů i v dalších komunitních službách, kde by mohl najít svoje uplatnění. Dále je důležité rozšiřovat povědomí o ergoterapii mezi pracovníky sociálních služeb a ukazovat jich benefity pro službu samotnou i klienty.

9 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

American Occupational Therapy Association. *Mental health and well-being* [online]. 2021 [cit. 22-11-10]. Dostupné z: <https://www.aota.org/practice/clinical-topics/mental-health>

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION [online fact sheet]. *Occupational Therapy's Role with Mental Health Recovery* [online]. 2016 [cit. 2022-9-17]. Dostupné z: <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Mental%20Health%20Recovery.pdf>

American association on intellectual and developmental disabilities. *Defining Criteria for Intellectual Disability* [online]. 2022 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>

ANTHONY, William. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. 1993, **16**(4), 11–23 [cit. 2022-10-11]. ISSN 1475-7192. Dostupné z: https://recoverydevon.co.uk/wp-content/uploads/2010/01/Recovery_from_Mental_Illness_Anthony_1993.pdf

BUSFIEL, Joan. *Mental illness*. Cambridge: Polity Press, 2011. ISBN 978-0-7456-4905-4.

CASTANEDA, Roxanne, Linda OLSON, Laurel Cargill RADLEY. *Occupational Therapy's Role in Community Mental Health: fact sheet* [online]. American Occupational Therapy Association, 2013 [cit. 2022-9-20]. Dostupné z: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/MH/Facts/Community-mental-health.pdf>

CROWTHER, Ruth, Max, MARSHALL, Gary, BOND, Peter, HUXLEY. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *British medical Journal* [online]. 2001, **322**(7280), 204-208 [cit. 2022-9-20]. ISSN 1756-1833. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7280.204>

ČÁMSKÝ, Pavel, Dagmar, KRUTILOVÁ a Jan, SEMBDNER. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0027-7.

ČELEĐOVÁ, Libuše, Rostislav, ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

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

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb. ze dne 13. května 2004, o zaměstnanosti. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_435_2004

DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES. 10 Guiding principles of recovery: SAMHSA's Working definition of recovery. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [online]. 2012 [cit. 2022-8-10]. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>

DRAKE, Robert, Rob, WHITLEY. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2014, **59**(5), 236-242 [cit. 2022-8-02]. ISSN 0706-7437 DOI: 10.1177/070674371405900502

DOSBABA, Filip, Dagmar, KŘÍŽOVÁ, Martin HARTMAN a kol. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing, 2021. ISBN: 978-80-271-4225-5.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-9855-4.

FORMÁNEK, Tomáš, Anna. KAGSTRÖM, Pavla, CERMAKOVA, Ladislav, CSÉMY, Karolína MLADÁ, Petr WINKLER. Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry* [online]. 2019, **60**, 1-6 [cit. 2022-9-16]. ISSN 1778-3585. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2019.05.001

FORRESTER-JONES, Rachel, John CARPENTER, Pauline COOLEN-SCHRIJNER, Paul CAMBRIDGE, Alison TATE, Jennifer BEECHAM, Angela HALLAM, Martin KNAPP, David WOOFF. The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals. *Journal of applied research in intellectual disabilities* [online]. 2006, **19**(4), 285-295 [cit. 2022-11-2]. ISSN 14683148 DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00263.x>

GRIFFIN LANNIGAN, Elizabeth, Susan NOYES. Occupational Therapy Interventions for Adults Living With Serious Mental Illness. *The American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2019, **73**(5), 1-5 [cit. 2022-11-3]. ISSN 1943-7676. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.735001>

GUSMÃO, Elaine Custódio Rodrigues, Genival Silva, MATOS, João Carlos ALCHIERI, Tânia Couto Machado, CHIANCA. Social and conceptual adaptive skills of individuals with Intellectual Disability. *Revista da escola de enfermagem da USP* [online]. 2019, **53**(e03481), 1-8 [cit. 2022-11-3]. ISSN 1980-220X. DOI: 10.1590/S1980-220X2018014903481

HÄLGREN, Monika, Anders, KOTTORP. Effects of occupational therapy intervention on activities of daily living and awareness of disability in persons with intellectual disabilities.

Australian occupational therapy Journal [online]. 2005, **52**(4), 350-359 [cit. 2022-9-20]. ISSN 1440-1630. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00523.x>

HEMPHILL-PEARSON, Barbara. *Assessments in Occupational Therapy Mental Health: An Integrative Approach* [online]. 2. vydání. Thorofare: SLACK Incorporated, 2008. ISBN 978-1-55642-773-2.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

HOLÝ, Luboš a Jiří ŠIBOR. Stigma duševního onemocnění a škola. In CONTEMPORARY DISCOURSE ON SCHOOL AND HEALTH INVESTIGATION. 1. vyd. Pedagogická fakulta MU Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy University, 2008. s. 145-151. School and Health 21. ISBN 978-80-7392-041-8.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3011 3.

HÖHL, Werner, Sandra MOLL, Andreas PFEIFFER. Occupational therapy interventions in the treatment of people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry* [online]. 2017, **30**(4), 300-305 [cit. 2022-8-02]. ISSN 14736578. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000339

JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

JOHNSON, Khalilah, Meghan BLASKOWITZ, Wanda MAHONEY. Occupational Therapy Practice with Adults with Intellectual Disability: What More Can We Do? *The Open Journal of Occupational Therapy* [online]. 2019, 7(2) [cit.2022-11-3]. DOI: <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1573>

JUSTICE, Helen, David HAINES, Jon WRIGHT. Occupational therapy for adults with intellectual disabilities and sensory processing challenges: a Delphi study exploring practice within acute assessment and treatment units. *Irish Journal of Occupational Therapy* [online]. 2021, **49**(1), 28–35 [cit. 2022-11.1]. ISSN 2398-8819. DOI: <https://doi.org/10.1108/IJOT-11-2020-0018>

IDEISHI, Roger, Mariana D'AMICO a Tracy JIRIKOWIC. *Occupational Therapy's Role with Supporting Community Integration and Participation for Individuals With Intellectual Disabilities: fact sheet* [online]. American Occupational Therapy Association, 2013 [cit. 2022-9-20]. Dostupné z:

<https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatIsOT/RDP/Facts/Intellectual-Disabilities.pdf>

KILLASPY, Helen, Stefan PRIEBE, Michael KING, Sandra ELDRIDGE, Paul McCRONE, Geoff SHEPHERD, Maurice ARBUTHNOTT, Gerard LEAVEY, Sarah CURTIS, Peter McPHERSON, Sarah DOWLING. Supported accommodation for people with mental health problems: the QuEST research programme with feasibility RCT. *NIHR Journals Library* [online]. 2019, 7(7) [cit. 2022-10-22]. ISSN ISSN 2050-4322. DOI: <https://doi.org/10.3310/pgfar07070>

KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN: 978-80-7013-535-8.

KOMUNIKUJEME O.P.S. *Metodika práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním* [online]. Praha: Evropská Unie, 2019. [cit. 2022-10-04] Dostupné z: <http://komunikujeme.eu/wp-content/uploads/2020/04/metodika-kom-du%C5%A1evn%C3%AD-n.pdf>

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Jan CHRASTINA, Naděžda ŠPATENKOVÁ a Naďa PETROVÁ. Sexuality in person with intellectual disability living in sheltered housing in the context of their life satisfaction. *International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences & Arts SGEM* [online]. 2016, 16(8), 859-866 [cit. 2022-11-01]. ISSN 2367-5659. Dostupné z: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=128317921&lang=cs&site=ehost-live>

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.

KRUPČÍK, Ondřej, Petr WINKLER. Srovnávací studie pacientů dlouhodobě hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2021, 17(5): 221–229 [cit. 2022-11-01]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1422>

KUKLA, Marina, Gary BOND, Haiyi, XIE. A Prospective Investigation of Work and Nonvocational Outcomes in Adults With Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [online]. 2012, 200(3), 214-222 [cit. 2022-11-3]. ISSN 1539-736X. DOI: 10.1097/NMD.0b013e318247cb29

LAM, Angus, Matthew, YAU, Richard, FRANKLIN, Peter, LEGGAT. The unintended invisible hand: A conceptual framework for the analysis of the sexual lives of people with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability* [online]. 2019, 37(2), 231–248 [cit. 2022-09-20]. ISSN 1573-6717. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-018-09554-3>

LAM, Angus, Matthew, YAU, Richard, FRANKLIN, Peter, LEGGAT. Public Opinion on the Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Review of the Literature. *Sexuality and*

disability [online]. 2021, **39**(2), 395-419 [cit. 2022-09-20]. ISSN 1573-6717. DOI: 10.1007/s11195-020-09674-9

LEHOTKAY, Rachel, Samuela, VARISCO, Nicolas, DERIAZ, A. DOUIBI, Giuliana Galli CARMINATI. Intellectual disability and psychiatric disorder: More than a dual diagnosis. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* [online]. 2009, **160**(3), 105-115 [cit. 2022-11-01]. ISSN 1661-3686. DOI: <https://doi.org/10.4414/sanp.2009.02054>

MACHINGURA, T. and LLOYD, C. Mental Health Occupational Therapy and Supported Employment. *Irish Journal of Occupational Therapy* [online]. 2017; **45**(1). [cit. 2022-9-17]. ISSN 07918437. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1108/IJOT-02-2017-0004>.

MANDZÁKOVÁ, Stanislava. *Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0502-9.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

McCONNEL, David, Rahel MORE, Laura PACHCO, Marjorie AUNOS, Lyndsey HAHN, Maurice FELDMAN. Childhood experience, family support and parenting by people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* [online]. 2021, **47**(2), 152-164 [1.11.2022.]. ISSN 14699532. DOI: <https://doi.org/10.3109/13668250.2021.1929880>

MEDINA-RICO, Mauricio, Hugo LÓLEZ-RAMOS, Andrés, QUIÑONEZ. Sexuality in People with Intellectual Disability: Review of Literature. *Sexuality and disability* [online]. 2017, **36**(3), 231-248 [cit.2022-9-20]. ISSN 1573-6717. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9508-6>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná vydání k 1.1.2020 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019 [cit. 2022-10-11]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2020 [cit. 2022-10-22]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národn%C3%AD-ak%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-duševn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 [cit. 2022-10-22]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrické%20péče.pdf>

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. *Model sociální služby chráněné bydlení* [online]. Moravskoslezský kraj, 2018 [cit.2022-10-26]. Dostupné z: https://www.msk.cz/assets/temata/eu/model_2_chranene-bydleni_1.pdf

NIELSEN, Maj Britt Dahl, Marie-Louise MØLBAK, Line Raahauge HVASS, Anna Paldam FOLKER. Healthy settings: supported housing for people with mental and intellectual disabilities in Denmark. *Health Promotion International* [online]. Oxford University Press, 12 February 2021, **36**(5), 1413–1424 [cit. 2022-11-02]. ISSN 1460-2245. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/daab002>

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*. 3. vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271 1895 3.

PARKER, Ruth and BADGER, Julia. *The Essential Guide for Newly Qualified Occupational Therapists: Transition to practice* [online]. London: Jessica Kingsley Publishers, 2018 [2021-5-28]. ISBN: 9781785922688. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=1651917&lang=cs&site=ehost-live>.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

PĚČ, Ondřej. Přechodné zaměstnávání v pracovní rehabilitaci závažně duševně nemocných. *Sociální práce* [online]. 2005, **1**, 56–63 [cit. 2022-11-02]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/282667241_Transitional_employment_as_a_form_of_vocational_rehabilitation_in_serous_mental_illnesses_Prechodne_zamestnavani_v_pracovni_rehabilitaci_zavazne_dusevne_nemocnych

PĚČ, Ondřej. Mental health reforms in the Czech Republic. *BJPsych International* [online]. 2019, **16**(1), 4-6 [cit. 2022-11-02]. ISSN 2058-6264. DOI: <https://doi.org/10.1192/bji.2017.27>

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

Přehled statistik týkajících se důchodového pojištění [online]. Praha: Česká zpráva sociálního zabezpečení, 2021 [cit.2022-11.1]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/documents/20143/99395/Vyplacene%20invalidn%C3%AD%20d%C4%99chody%20dle%20skupin%20diagn%C3%99z2021.pdf/f065946f-ebf0-68fd-3892-2f6b50cf8ff3>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Malý průvodce reformou psychiatrické péče [online]. Praha: Galén, 2017 [cit. 2022-10-22]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Malý%20průvodce%20reformou%20psychiatrické%20péče.pdf>

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

RADA, Marek. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením: praktický průvodce*. Blansko: Hnutí humanitární pomoci, 2006. ISBN 80-239-9547-2.

RAUDELIUNAITE, Rita, Vida GUDŽINSKIENĚ. The development of independent living skills in young adults with intellectual disability in sheltered housing accommodation. *Society Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference* [online]. 2017, **3**, 265-276 [cit. 2022-11-02]. ISSN 2256-0629. DOI: <https://doi.org/10.17770/sie2017vol3.2444>

ROOS, E., BJERKESET, et al. A qualitative study of how people with severe mental illness experience living in sheltered housing with a private fully equipped apartment. *BMC Psychiatry* [online]. 2016; **16**(186) [cit.2022-9-18]. ISSN: 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0888-4>

SANDHU, Sima, Stefan PRIEBE, Gerard LEAVEY, Isobel HARRISON, Joanna KROTOFIL, Peter McPHERSON, Sarah DOWLING, Maurice ARBUTHNOTT, Sarah CURTIS, Michael KING, Geoff SHEPHERD, Helen KILLASPY. Intentions and experiences of effective practice in mental health specific supported accommodation services: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research* [online]. 2017, **17**(1), 471-483 [cit. 2022.9.14]. ISSN 1472-6963. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2411-0>

SLÁDKOVÁ, Petra. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum, 2021. ISBN: 978-80-246-4983-3.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

STEJSKALOVÁ, Kateřina. Legislativní rámec vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. In: *Sancedetem.cz* [online]. 2022 [cit. 2022-11-16]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/legislativni-ramec-vzdelavani-zaku-studentu-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami>

STURMEY, Peter. Cognitive therapy with people with intellectual disabilities: a selective review and critique. *Clinical Psychology and Psychotherapy* [online]. 2004, **11**(4), 222–232 [cit. 2022-6-20]. ISSN 1099-0879. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.409>

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *Defining Recovery: SAMHSA's 10 Guiding Principles of Recovery* [online]. Department of

health and human services, 2012 [cit.2022-11-3]. Dostupné z: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>

SWARBRICK, Margaret, Susan NOYES. Effectiveness of Occupational Therapy Services in Mental Health Practice. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 2018, 72(5), 7205170010p1–7205170010p4 [cit. 2022-8-02]. ISSN 1943-7676. DOI: <https://doi.org/10.5014/ajot.2018.725001>

ŠESTÁKOVÁ, Irena, Nad'a FRANCOVÁ, Jiří SOBEK, Jitka PROCHÁZKOVÁ a kol. *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2012. ISBN: 978-80-7421-042-6

ŠTANGLOVÁ, Andrea, Vendula MACHŮ, Lucie KONDRÁTOVÁ. Program Podporovaného zaměstnávání osob s duševním onemocněním: Příklad dobré praxe. *Česká a slovenská Psychiatrie* [online]. Galén, 2018, 114(1), 9–15 [cit. 2022-8-02]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_1_9_15.pdf

ŠTĚRBOVÁ, Dana, Jana, HARVANOVÁ. Pomáhající profese, sexualita a osoby s mentálním postižením. In: *Sborník referátů z 21. Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice, konané 19. až 21. září 2013 v Pardubicích* [online]. Ostrava: Kovář Petr – CAT Publishing, 2013, 222-236 [cit. 2022-9-10]. ISBN: 978-80-905386-1-0. Dostupné z: https://www.planovanirodiny.cz/storage/sborniky/21_kongres_13.pdf

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.

TOMEŠ, Igor. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-483-0.

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

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/372793/vyhlaska_505-2006.pdf/bf86c99a-18ed-afb0-9d38-4ab5cf469dbd

WALKER, Ryan, Mark, SEASONS. Supported housing for people with serious mental illness: resident perspectives on housing. *Canadian Journal of Community Mental Health* [online]. 2002, 21(1), 137-151 [cit. 2022-9-13]. ISSN 1929-7084. DOI: 10.7870/cjcmh-2002-0010

WARTMAN, L., HARTMANN-RIEMER, M., DINEVSKI, N., SIEMERKUS, J., et al. Needs and self-reported quality of life of people with severe mental illness in sheltered housing

facilities. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie Und Rehabilitation: Organ Der Gesellschaft Osterreichischer Nervenarzte Und Psychiater* [online]. 2019; **33**(1), 25–34 [cit. 2022-9-18]. ISSN: 0948-6259. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0275-0>

WERNER, Shirli, Mike, STAWSKI. Mental health: Knowledge, attitudes and training of professionals on dual diagnosis of intellectual disability and psychiatric disorder. *Journal of Intellectual Disability Research* [online]. 2011, **56**(3), 291-304 [cit. 2022-11-01]. ISSN 1365-2788. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01429.x>

WILLNER, Paul. Readiness for Cognitive Therapy in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* [online]. 2006, **19**(1), 5-16 [cit. 2022-6-20]. ISSN 14683148. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2005.00280.x>

World federation of occupational therapists. *About occupational therapy*. [online]. 2012 [cit. 2022-11-10]. Dostupné z: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Basic Documents*. Forty-ninth edition [online]. Geneva: World Health Organization, 2020 [cit. 2022-6-22]. ISBN 978-92-4-000051-3. Dostupné z: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

ZACHAROVÁ, Eva, Jitka, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

10 SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ADL – všední denní činnosti

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

AOTA – American Occupational Therapy Association

CDZ – centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

IPS – Individual Placement Support

LGBT – lesbická, gay, bisexuální, transgender a intersexuální menšina

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SMI – severe mental illness

WFOT – World Federation of Occupational Therapists

WHO – World Health Organization

11 SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

11.1 Seznam grafů

Graf 5.3.1.1 - Jakou formu chráněného bydlení poskytlujete?.....	43
Graf 5.3.1.2 – Kolika lůžkové pokoje nabízíte?.....	44
Graf 5.3.1.3 – V jakém kraji se zařízení nachází?.....	45
Graf 5.3.1.4 – Jste ergoterapeut?.....	46
Graf 5.3.1.5 – Měli byste zájem o ergoterapii?.....	47
Graf 5.3.1.6 – Máte ergoterapeuta v zařízení?.....	47
Graf 5.3.1.7 – Vykonává ve vašem zařízení někdo podobnou práci jako ergoterapeut?.....	49
Graf 5.3.2.1 – Jaké je vaše zařazení v týmu?.....	50
Graf 5.3.2.2 – Na jaké oblasti se v ergoterapii nejčastěji zaměřujete?.....	51
Graf 5.3.2.3 – Jaké modely využíváte ve své praxi?.....	51
Graf 5.3.2.4 – Jaké nástroje pro mapování celkové situace využíváte?.....	52
Graf 5.3.2.5 – Jaké nástroje pro hodnocení kognitivních funkcí využíváte?.....	53
Graf 5.3.2.6 – Jaké nástroje používáte pro hodnocení v oblasti práce?.....	53
Graf 5.3.2.7 – Jaké nástroje využíváte pro hodnocení sebepojetí, sebehodnocení a zotavení klienta?.....	54
Graf 5.3.2.8– Jaké nástroje pro hodnocení soběstačnosti využíváte?.....	54

11.2 Seznam obrázků

Obrázek 6.2.1 – Barevné sudoku. Převzato z: http://www.opensky.ca/sudoku	58
Obrázek 6.2.2 – Sudoku. Převzato z: http://www.opensky.ca/sudoku	59

11.3 Seznam tabulek

Tabulka 5.3.2.1 – Výběr možností ergoterapeutických intervencí pro respondenty.....	54
---	----

12 PŘÍLOHY

12.1 Příloha č. 1: Možnosti využití ergoterapie v chráněném bydlení

Dotazníkové šetření – Ergoterapie v chráněném bydlení

Dobrý den,

Jsem studentkou ergoterapie a píši bakalářskou práci na téma Možnosti ergoterapie v chráněném bydlení u osob s mentálním a duševním onemocněním. Tento dotazník slouží pro zmapování využívání ergoterapie ve službě chráněného bydlení a specifik v práci s lidmi s duševním onemocněním a mentálním postižením. Na základě tohoto mapování bude v práci popsána současná praxe ergoterapie a navrženy možnosti dalšího uplatnění ergoterapie v podpoře samostatného bydlení.

Pokud ve vaší organizaci pracuje ergoterapeut, prosím primárně o vyplnění tohoto dotazníku ergoterapeutem. Pokud ergoterapeut ve vaší organizaci nepracuje, prosím o vyplnění pracovníkem, který je odpovědný za vedení služby chráněného bydlení.

V případě jakýkoliv otázek se na mě neváhejte obrátit.

Vaše odpovědi budou anonymizovány a souhrnně zpracovány pouze pro účely mé bakalářské práce.

Děkuji za vaši spolupráci.

Pavλίna Hlaváčková

studentka 3.ročníku ergoterapie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Jaké je jméno vaší organizace?

- Text odpovědi

Jaký je název vašeho chráněného bydlení? Pokud má vaše organizace více chráněných bydlení uveďte prosím všechny.

- Text odpovědi

Pro jakou cílovou skupinu chráněné bydlení poskytuje?

- Text odpovědi

V jakém kraji se vaše zařízení nachází?

- Královehradecký kraj
- Pardubický kraj
- Středočeský kraj
- Hlavní město Praha
- Jihočeský kraj
- Jihomoravský kraj
- Karlovarský kraj
- Liberecký kraj
- Moravskoslezský kraj
- Olomoucký kraj
- Plzeňský kraj
- Ústecký kraj
- Vysočina
- Zlínský kraj

Jakou formu chráněného bydlení poskytujete?

- Skupinové bydlení
- Individuální bydlení
- Jiné

Kolika lůžkové pokoje klientům nabízíte?

- 1
- 1-2 (jednolůžkové i dvoulůžkové)

- 2
- 3
- 4
- 5 a více
- Jiné

Pokud máte jiné rozložení lůžek, nebo máte pokoje s různým počtem lůžek prosím vypište, kolik máte kterých pokojů.

- Text odpovědi

Jste ergoterapeut? (způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb. § 7, tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povolání)

- ANO → Respondent přeskočí až na otázku **Jaké je vaše zařazení v týmu?**
- NE

Ergoterapie je profese, která se zaměřuje na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání. Primárním cílem ergoterapie je umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit. Ergoterapeuti dosahují tohoto cíle tak, že se snaží pomoci lidem provádět činnosti, které zvyšují možnost jejich začlenění (participace), nebo přizpůsobují prostředí podporující participaci osoby. (WFOT, 2004)

Máte ergoterapeuta v zařízení?

- ANO
- NE
- Dochází jako externí pracovník → „Prosím, zda byste mohli tento dotazník odeslat k vyplnění vašemu ergoterapeutovi, který pracuje ve vašem chráněném bydlení. Děkuji za ochotu.“ → Ukončení dotazníku

Měli byste zájem o ergoterapii?

- ANO
- NE

Vykonává ve vašem zařízení někdo podobnou práci jako ergoterapeut? (Například výběr kompenzačních pomůcek pro klienty, trénink vaření, nakupování, jízda MHD, podpora v přípravě na práci a podobné)

- ANO → Prosím napište, kdo tuto práci vykonává.
- NE

Jaké je vaše zařazení v týmu?

- Ergoterapeut
- Pracovník v sociálních službách
- Sociální pracovník
- Aktivizační pracovník
- Externí specialista
- Jiná

Jakou formou u vás ergoterapie probíhá?

- Skupinová
- Individuální
- Skupinová i individuální
- Jiná

Na jaké oblasti v práci s klienty se v rámci ergoterapie nejčastěji zaměřujete? Můžete vybrat více možností.

- pADL
- iADL
- Pracovní a předpracovní rehabilitace
- Duševní zdraví
- Fyzické zdraví
- Vztahy a práce s rodinou
- Volný čas a zájmy
- Podpora zotavení
- Advokacie a uplatňování práv klientů
- Vzdělávání a osobní růst klientů
- Jiné

Co je nejčastější náplní vaší práce s klienty? Prosím o krátký popis hlavního zaměření a formy práce.

- Text odpovědi

Jaké modely využíváte ve své praxi?

- MOHO model (Model lidského zaměstnávání)
- Client-centred Practice (Na klienta orientovaná praxe)
- Model CARE
- CMOP (Kanadský model výkonu zaměstnávání)
- KAWA model
- Jiná

Jaké nástroje pro mapování celkové situace (osobního profilu) klienta využíváte? Můžete zaškrtnout více možností.

- Dotazník WHOQOL-100
- Dotazník WHOQOL-BREF
- WHODAS 2.0 (pro samostatné použití respondentem)
- WHODAS 2.0 (pro použití odborným testujícím)
- COPM – Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání
- Osobní profil Model CARE
- CAN – Camberwellské hodnocení potřeb
- AQoL – Assessment of quality of life
- Kawa model řeky
- Sensorický profil
- Profil výkonu činnosti klienta (AOTA's occupational profile)
- AOF-CV – Hodnocení výkonu zaměstnávání (Assessment of Occupational Functioning)
- SQUALA – Dotazník subjektivní kvality života
- Jiná

Jaké nástroje pro hodnocení soběstačnosti u klientů využíváte? Můžete označit více možností.

- Bartel Index
- FIM – Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure)
- rozšířený Bartel Index
- AMPS – The assessment of motor and process skills
- BADLS – CZ (Dotazník Bristolská škála aktivit denního života)
- Lawtonova škála iADL

- Katzův index všechenních denních činností
- Jiná

Jaké nástroje pro hodnocení kognitivních funkcí ve své praxi používáte? Můžete označit více možností.

- MMSE – Mini-Mental State Examination
- Addenbrookský kognitivní test
- Test pozornosti D2
- POBAV – Pojmenování obrázků a jejich vybavení
- Montrealský kognitivní test
- TMT – Test cesty
- LOTCA – Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment
- Jiná

Jaké nástroje používáte pro hodnocení oblasti práce u klientů? Můžete zaškrtnout více možností.

- OCAIRS – Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale
- AMAS – Activity Matching Ability System)
- WRI – Worker Role Interview
- Hodnocení předpracovních dovedností podle K. Jacobsonové
- COTE – Comprehensive occupational therapy evaluation scale
- Valpar Component Work Sample Series and Dexterity Modules
- Jiná

Jaké nástroje využíváte pro hodnocení sebepojetí, sebehodnocení a zotavení klienta? Můžete zaškrtnout více možností.

- Dotazník rolí (Role Checklist)
- Schwartzova škála
- Struktura dne
- Modifikovaný dotazník zájmů
- Dotazník denních aktivit (Occupational Questionnaire)
- RAS – Škála zotavení (Recovery Assessment Scale)
- VQ – Dotazník vůle (Volitional Questionnaire)
- The empowerment scale
- Jiná

Prosím zaškrtněte ergoterapeutické intervence, které v práci s klienty využíváte.

- Modelové činnosti
- Analýza činnosti
- Poradenství a úpravy domácího prostředí
- Podpora v hledání samostatného bydlení
- Pomoc s plánováním a strukturou dne
- Trénink sociálních dovedností
- Trénink kognitivních funkcí
- Výběr a nácvik správného používání kompenzačních pomůcek
- Individuální plánování (Plánování zaměřené na člověka, Person-Centered Planning)
- Individuální plánování (Model CARE)
- Poradenství a úpravy pracovního prostředí
- Trénink pracovních činností
- Podpora v hledání zaměstnání
- Trénink zvládnání stresu
- Trénink zvládnání emocí
- Prevence relapsu onemocnění, práce s plánem časných varovných příznaků
- Poradenství a pomoc v oblasti zdravého životního stylu a životosprávy (např. jídelníček, strava)
- Psychoedukace
- Bobath koncept
- Snoezelen
- Senzorická integrace
- Jiná

Pokud využíváte individuální plánování, se kterým modelem pracujete?

- Individuální plánování Model CARE
- Individuální plánování Person-Centred Planning (Plánování zaměřené na člověka)
- Obojí
- Jiná

Pokud jsou další intervence, které používáte a myslíte si, že jsou důležité. Prosím vypište je.

- Text odpovědi

Jaké intervence z výše uvedených poskytujete vašim klientům nejčastěji? Vypište maximálně tři.

- Text odpovědi

Děkuji za vyplnění dotazníku a váš čas. Případné výsledky si můžete prohlédnout po obhájení této práce na adrese

https://cuni.primo.exlibrisgroup.com/discovery/search?query=any,contains,c&tab=Everything&search_scope=MyInst_and_CI&vid=420CKIS_INST:UKAZ&lang=cs&offset=0