

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**1. lékařská fakulta**

**Klinika rehabilitačního lékařství**

Albertov 7, 128 00 Praha 2

**Bakalářská práce**

**Ergoterapeut v chráněném bydlení pro osoby s mentálním  
postižením**

**Podtitul: Legislativa, problematika chráněných bydlení, ergoterapeut jako  
profese v chráněném bydlení**

**Klára Dvořáková**

**Vedoucí bakalářské práce: as. MUDr. Olga Švestková, PhD.**

**Oponent bakalářské práce: Bc. Monika Kohoutová**

**Praha 2007**

### **Poděkování:**

Děkuji as. MUDr. Olze Švestkové, PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení mé práce. Děkuji Bc. Haně Vladíkové Neugebauerové Dis., tč. vedoucí chráněného bydlení Archa v Široké Nivě za konzultace a odborné poradenství v oblasti sociálních služeb, umožnění praxe a poskytnutí teoretických rad i praktických zkušeností v problematice chráněných bydlení v ČR. Děkuji Bc. Hetty Tonneijck za odborné vedení při získávání informací na zahraniční stáži v Holandsku v Hogeschool van Amsterdam.

### **Čestné prohlášení:**

Čestně prohlašuji, že jsem při tvorbě bakalářské práce respektovala autorská práva a uvedený způsob získávání dat pro práci je v souladu s popisem uváděným v práci. Zpracovaná data budou uchována po dobu minimálně pěti let pro jejich ověření. Při klinické práci byly dodrženy předpisy i etické normy. Souhlasím s případným zapůjčením exempláře zájemcům pro studijní účely.

**Datum a místo:** 27.11.2016, Praha

**Podpis autora:** Dušáková Klára

# OBSAH

1.	ÚVOD .....	1
2.	TEORETICKÁ ČÁST.....	4
2.1.	Integrace, normalizace, humanizace.....	4
2.2.	Institucionalizace/ deinstitutionalizace .....	5
2.3.	Komunitní / Ústavní péče .....	6
2.4.	Současné trendy v sociálních službách v EU.....	7
2.5.	Chráněné bydlení .....	8
2.5.1.	Podpora chráněného bydlení.....	8
2.5.2.	Uživatelé chráněného bydlení.....	9
2.5.3.	Problematika chráněného bydlení v ČR.....	9
2.5.4.	Legislativní zakotvení v ČR .....	10
2.5.5.	Legislativní zakotvení v Holandsku.....	11
2.6.	Další rezidenční služby v ČR.....	13
2.7.	Osoby s mentálním postižením.....	14
2.7.1	Klasifikace mentální retardace.....	14
2.8.	Obor ergoterapie .....	16
2.8.1.	Základní principy oboru.....	16
2.8.2.	Ergoterapeutická intervence.....	17
3.	PRAKTICKÁ ČÁST.....	18
3.1.	Ergoterapie v komunitě a chráněném bydlení .....	18
3.1.1.	Spolupráce multidisciplinárního týmu a vazby na ostatní rehabilitační a zdravotnické odborníky v péči o uživatele chráněného bydlení .....	18
3.1.2.	Práce ergoterapeuta v chráněném bydlení .....	18
3.1.3.	Ergoterapeut na novém pracovišti.....	19
3.2.	Oblasti ergoterapeutické intervence v chráněném bydlení .....	20
3.3.	Ergoterapeutické hodnocení .....	20
3.3.1.	Hodnocení v chráněném bydlení .....	21
3.3.1.1.	Hodnocení osob s disabilitou při přechodu do chráněného bydlení v oblastech aktivit a participace.....	21

3.3.1.2.	Hodnocení dovedností uživatele v chráněném bydlení.....	22
3.4	Sestavení individuálního plánu .....	23
3.5.	Bydlení a potřeba individuální podpory .....	24
3.5.1.	Facilitující prostředí chráněného bydlení .....	25
3.5.1.1.	Ergonomie prostředí a kompenzační pomůcky.....	26
3.5.1.2.	Sociální pomoc, podpora a zázemí.....	27
3.5.2.	Dovednosti uživatele pro bydlení.....	27
3.5.2.1.	Rozvoj dovedností a jejich nácvik.....	27
3.6.	Ergoterapeut hodnotící uživatele v oblastech aktivit a participací dle ICF ve specifických oblastech všedních denních činností (ADL).....	30
3.6.1.	Sebesycení .....	32
3.6.2.	Oblékání, svlékání.....	33
3.6.3.	Hygiena a osobní péče .....	34
3.6.4.	Vaření a příprava jídla .....	35
3.6.5.	Sociální dovednosti .....	36
3.6.6.	Dovednosti v komunitě .....	37
3.6.6.1.	Užívání veřejné dopravy .....	37
3.6.6.2.	Telefonování .....	38
3.6.6.3.	Nakupování .....	38
3.6.6.4.	Vedení financí a manipulace s penězi .....	39
3.7.	Vzdělávání, studium a příprava na povolání. ....	40
3.8.	Pracovní aktivity a zaměstnávání.....	41
3.9.	Volnočasové aktivity .....	42
3.10.	Průzkum povědomí vedoucích chráněných bydlení v ČR o ergoterapeutické profesi .....	43
3.11.	Průzkum postavení ergoterapeutů v ČR k jejich praktickému uplatnění v oblasti chráněných bydlení.....	44
4.	<b>DISKUSE</b> .....	46
5.	<b>ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ</b> .....	48
6.	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	49
7.	<b>PŘÍLOHY</b> .....	50

7.1.	Formulář pro získání základních informací o klientovi (uživateli).....	51
7.2	Formulář pro hodnocení klienta (uživatele) ADL.....	52
7.3.	Formulář pro posouzení jednotlivých bytových jednotek v bytovém komplexu.....	54
7.4.	Adaptace vybraného oblečení při specifických obtížích klienta (uživatele) v oblékání.....	56
7.5.	Příklady adaptace pomůcek pro osobní hygienu.....	57
7.6.	Otázky ke zpracování vlastní role ergoterapeuta na pracovišti.....	57
7.7.	Současné platné právní normy týkající se poskytování služeb chráněného bydlení a jejich uživatelů.....	59
7.8.	Dotazník pro vedoucí chráněných bydlení.....	61
7.9.	Dotazník pro ergoterapeuty.....	66
7.10	Fotografie z chráněného bydlení ÚSP Snědovice.....	70

# 1. ÚVOD

Současný rozvoj v oblasti sociálních služeb umožňuje lidem se zdravotním postižením na rozdíl od minulosti zapojovat se mnohem aktivněji do společenského života a ovlivňovat jeho dění. Dává větší důraz na individuality jedinců se zdravotním postižením, umožňuje větší prostor k jejich osobnímu a profesnímu růstu, staví jejich nároky na prostředí do popředí společenského života. Společnost si postupně uvědomuje, že mnoho lidí s postižením může být za určitých podmínek pro společnost stejně prospěšných jako lidé „zdraví“. Nutností je však vytvářet facilitující prostředí, které by bylo tzv. „Acceptable for everybody“ neboli vhodné pro všechny osoby bez ohledu na zdravotní stav.

Trend institucionalizace, který ve světě ovlivňoval též péči o osoby s postižením od konce 18. století, byl po druhé světové válce vystřídán novým trendem deinstitutionalizace. V ČR trend deinstitutionalizace velmi podpořilo nařízení vlády v roce 1998, kdy byla nařízena transformace velkokapacitních ústavů sociální péče.

Toto nařízení napomohlo nejen ke „zlidšťování“ životních podmínek v ústavech sociální péče, ale též v rozvoji nových rezidenčních služeb a k posunu od ústavní péče směrem k péči komunitní. Od 90. let 20. století se díky aktivitě neziskových organizací začaly rozvíjet nové modely rezidenčních služeb, mezi které patří též sociální služba chráněné bydlení.

Společně se zvyšováním nároků na kvalitu péče o osoby s postižením stále roste potřeba odborných a kvalifikovaných pracovníků. Tato skutečnost se odrazila nejen v nutnosti zavedení povinnosti celoživotního profesního vzdělávání pracovníků sociálních a zdravotních služeb, ale byla také jednou z hlavních příčin vzniku nových kvalifikovaných oborů a profesí, mezi nimiž vznikl též obor ergoterapie.

Obor ergoterapie patří v ČR mezi nové mladé obory. Přestože jsou ergoterapeuti jedni z nejkompetentnějších profesionálů pro práci s lidmi s postižením, stále si v odborné i široké veřejnosti musí vydobývat v oblasti péče o osoby s postižením své místo. V zahraničí (zejména severní Evropa: Švédsko, Norsko, Holandsko, Belgie; USA) je ergoterapie již velmi rozvinutým a uznávaným oborem, kde ergoterapeuti běžně pracují v i oblasti rezidenčních služeb. V ČR tento obor do oblasti sociální péče v rezidenčních službách zatím výrazně nepronikl.

Zvyšování nároků na kvalitu služeb v oblasti sociální péče, které od 1.1.2007 podpoří též platnost nového zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., zvýší dle mého názoru poptávku po odborných profesích, které umožní poskytování kvalitní péče minimálně ve státě požadovaném měřítku.

Během studia oboru ergoterapie na 1. lékařské fakultě UK mi byla umožněna praxe v několika chráněných bydleních, kde mě velice zaujaly možnosti využití mých teoretických zkušeností z oboru ergoterapie v praxi v tomto typu sociální služby. Začala jsem se intenzivně zabývat rezidenčními službami pro osoby se zdravotním postižením a vyhledávat informace, které by mi co nejvíce přiblížily soc. službu chráněné bydlení. Uvědomila jsem si, že profese ergoterapeuta je ideální pro rozvoj, fungování i poskytování služeb chráněného bydlení a začala jsem se této problematice věnovat.

Na základě zkušeností z praxe a studia odborné literatury jsem vytvořila bakalářskou práci, která přibližuje oblasti ergoterapeutické intervence, které je možné aplikovat v rezidenčních službách, v chráněných bydleních. Pro bližší specifikaci ergoterapeutické intervence jsem zvolila chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením, ve kterých jsem měla možnost působit též v praxi.

V teoretické části práce seznamuji čtenáře s frekventovanými pojmy z oblasti péče o osoby se zdravotním postižením, týkající se především rezidenčních služeb. Následně uvádím současné trendy v rezidenčních službách v EU, blíže seznamuji čtenáře se sociální službou chráněné bydlení a s diagnózou mentální retardace. Stručně popisují legislativu v oblasti zdravotní a sociální péče ve dvou evropských státech v Holandsku a v ČR. Teoretickou část práce uzavírá kapitola pojednávající o základních tezí oboru ergoterapie a seznamuje čtenáře s ergoterapeutickou profesí.

Praktická část práce je zaměřena na oblasti uplatnění ergoterapeutické profese v sociální službě chráněného bydlení. Byla vytvořena na základě teoretických, ale především praktických zkušeností v oblasti praxe v chráněných bydleních. V této části práce seznamuji čtenáře s možnostmi uplatnění ergoterapeuta v oblasti rezidenčních služeb pro osoby s mentálním postižením.

Součástí práce jsou též dva průzkumy. První z nich byl cílený vedoucím chráněných bydlení v ČR a jeho hlavními cíli bylo především zjištění povědomí vedoucích chráněných bydlení o ergoterapeutické profesi a mapování ergoterapeutické profese v chráněných bydleních v ČR. Druhý průzkum byl zaměřen na zjištění názorů ergoterapeutů na možnosti uplatnění jejich profese v oblasti rezidenčních služeb v sociální službě chráněném bydlení.

Cílem této bakalářské práce je vytvořit materiál, který umožní zvyšovat povědomí odborné i laické veřejnosti o možnostech ergoterapeutické profese v oblasti sociálních služeb, především tedy v sociální službě chráněném bydlení. Dále prokazovat formou aplikace oblastí intervence ergoterapeuta na oblasti služeb, které nabízí chráněné bydlení, že ergoterapeutická profese se díky své odbornosti nabízí jako ideální pro práci v této oblasti. Dalším velmi důležitým cílem je přiblížit čtenářům, zejména rehabilitačním pracovníkům, sociální službu chráněného bydlení a seznámit je s možnostmi oblastí pro uplatnění své odbornosti v chráněných bydleních pro osoby s mentálním postižením.



## 2. TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1. Normalizace, Humanizace, Integrace

Nově prosazujícími se trendy v péči o osoby se zdravotním postižením je trojice pojmů: „normalizace, humanizace a integrace.“

#### **Normalizace**

Tento pojem vyjadřuje skutečnost, že lidé se zdravotním postižením mají mít v mezích svých možností a schopností možnost žít život „normální“, neboli mít možnosti srovnatelné s ostatními spoluobčany. *„Toto znamená žít nikoli v ústavním zařízení, ale v rodině, kde jsou uspokojovány jejich přirozené potřeby lásky, pozornosti, zájmu a bezpečí.“*<sup>1</sup> Žít normálním životem znamená též mít možnost zabývat se zájmovou, kulturní a sportovní činností, připravovat se na určité profesní uplatnění a mít zaměstnání, kde je možné vytvářet určité hodnoty pro společnost nebo alespoň pro vlastní uspokojení.

#### **Humanizace**

Trend humanizace vnáší do mezilidských vztahů způsob chování nejen ve vztahu k lidem se zdravotním postižením, ale poukazuje na celou společnost, která má brát své spoluobčany se zdravotním postižením jako rovnocenné a rovnoprávné osoby.

#### **Integrace**

Integrace je pojem, který též vyjadřuje postoj společnosti. Integrace je postoj společnosti, která občany se zdravotním postižením neodmítá, ani je nesegreguje a „neodklízí“ do ústavů. Integrace ve společnosti se projevuje snahou společnosti vytvářet pro občany se zdravotním postižením podpůrné, až optimální podmínky, aby bylo umožněno jejich začlenění do tzv. „hlavního proudu“ společenského života.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Švarcová, I.:Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče.1. vyd. Praha, Portál 2000. s. 12

<sup>2</sup> srovnej Švarcová, I.:Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče. 1. vyd. Praha, Portál 2000. s. 12-13

## 2.2. Institucionalizace /Deinstitucionalizace

### **Institucionalizace**

Institucionalizací nazýváme směřování péče o osoby do institucí, tedy nemocnic, léčeben, sociálních ústavů, apod... Institucionalizace byla trendem od konce 18. a počátku 19.století.

Institucionalizace byla popsána též jako „iatrogenní“ ( tělesně ovlivňující) nemoc, která se projevuje na lidech v dlouhodobých zdravotních zařízeních depersonalizací, závislostí, sníženou sebeúctou, nedostatkem činností či užitečně využitého času, zeměpisným i společenským vzdálením od rodiny, přátel a kulturních kořenů, nedostatkem svobody, nedostatkem sexuálního života a projevy infantilnosti, život v těsných životních podmínkách s negativním nerespektujícím a podceňujícím postojem personálu.<sup>3</sup>

Individualizace uživatele v institucionálním prostředí se často následně stává znevýhodněním pro život mimo instituci, život v komunitě. Dalším rysem péče v instituci je poskytování tzv. „hotelových služeb“, které zvyšují finanční náklady za poskytování zdravotní i sociální služby.

### **Deinstitucionalizace**

Ústup od dlouhodobé péče ve zdravotnických ústavních zařízeních a směřování poskytování péče do domácího prostředí nazýváme deinstitucionalizací. Též se tak označuje trend zkracování doby hospitalizace a pobytu v léčebných institucionálních a azylových zařízeních. Tento trend se začal rozvíjet po druhésvětové válce.

O procesu deinstitucionalizace pojednává i *Národní akční plán sociálního začleňování*. Kapitola pojednávající o rovném přístupu v sociálních službách jasně zdůrazňuje podporu takových sociálních služeb, které pomáhají transformaci velkých rezidenčních zařízení v jiné typy sociálních služeb, jako je chráněné bydlení, osobní asistence, aj.

O deinstitucionalizaci se hovoří paralelně s procesem rozvoje komunitních služeb. Při procesu deinstitucionalizace je důležitá koordinace a spolupráce mezi institucemi a systémy komunitní péče. Transformace institucionálních zařízení musí probíhat současně s vytvářením alternativní péče.

## 2.3. Komunitní péče/ Ústavní péče

### Komunitní péče

Komunitní péče je péče orientovaná na pomoc lidem, zejména osobám se zdravotním postižením a lidem dlouhodobě nemocným, kteří potřebují zdravotní a sociální péči. Je poskytována v přirozeném prostředí uživatele, tedy v prostředí komunity.

Péče zahrnuje individuální specifické terapie, rehabilitaci a sociální pomoc všem občanům, včetně těch s dlouhodobým a těžším zdravotním postižením.

V komunitní péči jsou sledovány reálné životní potřeby osob, hledají se možné způsoby a cesty k jejich integraci do běžného života.<sup>4</sup> Tato péče nabízí člověku individuální přístup, což vede vyšší efektivitě, tedy k větším a rychlejším výsledkům poskytované péče. Kvalitní komunitní péče pomáhá lidem s jakýmkoli zdravotním postižením žít kvalitní život ve svých přirozených podmínkách, aniž by nároky na péči o jedince zvýšeně zatěžovaly jeho okolí v komunitě. Snahou komunitní péče je poskytnutí takové péče, aby klasická institucionální a nemocniční péče byla minimalizována pouze pro nezbytné případy.

### Ústavní péče

*„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.“<sup>5</sup>*

Ústavní péči můžeme rozdělit dle časového období, ve kterém je uživatel zdravotně postižen. Prvním modelem je „Klasický“ model péče při krátkodobém zdravotním postižení, jímž je například nemocniční pobyt. „Rehabilitační“ model péče je užit u osob s dlouhodobým zdravotním postižením. „Pečovatelský“ model péče je určen pro osoby s trvalým zdravotním postižením.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.20

<sup>4</sup> srovnej Štefětová, A.: Integrovaná komunitní péče – úloha primární péče v péči komunitní. Praha 2000

<sup>5</sup> Matoušek, O.: Ústavní péče. 1. vyd. Praha, SLON 1995. s.19

<sup>6</sup> srovnej Matoušek, O.: Ústavní péče. 1. vyd. Praha, SLON 1995. s.17

Ústavy jsou obvykle velkokapacitní objekty, kde poměr počtu zaměstnanců a uživatelů zařízení neodpovídá nárokům péče o klienty. Život uživatelů bez možnosti soukromí a individuální péče je velmi vzdálen životu v přirozeném prostředí. Kvalita života v ústavním zařízení se odráží v osobním rozvoji uživatelů.

## 2.4. Současné trendy v sociálních službách v EU

Většina vyspělých zemí, aktivně se zabývajících politikou lidí se zdravotním postižením, vytváří těmto lidem ve společnosti životní podmínky, které jim umožňují participovat v soužití se zdravými spoluobčany.

Tyto země svou politikou vyvíjí systém poskytování prostředků, které podporují občany se zdravotním postižením v dosažení co největší soběstačnosti, v rozvíjení jejich schopností, rozšiřování znalostí a dovedností a pomáhají jim k seberealizaci a osamostatnění na takové úrovni, které je jedinec schopen dosáhnout.

### **Současný stav zemí EU**

Členské země Evropské unie s nejvyšší životní úrovní (Belgie, Dánsko, Francie), mají zároveň nejvyspělejší systém sociálních služeb. Kvalitu politiky sociální péče nejvíce ovlivňuje hospodářský rozvoj jednotlivých zemí. Faktorem velmi ovlivňujícím politiku sociální péče jsou demografické změny.

Konvergence systémů soc. péče, neboli proces nalézání podobností mezi jednotlivými státy je jedním z nejvýraznějších trendů v zemích EU. Princip plurality soc. služeb mění systém těchto služeb. Lokální správa zůstává právně odpovědná za sociální služby v dané lokalitě, ale přímým poskytovatelem služeb soc. péče jsou nezávislé organizace (neziskové, komerční). Uživatelé služeb se finančně podílejí na jejich financování.

### **Důležité dokumenty pojednávající o sociálních službách:**

#### ***Green paper***

- vydala Evropská komise v roce 1993, pojednává o trendech evropské sociální politiky, kde hraje ústřední roli demografický faktor populace

### *White paper*

- vydala Evropská komise v roce 1994, zaměřuje na mapování ekonomických priorit zemí EU<sup>7</sup>

## 2.5. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je domov pro osoby, pro které je podpora a pomoc druhých nezbytnou potřebou pro jejich život. Služba chráněného bydlení nabízí podporu, která umožňuje jeho uživatelům žít život natolik nezávisle, jak jim to jejich zdravotní stav umožňuje. Uživatelé zde vedou běžný život na úrovni komunity. Pečují o sebe, svůj domov, plánují budoucnost, pracují či studují, volí si volnočasové aktivity,...

*„Chráněné bydlení je 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.“<sup>8</sup>*

Chráněné bydlení pochází z anglického výrazu „sheltered living“. Anglický výraz „shelter“ se do českého jazyka překládá jako úkryt, útočiště, přístřeší. Uživatelé chráněného bydlení však nemají chráněné bydlení jen jako úkryt či přístřeší. Je pro ně domovem se všemi nároky, radostmi i těžkostmi, které život ve vlastní domácnosti přináší. Tato služba též podporuje myšlenku Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (28.10.1993), kdy podporuje umožnění života v domácím prostředí lidem se zdravotním postižením.

### **2.5.1. Podpora v chráněném bydlení**

Chráněné bydlení je dlouhodobá služba poskytující takovou individuální podporu, aby uživatelé zde žijící mohli dosáhnout co největší nezávislosti a mohli v maximální možné míře vést běžný způsob života. Uživatelé chráněného bydlení mají obvykle

---

<sup>7</sup> srovnej Bjalkovski,CH.,Fruhbaue,O.:Sociální služby v zemích Evropské unie. Praha, 2000.s.37- 38

<sup>8</sup> webové stránky ministerstva vnitra (cit.2006-02-05)

Dostupný na www: <<http://www.mvcr.cz/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>

snížené schopnosti zejména v oblastech všedních denních činností (ADL - activity of daily living), a to zvláště v osobní péči a péči o domácnost. Služba uživatelům nabízí asistenční službu.

Asistenti pomáhají uživatelům rozvíjet jejich schopnosti, učí je nové dovednosti a podporují je v dosažení soběstačnosti. Míra asistence v jednotlivých domácnostech chráněného bydlení je individuální dle nabídky chráněného bydlení a individuálních potřeb uživatelů.

### **2.5.2. Uživatelé chráněného bydlení**

Uživatelé chráněného bydlení jsou osoby, které jsou v důsledku dlouhodobé či trvalé nemoci znevýhodněny tak, že vyžadují pomoc a podporu při běžných denních činnostech, které by sami nezvládli. Chráněná bydlení jsou zřizována pro mnoho skupin uživatelů.

#### **Chráněná bydlení nabízí služby:**

- osobám s mentálním postižením
- osobám s kombinovaným postižením
- osobám s psychiatrickou diagnostikou
- osobám drogově závislým v doléčovacím období
- mladým lidem po ukončení pěstounské a ústavní péče v dětských domovech
- seniorům
- dalším skupinám uživatelů

### **2.5.3. Problematika chráněného bydlení v ČR**

Poskytování služeb chráněného bydlení prochází v současné době řadou legislativních změn. Do současné doby se zřizovatelé a poskytovatelé těchto služeb mohli řídit nepovinnými *Standardy kvality sociálních služeb*, platnými právními normami (viz. *Občanský zákoník* a další vyhlášky) a *Listinou základních práv a svobod*. Kvalita poskytovaných služeb odpovídala snaze a odborným znalostem jejich poskytovatelů. Velkým problémem, se kterým se doposud setkávaly neziskové organizace bylo právně nepodložené poskytování finančních prostředků nestátním organizacím a to i na poskytování služeb v chráněných bydleních.

V současné době se zřizovatelé chráněných bydlení připravují na aplikaci již schváleného zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách, který vstoupí v platnost 1.1.2007. Tento zákon zajistí efektivnější poskytování sociálních služeb. Poskytovatelé budou povinni se registrovat, což umožní přehled o geografickém rozmístění jednotlivých soc. služeb a též i zpřístupnění nabídky služeb širšímu okruhu zájemců. Kvalitu poskytovaných služeb bude kontrolovat *Inspekce sociálních služeb* na základě *Nových měřítek hodnocení standardů kvality*. Zákon řeší i doposud tíživou situaci neziskových organizací, kdy již právně podkládá nároky na finanční příspěvky i nestátním organizacím.

### **Poskytování služby chráněného bydlení**

Chráněná bydlení podporují trend normalizace, integrace i humanizace. Jejich zřizování zajišťují v jednotlivých krajích většinou neziskové organizace, z nichž velké procento tvoří organizace církevní. V menším měřítku tuto službu zajišťují státní zařízení, obvykle přestavbou z velkokapacitních ústavů.

Jednotná metodika pro poskytování služby chráněného bydlení v ČR neexistuje. Její existence by poskytování kvalitní služby chráněného bydlení více omezovala než facilitovala k jejímu rozvoji. Vzhledem k širokému spektru uživatelů chráněných bydlení a jejich individuálním potřebám není možné vytvořit jednotnou metodiku pro všechna chráněná bydlení, která by jejich potřebám odpovídala. Na základě platných právních norem a skupin uživatelů (těžce mentálně postižení, drogově závislí v doléčovacím období) v jednotlivých chráněných bydleních si každá organizace sestavuje svou vlastní, cílové skupině uživatelů odpovídající metodiku.

Důležitým aspektem poskytování kvalitních služeb chráněných bydlení je spolupráce mezi jednotlivými organizacemi, předávání zkušeností a šíření takzvaného *know-how*. Kvalita poskytovaných služeb je odrazem snahy poskytovatelů o co nejkvalitnější poskytování služeb chráněných bydlení a zkušeností personálu nabytých prací s uživateli.

#### **2.5.4. Legislativní zakotvení v ČR**

O službě chráněného bydlení hovoří výše zmíněný zákon o sociálních službách. Další zákony platné pro ČR a vztahující se k chráněným bydlením o službě hovoří jen minimálně. Důležité je uvědomit si, že poskytování služby chráněného bydlení se řídí platnými právními normami (například zákon o sociální pomoci, existenčním minimu,

důchodovém pojištění, státní sociální podpoře), které jsou pro všechny občany stejné. Uživatelé chráněného bydlení se zdravotním postižením využívají výhod, které jim nabízí stát (například *mimořádné výhody 1. a 2. stupně*), a kterými se stát snaží pomoci kompenzovat jejich disabilitu ve společnosti. Avšak další platné normy chráněného bydlení jsou dány zákony, které jsou běžné pro jakéhokoliv občana ČR, což podporuje požadavek trendu *Normality*.

Pro kvalitní poskytování sociálních služeb je nezbytné vytvářet stále nové standardy, které tyto služby posunují kupředu paralelně s vývojem společnosti. Na základě povinnosti všech organizací, poskytujících sociální službu, naplňovat kritéria standardů sociálních služeb, nutnosti akreditace a funkčnosti kontrolních orgánů, je i v ČR možné docílit poskytování kvalitních sociálních služeb, tedy i kvalitní služby chráněného bydlení. V příloze 7.7. jsou zaznamenány současné platné právní normy týkající se poskytování služeb chráněného bydlení a jejich uživatelů.

#### **2.5.5. Legislativní zakotvení v Holandsku**

Charakteristické pro systém zdravotní a sociální péče v Holandsku je stálá politická debata o jeho fungování a častá proměnlivost. V této oblasti dle Holanďanů stále panuje nedostatečná koordinace jednotlivých systémů. „The Ministry of Health, Welfare and Sport” (Ministerstvo zdravotnictví, sociální péče a sportu) podporuje přechod od péče ve velkých institucích směrem do domácího prostředí. Legislativní opatření pro podporu deinstitucionalizace byly provedeny již před rokem 1999.

Z výše zmíněného názvu ministerstva je zřejmé, že v Holandsku již dávno pochopili, že nutnost úzkého provázání zdravotního a sociálního resortu je pro péči o obyvatelstvo země nezbytná. Pozitivní výsledky propojení těchto resortů, které se odráží ve vysoké kvalitě sociálních a zdravotních služeb v Holandsku, jsou věhlasně známé nejen na území Evropy.

Zaopatřování všech osob na úrovni komunity se v posledních letech velmi rozšířilo. Trendem je umožňovat lidem se zdravotním postižením, aby stále žili ve svém přirozeném prostředí, nebo se co nejdříve po léčbě v instituci do domácího prostředí vraceli.

V posledních letech došlo k vývoji též v oblasti přenesení odpovědností za zdravotní péči ze strany vlády na místní instituce, zejména pojišťovny a lokální poskytovatele péče. Tyto změny jsou částečně kompenzovány pro poskytování nových typů péče jako jsou chráněná bydlení, domy na půl cesty a noclehárny.



System zdravotní péče je sestaven inspektorátem „Inspectory of health care“, což je nezávislá profesionální státní kontrolní organizace. V Holandsku existují tři zdravotní inspektoráty, jejichž úkolem je monitoring, zvyšování kvality a přístupnosti zdravotní péče a redukce socioekonomických rozdílů v populaci.

Pro osoby se zdravotním postižením je klíčový tzv. „Exceptional medicine act“ (Zákon o mimořádné zdravotní péči), v Holandsku známý pod zkratkou AWBZ. Zákon o mimořádné zdravotní péči dává základní schéma „Národní zdravotní pojišťovně“ a popisuje též způsob poskytování finančních prostředků v oblasti rezidenčních služeb.

### **Důležitá data v historii poskytování zdravotní a sociální péče:**

- 1971 - „Hospital facilities Act“ (Zákon o nemocnicích) – obsahuje zákonné regulace nemocničních zařízení a institucí poskytující zdravotní péči
- 2000 - „Act on specific medical services“ (Zákon o specifické zdravotní péči) – obsahuje efektivní přístupy ve zdravotní péči, je více flexibilní, vznikl na základě ohlasů o nedostatečnosti původního zákona z roku 1971, obsahuje podmínky poskytování zdravotní péče
- 2001 - Zaveden nový systém zvyšující standardy a kvalitu péče profesionálů
  - Delegation/ Funkční decentralizace: posun odpovědnosti poskytování péče ze strany vlády do privátních sektorů
  - Územní decentralizace: posun odpovědnosti za poskytování péče ze správy centrální vlády státu do správy provincií a lokálních státních správ<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> European Observatory on Health systems and Policies: Health care system in transition, HIT summary – Netherlands, 2005

## 2.6. Další rezidenční služby v ČR

- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy pro osoby se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- azylové domy
- domy napůl cesty
- centra krizové pomoci

Více informací o základních činnostech v poskytování sociálních služeb uvádí zákon 108/2006 Sb.o sociálních službách, který vejde v platnost 1.1.2007.

## 2.7. Osoby s mentálním postižením

### 2.7.1. Klasifikace osob s mentálním postižením

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace ( World health organization – WHO) se osoby s mentálním postižením dělí do následujících šesti kategorií:

#### **Lehká mentální retardace (F70)**

Osoby vykazují IQ 50-69. Obvykle jsou schopni dosáhnout samostatného života. Jejich vývoj je proti normě pomalejší, pomaleji si osvojují zejména řeč a ve studiu je problematickou oblastí zejména čtení a psaní. Vykazují větší míru praktických schopností nežli teoretických. Teoretické neznalosti je znevýhodňují ve společenském prostředí, kde se obtížně přizpůsobují kulturním tradicím, normám a očekáváním.<sup>10</sup>

#### **Střední mentální retardace (F71)**

Osoby vykazují IQ 35-49. Mají výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. V těchto oblastech jsou i v konečné fázi vývoje limitovány. Omezena je též schopnost sebeobsluhy. Při kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou někteří schopni si osvojit základní trivium. V dospělosti jsou tito lidé obvykle schopni vykonávat lehkou manuální práci pod určitým dohledem a zřídka jsou schopni dosahovat samostatného života. Ve společnosti se podílí na jednoduchých sociálních aktivitách.<sup>11</sup>

#### **Těžká mentální retardace (F72)**

Osoby vykazují IQ 20-34. Klinický obraz, organická etiologie a přidružené stavy těchto osob je podobný jako u osob se středně těžkou mentální retardací. Je zde však výrazně snížená úroveň schopností a dovedností. Značná přítomnost poruch motoriky se projevuje i na vadném vývoji centrální nervové soustavy. Včasnou rehabilitační, výchovnou a vzdělávací péčí je možné výrazně přispět u osob v této kategorii k rozvoji schopností, dovedností a zlepšit tak kvalitu jejich života.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup>srovnej Švarcová, I.:Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče. 1. vyd. Praha, Portál 2000. s.27-28

<sup>11</sup> srovnej, tamtéž s.28-29

<sup>12</sup>srovnej, tamtéž s.29

### **Hluboká mentální retardace (F73)**

Osoby vykazují IQ nižší než 20. Jsou obvykle těžce omezeni ve schopnosti porozumění instrukcím a ve schopnostech jim vyhovět. Komunikace je obvykle neverbální rudimentální. Osoby vykazují značné fyzické omezení, mnoho osob je imobilních. Schopnost sebeobsluhy je velmi nepatrná či žádná, bývají inkontinentní, vyžadují stálou péči druhé osoby. Tito lidé mohou dosáhnout základních jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a při vhodném vedení, dohledu a adaptaci jsou schopni provádět některé úkony v sebeobsluze.<sup>13</sup>

### **Jiná mentální retardace (F78)**

Tato kategorie je diagnostikována pouze v případech, kdy pro zdravotní postižení a jeho přidružená poškození nelze stanovit stupeň intelektové retardace.<sup>14</sup>

### **Neurčená mentální retardace (F79)**

Tato kategorie je diagnostikována v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale pro nedostatek informací nelze osobu zařadit do výše zmíněných kategorií.<sup>15</sup>

Klasifikace mentální retardace je důležitá pro diferenciaci hloubky postižení u osob s mentálním postižením. Klasifikace pomáhá zejména v administrativě a nastavení terapeutického procesu. Současná doba se snaží předejít tzv. „nálepkování“, tedy označování lidí pod určitým pojmem, podle kterého se pak odvíjí následující přístup osob okolo nich. Je třeba klást důraz na fakt, že dle klasifikace si můžeme udělat pouze hrubou představu o schopnostech a dovednostech osob s mentálním postižením. Zdravotní stav, schopnosti a dovednosti jednotlivých osob v jedné kategorii může být naprosto odlišná. Proto je třeba ke každému jedinci přistupovat individuálně a na úrovni, která jeho individualitě odpovídá.

---

<sup>13</sup> srovnej, tamtéž s.30

<sup>14</sup> srovnej, tamtéž s.30

<sup>15</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí. 1. vyd. 10. Decenální revize, Svoboda, a. s. 1992

## 2.8. Obor ergoterapie

Ergoterapie je stále se vyvíjející obor se stále se vyvíjející terminologií. Proto existuje též mnoho definic tohoto oboru. Na základě studia literatury a zkušeností z praxe jsem vytvořila tuto definici ergoterapie:

Ergoterapie je léčebná metoda cílená na rehabilitaci osob se zdravotním postižením (fyzickým, psychickým, mentálním), která pomocí individuálně sestaveného ergoterapeutického plánu a následné intervence využívá aktivitu osob k jejich léčbě, kompenzaci zdravotního postižení či udržení stávajícího zdravotního stavu. Cílem ergoterapeutické intervence je pomocí vhodně sestavené terapie dosáhnout minimalizace znevýhodnění jedince a umožnit tak dosažení nejvyššího možného stupně jeho soběstačnosti.

### 2.8.1. Základní principy oboru

Základní principy, na kterých staví obor ergoterapie

- Práce (smysluplná činnost) je podstatnou částí normální lidské existence a její absence vede k ohrožení zdraví.
- Pokud je narušeno zdraví, vybraná pracovní činnost je efektivním prostředkem ke kompenzaci normálního chování i fungování člověka.
- Podstatná hodnota aktivity je, že její opakované provádění přináší výsledky. Činnost vyžaduje aktivní participaci za vyvinutí úsilí a snahy jedince, výběr vhodné aktivity a zapojení terapeuta.
- Každá osoba má své hodnoty. Každý člověk se všemi jeho dovednostmi i problémy potřebuje motivaci a sociální a kulturní zázemí. Lidé často potřebují spolupracovat s terapeuty na ujasnění svých priorit a hodnot pro obnovení svého zdraví.<sup>16</sup>

### Obor ergoterapie staví na následujících myšlenkách:

- Jedinec je součástí prostředí, ve kterém žije.

Ergoterapeuti nahlíží na jedince holistickým přístupem. Každou osobu vidí jako jedinečnou individualitu, jejíž tělo, mysl a duše se na vzájem ovlivňují a nemohou být pozorovány či vnímány jako oddělené jednotky. Jedinci jsou ovlivňováni fyzickými, kulturními, sociálními faktory a společenským zázemím prostředí, ve kterém žijí.

- Podstatou motivace je potřeba být aktivní.
- Aktivita je podstatou žití a je významně ovlivňována morální stránkou jedince.
- Přirozenou vlastností člověka je být součástí společnosti.
- Člověk je v své přirozenosti „tvor“ společenský. Lidské vztahy ovlivňují biologický, psychický, emoční a sociální vývoj člověka.<sup>17</sup>

Z výše zmíněných podstatných myšlenek oboru, lze usoudit, že ergoterapie klade zejména důraz na jedinečnost každého člověka, kterého chápe jako unikátní individualitu, oprávněnou rozhodovat o svém životě a zvolit si svůj osud.

### **2.8.2. Ergoterapeutická intervence**

Ergoterapeut je odborná zdravotnická profese zaměřená na práci s lidmi s disabilitami. Ergoterapeut je rehabilitační pracovník, je součástí rehabilitačního multidisciplinárního týmu, kde je jeho terapie indikována lékařem. Ergoterapeut též intervnuje v oblastech, kde není součástí multidisciplinárního týmu.

#### **Specifické oblasti ergoterapeutické intervence:**

1. hodnocení a diagnostika
2. rozvoj, udržování, zlepšováním či obnovování činnosti potřebných funkcí
3. kompenzace dysfunkce
4. podpora zdraví a celkové pohody jedince<sup>18</sup>

Oblasti ergoterapeutické intervence jsou velmi široké. Obecně se ergoterapeut zabývá člověkem, prostředím ve kterém žije a jeho aktivitami. Aktivitami jsou rozuměny oblasti práce, všedních denních činností, volnočasové aktivity,... Ergoterapeut ve své práci využívá speciálních přístupů, metod a technik, které volí dle individuality a případu jedince.

---

<sup>16</sup> srovnej Hagedorn, R.: Occupational Therapy: Perspectives and Process. 1. vyd. Edinburgh, Churchill Livingstone 1995. s. 18

<sup>17</sup> srovnej Creek, J.: Occupational therapy and Mental health. 3. vyd. North Yorkshire, Churchill Livingstone 2002. s.32-33

<sup>18</sup> srovnej, tamtéž s.19

## 3. PRAKTICKÁ ČÁST

### 3.1. Ergoterapie v komunitě a chráněném bydlení

Společným cílem všech profesí v prostředí komunity by mělo být umožnění co nejvíce nezávislého života všem lidem, kteří v komunitě žijí..

#### 3.1.1. Spolupráce multidisciplinárního týmu a vazby na ostatní rehabilitační a zdravotnické odborníky v péči o uživatele chráněného bydlení

Spolupráce celého multidisciplinárního týmu v komunitě není vzhledem k počtu odborníků v komunitě snadná. Důležitým faktorem pro zajištění kvalitní péče uživatelům chráněného bydlení je koordinovaná spolupráce pracovního týmu v chráněném bydlení.

Náplň práce ergoterapeuta se prolíná do mnoha profesí a naopak. Proto je pro ergoterapeuta velmi důležité stanovit si hranice svých rolí s ostatními profesemi. Stanovení hranic rolí na pracovišti pomáhá následné komunikaci mezi pracovníky a co je mnohem důležitější, umožňuje úzkou specializaci jednotlivých profesí ve svých oborech.

#### 3.1.2. Práce ergoterapeuta v chráněném bydlení

Ergoterapie v oblasti rezidenčních služeb v České republice ještě stále čeká na svůj profesní rozkvět. V zahraničí je běžné, že ergoterapeuti pracují v oblasti rezidenčních služeb a podílí se na mnoha aktivitách, které jsou uživatelům těchto služeb nabízeny a poskytovány. Dle mého názoru je otázkou několika let, než se ergoterapeutická profese prosadí v oblasti rezidenčních služeb a bude běžně nabízena v komunitní péči i v České republice.

Každé chráněné bydlení je svou organizací specifické a v nabízených službách se mnohdy velice liší.

*„Služba musí nabízet tyto základní prvky: pomoc při sebeobsluze, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů“<sup>19</sup>*

---

<sup>19</sup> Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice, MPSV 2005 s.15

Výše uvedená citace je utvrzením, že službě chráněného bydlení je mnoho oblastí, ve kterých může ergoterapeut jako odborná profese v práci s lidmi s zdravotním postižením intervenovat.

### **3.1.3. Ergoterapeut na novém pracovišti**

**(ergoterapeutická profese není v oblastech chráněného bydlení v ČR zatím prosazena)**

Ujasnění rolí v pracovním týmu a společné stanovení hranice kompetencí jednotlivých pracovníků na pracovišti je základem kvalitní spolupráce.

Ověření a ujasnění rolí v pracovním týmu je pro ergoterapeuta zvláště důležité, jelikož se jeho role v mnoha intervencích překrývají s dalšími profesemi. Například s logopedem v nácviku sebesycení s psychologem v nácviku dovedností a s fyzioterapeutem ve volnočasových aktivitách.<sup>20</sup>

### **Zpracování role a popisu práce ergoterapeuta**

Pokud není na pracovišti pevně stanovená náplň práce ergoterapeuta, s čímž se ergoterapeuti v následujících letech budou ještě často setkávat, je nutné umět si udělat představu o náplni práce na pracovišti.

V příloze 7.8. předkládám seznam otázek, které pomohou k profesní orientaci na pracovišti.

### **Popis vlastní práce a svých rolí je důležitý pro:**

1. informaci spolupracovníků o náplni své práce, kterou budete vykonávat
2. stanovení pracovních hranic se svými kolegy a minimalizaci prolínání rolí
3. dodržování své pracovní náplně ve shodě s vedoucími nařízeními i potřebami uživatele
4. strukturování své práce<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain,St Edmundsbu y Press Ltd 1990.s.3-4

<sup>21</sup>srovnej tamtéž s.6



## 3.2. Oblasti ergoterapeutické intervence v chráněném bydlení

Na základě studia literatury a spolupráce se zahraničními ergoterapeuty navrhuji tyto oblasti jako základ pracovní náplně ergoterapeuta v chráněném bydlení.

### **Základní oblasti ergoterapeutické práce v chráněném bydlení:**

- spolupráce v multidisciplinárním týmu, účast a aktivita na společných poradách
- hodnocení a diagnostika uživatelů
- sestavování dlouhodobého a krátkodobého terapeutického plánu s uživateli
- učení dovedností uživatelů (praktické, sociální,...)
- asistenční služba uživatelům ve všedních denních činnostech
- podpora uživatelů v nezávislosti
- hodnocení a navrhování úprav prostředí - podpora uživatelů ve volnočasových a společenských aktivitách (sport, kultura, rekreace,...)
- podpora uživatelů v pracovních aktivitách či studiu
- spolupráce s rodinou
- spolupráce s dalšími subjekty v komunitě
- učení personálu a dobrovolníků práce s uživateli
- šíření povědomí o ergoterapeutické profesi a chráněném bydlení

## 3.3. Ergoterapeutické hodnocení

Důležitým a neoddelitelným nástrojem ergoterapeutické intervence a procesu je hodnocení a diagnostika. Ergoterapeut hodnotí jedince jako biopsychosociální celek, jako součást komplexního systému. Člověk žije v určitém prostředí, které ovlivňuje jeho chování, konání a jeho zdravotní stav, myšlení a další složky jeho osobnosti.

### **Hodnocení můžeme rozlišit na úvodní, průběžné a závěrečné.**

Úvodní hodnocení poskytuje ergoterapeutovi informace o výchozím stavu klienta. Provádí se za účelem analýzy a identifikace silných a slabých stránek klienta, na jejichž základě terapeut sestavuje terapeutický plán. Do úvodního hodnocení zahrnujeme sběr základních informací a úvodní testování.

Průběžné hodnocení dává ergoterapeutovi zpětnou vazbu o vlivu terapie na klienta, ukazuje progres a změny klientova stavu ovlivněné terapií. Průběžné hodnocení pomáhá ergoterapeutovi identifikovat dosažené cíle a upozorňuje jej na obtížnost v jejich dosahování.

Závěrečné hodnocení slouží terapeutovi ke zhodnocení účinnosti celkové intervence s klientem a k porovnání klientova stavu před a na konci ergoterapeutické intervence. Závěrečné hodnocení slouží ergoterapeutovi jako vodítko pro různá doporučení klientovi. Například doporučení terapií u jiných specialistů.

Hodnocení může ergoterapeut též provádět pro administrativní potřeby pracoviště a výzkum.

### **3.3.1. Hodnocení v chráněném bydlení**

Hodnocení uživatelů chráněného bydlení s mentálním či jiným zdravotním postižením je třeba provádět již od počátku jejich pobytu. Pokud je možné hodnotit budoucí uživatele chráněného bydlení ještě v místě dosavadního bydliště, je vhodné tak učinit a zjistit jeho potenciál stát se soběstačný pro život v daném chráněném bydlení.

Průběžné hodnocení se provádí na základě intervence a spolupráce s uživatelem v chráněném bydlení. Uživatel se v domácím prostředí chráněného bydlení chová přirozeně a průběžné hodnocení terapeutem nemusí ani vnímat. Je na organizaci, terapeutovi a uživateli, popřípadě rodině uživatele, na jakém způsobu podávání informací o výstupech ergoterapeutické intervence se domluví.

Závěrečné hodnocení provádí ergoterapeut v případě, pokud uživatel opouští zařízení chráněného bydlení, nebo pokud je již uživatel natolik soběstačný, že již intervenci ergoterapeuta dále nepotřebuje.

Jasně hodnocení schopností, dovedností a potřeb uživatele pomáhá ergoterapeutovi určit, na kterých oblastech může s uživatelem pracovat, a jaké prostředky terapie je vhodné v daném případě užít.

#### **3.3.1.1. Hodnocení osob s disabilitou při přechodu do chráněného bydlení v oblastech aktivit a participace**

Pro poskytnutí základních informací o žadatelích služby chráněného bydlení může velmi dobře posloužit dobře vypracovaný formulář, který spolu s žádostí o poskytnutí služby chráněného bydlení musí žadatel či pověřená osoba, nejlépe ve spolupráci s žadatelem, vyplnit. Pokud tento formulář na pracovišti není vypracován, je

v kompetenci ergoterapeuta, aby spolupracoval na jeho vytvoření. K počátečnímu ergoterapeutickému hodnocení potencionálních či nových uživatelů chráněného bydlení může velice dobře posloužit soubor několika následujících kroků určených původně jako vodítko pro hodnocení uživatelů institucionálního zařízení ještě před přechodem do péče na úrovni komunity. Hodnocení osob v instituci ještě před přechodem do komunity velmi pomáhá k určení potřebné následné péče.

Velmi vhodným testovacím prostředím pro zjištění potenciálu v soběstačnosti je umožnění pobytu v tzv. „tréninkovém bytě“. Zde si může žadatel o soc. službu chráněné bydlení v průběhu několika týdenního, či měsíčního pobytu vyzkoušet své schopnosti v oblastech soběstačnosti a hodnotící terapeut zde může sledovat a hodnotit žadatelův potenciál pro život v chráněném bydlení. Tréninkový byt jsem měla možnost vidět a vyzkoušet během praxe v ÚSP Snědovice, kde jej pro mapování uživatelů při přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení využívají. S tréninkovým bytem zde mají velmi dobré zkušenosti. Sama jsem byla jeho možnostmi pro testování velmi nadšena. V příloze 7.10. dokládám k nahlédnutí fotografie z chráněného bydlení ÚSP Snědovice.

### **Kroky ergoterapeutického hodnocení osob s disabilitou před přechodem z institucionálního zařízení do komunity:**

1. Zjištění, jaké všední denní činnosti již uživatel zvládá a umí.
2. Identifikace jednotlivých psychických, sociálních, volnočasových a pracovních potřeb uživatele.
3. Stanovení krátkodobých a dlouhodobých cílů v práci s uživatelem.
4. Identifikace jednotlivých ubytovacích potřeb a odhad, jak nejlépe by se dalo uživateli v tomto směru vyhovět (dům pro malou skupinu obyvatel, soukromý byt, 24-hodinová služba v blízkosti bytu,...).<sup>22</sup>

#### **3.3.1.2. Hodnocení dovedností uživatele v chráněného bydlení**

Testování a hodnocení soběstačnosti uživatele v chráněném bydlení by měl ergoterapeut provést co nejdříve po přechodu uživatele do chráněného bydlení, aby tak zabránil zbytečnému stresu jedince v novém prostředí a předešel kritickým situacím. Je nutné uživateli ukázat prostředí, kde se bude často pohybovat a seznámit jej s věcmi a

---

<sup>22</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.45

nástroji, které bude používat. Pro příklad uvádím seznam činností, které by měl ergoterapeut s uživatelem v prvních dnech jeho pobytu vyzkoušet.

#### **Návrh činností pro hodnocení soběstačnosti uživatele:**

1. přípravu sendviče (obloženého chleba)
2. přípravu čaje
3. otočení kohoutku s vodou (puštění a zavření vody)
4. otočení kohoutku s přívodem plynu/pro zvýšení teploty na plotně a v troubě
5. otevření dvířek trouby
6. otevření dveří lednice
7. rozsvícení a zhasnutí světla v místnosti
8. zasunutí elektrické koncovky přístroje do zásuvky a jeho spuštění
9. otevření/zavření dveří, použití klíče
10. otevření okna
11. stlaní postele
12. praní prádla v ruce

Schopnost uživatele provést danou činnost je odrazem zkušeností, které měl či neměl možnost v dosavadním životě nabýt. Pozorování a hodnocení výše zmíněných činností poskytne ergoterapeutovi základní informace o soběstačnosti uživatele v novém prostředí. Výstup z hodnocení by též měl umožnit ergoterapeutovi vytvořit si představu, na jaké oblasti by měl se v nácviku soběstačnosti s uživatelem zaměřit, pomoci mu ve zvažování možností adaptace prostředí domácnosti a v navrhování vhodných kompenzačních pomůcek, které uživateli pomohou v dosažení větší soběstačnosti.<sup>23</sup>

### **3.4. Sestavení individuálního plánu**

*„Chráněné bydlení je komplexní residenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života.“<sup>24</sup>*

---

<sup>23</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.50-51

<sup>24</sup> webové stránky občanského sdružení Dobromysl. (cit. 2006-16-02)  
Dostupný na www: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=392>

Z výše zmíněné citace občanského sdružení Dobromysl jasně vyplývá, že sociální služba chráněné bydlení poskytuje podporu uživatelům dle jejich individuálních potřeb. K poskytnutí takové podpory je nutné sestavit s jednotlivými uživateli individuální plán.

Ergoterapeut sestavuje individuální plán ve spolupráci s uživatelem, či jeho zákonným zástupcem na základě analýzy provedených hodnocení a konzultace závěrů s dalšími odborníky. Individuální plán obsahuje postup a cíle intervence ergoterapeuta s uživatelem, stanovuje způsob dosažení cíle a časový horizont pro jeho dosažení.

Struktura, forma a frekvence individuálního plánování se na každém pracovišti dle organizace liší. Důležitým aspektem v plánování kvalitní péče je vazba na region (sociální a bytový odbor).

#### **Hlavními komponentami v procesu plánování jsou:**

1. hodnocení individuálních potřeb uživatele a stanovení cílových oblastí
2. specifikace způsobu dosahování stanovených cílů
3. identifikace dovedností, které k dosažení cílů musí uživatel využít či se je naučit
4. identifikovat, které profese (osoby) uživatele v dosažení cílů podpoří
5. časový plán postupného dosahování cíle a průběžného hodnocení<sup>25</sup>

Individuální plán zahrnuje všechny oblasti potřeb v péči o sebe, dovednosti v domácím prostředí i na úrovni komunity, volnočasové a pracovní aktivity, atd...

### **3.5. Bydlení a potřeba individuální podpory**

Specifičnost architektury a vybavení jednotlivých ubytovacích zařízení klade specifické nároky na jejich uživatele. Ergoterapeut by měl být schopný na základě analýzy provedených hodnocení navrhnout domácí prostředí uživatele tak, aby jej co nejlépe facilitovalo k co největší míře soběstačnosti, a zároveň aby svými parametry bylo pro uživatele vzhledem k jeho disabilitám bezpečné.

---

<sup>25</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.87

Náležitosti, které by měl ergoterapeut na základě rozhovoru s potenciálním uživatelem před jeho ubytováním v chráněném bydlení zvážit:

1. typ ubytování - např.: dům pro malou skupinu obyvatel, samostatný byt
2. bezbariérovost ubytování
3. spolubydlící  
např.: přítel/ přítelkyně, cizí osoba, kamarád (věk spolubydlícího hraje mnohdy velmi důležitou roli ve společném soužití)
4. prostředí bytu chráněného bydlení  
např.: byt blízko pracoviště asistentů, byt na klidném odlehlém místě  
(I maličkosti, jako je okolí bytu, mohou být pro uživatele důležité.)
5. potřeba stavebních úprav v domácnosti a vybavení pomůckami (přístroji)
6. potřeba podpory (asistence) uživatele  
např.: uživatel potřebuje 24-hodinovou podporu (podporu v ADL, vedení financí, nakupování, vaření), uživatel vyžaduje denní asistenční služby v chráněném bydlení, na které se v případě potřeby může obrátit.<sup>26</sup>

K posouzení vhodnosti jednotlivých bytových jednotek chráněného bydlení může ergoterapeutovi velice dobře posloužit předem vypracovaný hodnotící formulář pro každý byt v chráněném bydlení se zaznamenanými parametry. Vyplněný formulář poslouží ergoterapeutovi k rychlejší administraci a posouzení vhodnosti určité bytové jednotky pro jednotlivé uživatele. Vypracovaný formulář naleznete v příloze 7.3.

### **3.5.1. Facilitující prostředí chráněného bydlení**

Chráněné bydlení by mělo být prostředím facilitujícím nebo-li podpůrným. Každý z nás si svůj domov přizpůsobuje tak, aby se mu v něm žilo co nejlépe a nejpříjemněji. Osoby s mentálním postižením jsou obvykle citlivější na sociální prostředí, ve kterém žijí, než zdraví lidé. Pracovníci chráněného bydlení by měli pomoci uživatelům vytvářet facilitující domácí prostředí pro navazování sociálních kontaktů, budování dobrých vztahů a přátelství.

Podpůrné by mělo být i samotné technické zázemí chráněného bydlení. I „zdraví“ lidé si pořizují do domácností vybavení, přístroje a nástroje, které nejvíce vyhovují

---

<sup>26</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.51

jejich požadavkům a nárokům. Proto by též uživatelé s mentálním postižením měli být podporováni v přizpůsobování jejich domácností, aby se staly co nejvíce podpůrnými pro jejich život.

### **3.5.1.1. Ergonomie prostředí a kompenzační pomůcky**

#### **Ergonomie prostředí**

Ergonomie se zabývá úpravou prostředí, aby bylo facilitující pro zdraví osob v něm žijících a vyhovovalo jejich nárokům. Ergonomií se zabývá i obor ergoterapie. Spolupráce s ergoterapeutem při plánování výstavby či renovaci jednotlivých prostor chráněného bydlení pro osoby s disabilitami je pro vytvoření vhodného fyzického prostředí pro uživatele velmi přínosná.

Šíře chodeb, šíře dveřních vstupů, výška dveřních klik, vypínačů světel, elektrických zásuvek, pracovních ploch, úložných prostor, podlahové krytiny, výška umyvadel, výšky a typ toaletní mísy a bezbariérovost. Toto je jen malý výčet příkladů faktorů prostředí, které je třeba zvážit při výstavbě fyzického prostředí pro určitou skupinu uživatelů.

Na základě ergoterapeutického hodnocení uživatelů chráněného bydlení a jeho analýzy je ergoterapeut schopen navrhnout úpravy prostředí tak, aby byly pro jejich uživatele nejvhodnější.

#### **Kompenzační pomůcky**

Kompenzační pomůcky, jak už z názvu vyplývá, kompenzují určitou disabilitu. Navrhování, doporučování a nácvik jejich používání je jednou z hlavních determinant ergoterapeutické profese. Kompenzační pomůcky pro práci v kuchyni, pro hygienu v koupelně, sebeobsluhu na WC, ale též k pracovním a volnočasovým aktivitám a dalším činnostem jsou velmi důležité pro podporu soběstačnosti osob s postižením.

Ergoterapeut pracující v chráněném bydlení by se stále měl orientovat na trhu s kompenzačními pomůckami a být tak schopný doporučit pro každého uživatele chráněného bydlení ty nejvhodnější pomůcky kompenzující jeho zdravotní postižení.

Umožnění této ergoterapeutické intervence v chráněném bydlení vede k větší soběstačnosti a efektivnější integraci uživatelů chráněného bydlení do společnosti.

### **3.5.1.2. Sociální pomoc, podpora a zázemí**

Prostředí chráněného bydlení by mělo být facilitující i z hlediska sociálního zázemí. Uživatel by měl cítit ze strany personálu chráněného bydlení podporu. Měl by mít možnost obrátit se na osobu, které důvěřuje, a která jej v případě potřeby podpoří v překonávání životních překážek. Též by zde měla být osoba, která bude komunikovat v případě potřeby a na přání uživatele s regionálním úřadem.

Pro poskytnutí takového prostředí je velmi důležitá dobrá spolupráce všech pracovníků chráněného bydlení, které pracují s uživateli. Ergoterapeut by měl podporovat dobré vztahy na mezi personálem a uživateli chráněného bydlení, pomáhat řešit problémové situace, které obvykle vznikají z nepochopení pracovníka chráněného bydlení uživatelem a naopak.

Ergoterapeut též může rozšiřovat povědomí o problematice osob se zdravotním postižením. Formou instruktaží a přednášek může informovat nezasvěcené zaměstnance chráněného bydlení, asistenty osob s mentálním postižením a rodiny uživatelů o jednotlivých kategoriích zdravotního postižení, vlivu určitého zdravotního postižení na chování těchto osob, o potřebách těchto lidí, možnostech jejich uplatnění, jejich obvyklých schopnostech a dovednostech, atd...

Důležitým úkolem ergoterapeuta je facilitovat chápající, důstojné a respektující chování personálu chráněného bydlení a osob žijících v jejich okolí vůči uživatelům chráněného bydlení.

### **3.5.2. Dovednosti uživatele pro bydlení**

Běžné domácí činnosti jsou pro zdravého člověka vyrůstajícího v rodině tak zažitě, že už nad nimi nemusí ani přemýšlet. Člověk s mentálním postižením, který vyrůstal v ústavním zařízení či v rodině, kde tyto činnosti nikdy nemusel či nemohl vykonávat, je velmi znevýhodněn pro schopnost samostatného života. Nezískané dovednosti a zkušenosti jej činí závislým na druhých. Výsledkem hyperprotektivní péče v rodině či dlouhodobé péče v institucionálním zařízení je znevýhodnění pro dosahování nezávislého života.

#### **3.5.2.1. Rozvoj dovedností a jejich nácvik**

Rozvoj dovedností a způsob jejich nácviku u uživatelů chráněného bydlení je pro každého jedince velmi individuální. Někteří uživatelé s mentálním postižením se učí velmi rychle, jiným musíme poskytnout mnohem více času i trpělivosti. Vypracovaný



individuální plán, podle kterého se ke každému uživateli individuálně přistupuje a správně zvolený přístup pro jeho plnění, je dle mého názoru nejlepší cesta k úspěšnému zvládnutí cílených činností.

Pro intervenci s klientem je důležité, aby ergoterapeut zvážil a zvolil přístup, jakým bude uživatele vést k soběstačnosti. K tomu se nabízí dva základní přístupy: „Developmental approach“ - přístup rozvíjející dovednosti a „Splinter skills approach“ - přístup na bázi podpory.

Přístup rozvíjející dovednosti v procesu učení postupuje po jednotlivých komponentách činnosti, jejichž jednotlivé zvládnutí v závěru umožní vykonat činnost komplexně. Přístup na bázi podpory pomůže jedinci zvládnout činnost alternativní cestou, jako je přizpůsobení prostředí, použití pomůcky, adaptace činnosti, apod... Přístup na bázi podpory je přímý a obvykle vede k rychlejšímu provedení činnosti jedincem.

Pro ujasnění přístupů uvádím následující příklady.

1. Uživatel nedokáže vyvinout takovou fyzickou sílu HKK, aby otočil spouštěč plynu na plynovém sporáku.

- Ergoterapeut musí zvážit, zda bude pracovat s uživatelem na rozvíjení funkčnosti a dovednosti HKK a bude posilovat svalovou sílu HKK uživatele, nebo se rozhodne pro druhou variantu, tedy pro adaptaci prostředí a doporučení pomůcek pro zvládnutí činnosti.

2. Uživatel si nedokáže zapnout knoflíky na košili, proto chodí pouze v tričkách i do společnosti, kde se to nehodí.

- V prvním případě přístupu by se Ergoterapeut při intervencích s uživatelem zaměřil na nácvik jemné, popřípadě hrubé motoriky HKK. V přístupu na bázi podpory ergoterapeut uživatele naučí používat navlékač knoflíků nebo uživateli upraví či nechá upravit všechny jeho košile. (Například nechá přešít knoflíky na vnější vrstvu košile a pod knoflíky nechá všít suchý zip.)

3. Uživatel si nezvládne sám vyčistit zuby, pohyb kartáčku v ústech je pro něj příliš složitý a namáhavý.

- Ergoterapeut zvolí cestu složitější, avšak komplexnější a bude s uživatelem trénovat jemnou i hrubou motoriku a procvičovat výdrž při činnosti. V druhém případě navrhne uživateli zakoupení elektrického kartáčku.

Rozhodování se pro ten či onen přístup může být velmi obtížnou volbou. Velmi omezující roli při volbě může hrát čas. Pokud je terapeut limitován počtem hodin určených pro terapie s uživateli, mnohdy je efektivnější volit přístup, kdy je adaptováno prostředí, či doporučena pomůcka. Musíme si však také uvědomit, že vykonání činnosti se pak omezuje pouze na adaptované prostředí a v běžném, tedy neupraveném prostředí je uživatel nadále znevýhodněn.

Dle mého názoru je nejlepší umožnit uživateli vyzkoušet oba přístupy. Tak jako zdraví lidé potřebují dostatečný čas pro naučení některých činností, tak i lidé s mentálním postižením potřebují dostatek času, aby činnost zvládli, či naopak zjistili, že bude lepší prostředí pro zvládnutí činnosti přizpůsobit.

Učení jednotlivých činností po jednotlivých krocích dle vývojového stupně jedince je důležité zejména u dětí a adolescentů, včetně těch s mentálním postižením, protože jsou velmi flexibilní a mají velký potenciál růstu svých schopností, dobře se učí. Méně podporován je tento přístup u dospělých s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Zde je hájen především přístup na bázi adaptace a podpory.

Každý uživatel je však individualitou, a tak k němu také musí být přistupováno. „Developmental approach“ může být velmi vhodný i pro mnoho dospělých uživatelů.<sup>27</sup>

### **Faktory hrající velmi důležitou roli při výběru přístupu pro určitého uživatele:**

1. Dovednosti, které uživatel bude potřebovat využívat v různých prostředích je lépe učit bez adaptací prostředí.
2. Věk jedince je důležitý faktor. Je však nutno zohledňovat individualitu jednotlivce a tou se řídit především.
3. Učení v raném období dospívání umožňuje lepší vstřípivost v procesu učení, provádění a zdokonalování potřebných dovedností.
4. Pro motivaci klienta je velmi důležitá spoluúčast při rozhodování, které dovednosti se bude učit a jeho možnost volby, které dovednosti se bude učit dle osobní potřeby nejprve.
5. Rozvíjení schopností klienta zvyšují jeho duševní pohodu a postavení ve společnosti.
6. Osvojené dovednosti umožní jedinci navazovat odpovídající sociální kontakty s lidmi bez postižení v komunitě.
7. Jedinci budou raději dosahovat určitých dovedností učením.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.55

Při učení dovedností a schopností uživatelů chráněného bydlení je velmi důležité zachování místa a času prováděné činnosti a její komplexnost.

Ergoterapeut by měl zajistit dostatek času pro učení a trénink činnosti, aby nebyl uživatel pod časovým tlakem, a aby byla zároveň činnost prováděna důsledně a také dokončena. Vhodné je též klidné a nerušené prostředí. Během učení nových činností je třeba postupovat od činností méně komplexnějších, které uživatel již ovládá k těm složitějším.

### 3.6. Ergoterapeut hodnotící uživatele v oblastech aktivit a participací dle ICF ve specifických oblastech všedních denních činností (ADL)

ADL je zkratka anglického názvu „Activity of Daily Living“. V českém překladu jde o všední denní činnosti. Hodnocení, učení, trénink a asistence v oblastech ADL bude zřejmě nejčastější náplní práce ergoterapeuta v chráněném bydlení. Oblasti ADL dělíme na pADL nebo-li personální ADL a iADL nebo-li instrumentální ADL. Mezi pADL řadíme osobní hygienu, oblékání, svlékání, sebesycení,...Mezi iADL patří oblasti jako je telefonování, vaření, praní, žehlení, uklízení,...

#### **Specifické oblasti ADL:**

sebesycení

oblékání, svlékání

hygienu a osobní péče

vaření a příprava jídla

péče o domácnost

sociální dovednosti

dovednosti v komunitě – telefonování, nakupování, vedení financí, atd...

---

<sup>21</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.56

Nácvik a trénink těchto činností u některých uživatelů s mentálním postižením může probíhat měsíce i roky. Někteří uživatelé se určité činnosti nenaučí nikdy. Těmto lidem je třeba poskytnout patřičnou asistenci a podporu po celý život.

### **Ergoterapeutická intervence v oblastech ADL**

Prvotním úkolem ergoterapeuta v oblastech ADL je především zhodnocení schopností a soběstačnosti uživatele. Hodnocení by mělo umožnit ergoterapeutovi náhled na potřeby uživatele v oblasti bydlení a podpory, právě tak jako na oblasti ADL, které již uživatel zvládá. Hodnocení ADL je dlouhodobý proces, pro který je nutné ergoterapeutovi poskytnout dostatek času i vhodné prostředí.

Důležitými pravidly, která by se měla při hodnocení a následně pak i v nácviku a tréninku ADL dodržovat, je zachování času a místa, kdy a kde je činnost během dne obvykle prováděna. Například čištění zubů před spaním v koupelně, příprava oběda v dopoledních hodinách v kuchyni apod. Zejména uživatelům s mentálním postižením dodržení těchto pravidel pomáhá k rychlejšímu porozumění, proč je daná činnost právě v určitý čas prováděna.

Není-li z časových či jiných důvodů možné provádět testování v čase a místě, kdy a kde je činnost obvykle prováděna, je možné požádat uživatele o ukázkou několika pohybů, které simulují dané pohyby během činnosti.<sup>29</sup>

### **Příklady pohybů pro hodnocení:**

- dotyk chodidel
- ukazuje fyzickou nezávislost pro umytí si nohou či oblékání ponožek a nazouvání bot
- položení rukou na hlavu
- ukazuje, zda je omezení v mytí si zad a česání vlasů či oblékání trika
- dotyk ramen a kolen
- ukazuje, zda je fyzické omezení umýt se v oblasti od kolen k ramenům
- dotyk kolen a schopnost uchopit vaši ruku
- ukazuje fyzickou nezávislost v oblečení páru podkolenek<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd, Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.48

<sup>30</sup> srovnej, tamtéž s.48

Hodnocení ADL může ergoterapeut provádět také společně s fyzioterapeutem. Taková spolupráce umožňuje rychlejší hodnocení obou terapeutů s možností konzultace názorů a podporuje tak i dobré pracovní vztahy. Ergoterapeut může být deprimován, pokud se mu nepodaří dokončit hodnocení během jedné terapeutické jednotky. Terapeut však musí být citlivý ke schopnosti soustředění klienta, být tolerantní a rozdělit si hodnocení i do více jednotek, pokud je to u daného uživatele zapotřebí.<sup>31</sup> Stupňování činnosti je jedním z nejdůležitějších prvků terapie. V příloze 7.2. je přiložena navržená tabulka pro testování ADL.

### 3.6.1. Sebesycení

Sebesycení je oblast intervence, která se prolíná s profesí logopedickou, proto je vhodná interdisciplinární spolupráce. Ergoterapeut zde svou odborností může zasahovat v učení a kontrole správného sedu, učení a tréninku používání příboru, v případě potřeby využít prvky orofaciální stimulace. Sebesycení je složitý komplexní proces, který osobám s mentálním postižením dělá nezřídka problémy.

Prvním krokem ke správnému sebesycení je schopnost základních dovedností jako je polykání, lízání, otevírání a zavírání úst, kontrola jazyka, žvýkání a kousání. Po nácvičku základních schopností pro příjem potravy následuje nácvik sebesycení lžící, poté následuje nácvik sebesycení pomocí vidličky a nože. Obzvláště náročnou činností pro mnoho osob s mentálním postižením je dělení potravy nožem.<sup>32</sup> Do nácvičku sebesycení patří též učení a trénink pití.

Komplexní zvládnutí procesu sebesycení klade nemalé nároky na hrubou i jemnou motoriku a koordinaci HKK pro používání příboru. Pro sebesycení je nutné správné dýchání, které je závislé též na správném sedu u stolu. Pro správný sed je třeba fixace hrudníku ve správné poloze, což klade nároky především na trupové svalstvo a zádové svalstvo, ale také na břišní svalstvo i svalstvo pletence pánevního. V této oblasti je třeba spolupracovat též s fyzioterapeutem, který v případě potřeby pracuje s uživatelem na dostatečné svalové síle.

---

<sup>31</sup> srovnej, tamtéž s.48

<sup>32</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd,Great Britain 1990. s.69-70

## **Pomůcky pro sebesycení**

Úkolem ergoterapeuta je i zvážit vhodnost pomůcek pro sebesycení. Fyzické či mentální postižení znesnadňuje či znemožňuje některým osobám se zdravotním postižením používat běžné pomůcky pro sebesycení. Pomůcek pro sebesycení osob se zdravotním postižením je na trhu se speciálními pomůckami velké množství a je jen na uživateli, který ve spolupráci s ergoterapeutem zvolí jako konstrukčně a cenově nejvhodnější. Je též možné nechat si pomůcku vyrobit dle individuálních potřeb uživatele. Ergoterapeut by měl mít o pomůčkách přehled a měl by být schopen o pomůčkách nejen informovat, ale též je i vhodně doporučit a učit manipulaci s nimi.

### **3.6.2 Oblékání, svlékání**

Oblékání a svlékání oblečení jsou činnosti, které by měl uživatel chráněného bydlení bezpochyby ovládat. Tyto činnosti kladou obvykle nemalé nároky na hrubou i jemnou motoriku jedince, svalovou sílu a rozsah pohybu v jednotlivých kloubech.

Oblasti, na které se ergoterapeut při rozvoji dovedností v oblékání u osob s mentálním postižením zaměřuje můžeme rozdělit na následující:

1. Užití terapeutických aktivit a technik ke zvýšení pohotovosti nezbytných dovedností pro samostatné oblékání.
2. Zajištění tréninku s přizpůsobenými pomůckami a technikami.
3. Přímou instruktáž dovedností v oblékání.<sup>33</sup>

Pro proces oblékání a svlékání jsou nutné určité fyzické a mentální předpoklady, bez kterých bude uživatel činnost jen velmi špatně zvládat.

Nezbytnými dovednostmi a schopnostmi pro úspěšné zvládnutí procesu oblékání i svlékání jsou: udržení rovnováhy v sedě (ve stoje), dostatečný rozsah pohybu HKK i DKK, svalová síla a výdrž, schopnost úchopů (štipec, špetka,...), bilaterální koordinace, vizuální pozornost, percepce (prostorová, tvarová), uvědomění si vlastního tělesného schématu, motorické plánování, paměť,...<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup>: srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.73

<sup>34</sup>: srovnej, tamtéž s.73

Ergoterapeut by měl zhodnotit, které z výše zmíněných schopností dělají uživateli problémy a na ně se následně během intervencí s uživatelem zaměřit.

### **Pomůcky a užití speciální technik pro oblékání**

Dle mého názoru je ovládnutí správných technik v oblékání pro uživatele výhodnější než využívání adaptivních metod. Pokud uživatel ovládne schopnosti v oblékání, má větší možnosti při výběru oblečení a také ušetří finance za případné úpravy oděvu a kompenzační pomůcky pro oblékání.

Přesto si však uvědomuji, že nejdůležitější je umožnit uživateli co největší nezávislost, ať již s pomocí adaptace oděvu a pomocí kompenzační pomůcky nebo bez nich. V příloze 7.4. uvádím tabulku s příklady několika adaptací oděvu pro osoby, které pro své snížené mentální či fyzické schopnosti nezvládnou běžný způsob oblékání a svlékání.

### **3.6.3. Hygiena a osobní péče**

Hygiena a osobní péče jsou specifické oblasti, které vyžadují technickou i manuální zdatnost v ovládání mnoha pomůcek a nástrojů a mechanických přístrojů. Každý typ kartáčku na zuby, hřebenu na vlasy, holícího strojku, dávkovače mýdla, baterie umyvadla, splachování toalety, nůžek či kleštiček na nehty svými parametry a způsobem ovládání klade velmi specifické a odlišné nároky na jejich uživatele.

Úkolem ergoterapeuta v oblasti hygieny a osobní péče je hodnocení schopností uživatele v této oblasti, hodnocení prostředí, analýza problémových oblastí, na které je třeba se v ergoterapeutické intervenci zaměřit a zvážení vhodnosti doporučení kompenzačních pomůcek. Dle hodnocení funkčních, mentálních a fyzických schopností uživatele ergoterapeut stanoví plán intervence zaměřený na nácvik činností v oblasti hygieny a osobní péče, které uživatel neovládá nebo jsou pro něj problematické.

### **Osobní hygiena**

Dodržování osobní hygieny je dovednost, která má vliv nejen na zdravotní stav uživatele, ale též na sociální přijímání uživatele ve společnosti. Uživatel chráněného bydlení by měl zvládat prvky osobní hygieny jako je hygiena úst, smrkání, péči o ruce, péči o vlasy, používání deodorantů a antiperspirantů, atd.... U mužů je specifickou

oblastí holení vousů a žen je to například používání make-upu a zvládnání hygieny v období menstruace.

Ne vždy všechny prvky osobní hygieny uživatel po přechodu z institucionálního prostředí dobře ovládá. Učení a trénink schopností uživatelů v oblasti osobní hygieny je též jedna z významných oblastí ergoterapeutické intervence.

### **Pomůcky pro osobní péči a hygienu**

Ergoterapeut může přispět svými odbornými znalostmi v oblasti adaptace prostředí a doporučení vhodných kompenzačních pomůcek pro péči o sebe i hygienu. Dnes je možné zakoupit mnoho vhodných kompenzačních pomůcek na běžném trhu, jelikož mnoho kompenzačních pomůcek je již denní potřebou pro velkou část seniorské populace. Mezi základní pomůcky patří madla na zeď, protiskluzné podložky, sedačky do vany, prodloužené nástavce na hřebeny a mycí houby, podavače, nástavce na WC, atd... V příloze 7.5. jsou uvedeny příklady adaptace pomůcek pro osobní péči a hygienu.

### **3.6.4. Vaření a příprava jídla**

Práce v kuchyni patří mezi oblasti, které kladou větší nároky pro používání různých pomůcek a přístrojů. Vaření je činnost, která vyžaduje schopnost dobré organizace práce a plánování činnosti, a to jak z časového hlediska, tak i z hlediska rozdělení a rozvržení činnosti jednotlivých kroků.

#### **Uživatel musí zvládnout:**

A/ naplánovat samotný proces

- seznámení se s postupem přípravy pokrmu, potřebnými ingrediencemi a nástroji

B/ obstarat a připravit potřebné ingredience, pomůcky a přístroje

C/ rozvrhnout si časově jednotlivé části přípravy pokrmu

B/ dodržení postupů a časů přípravy

Ergoterapeut by měl dle provedených funkčních hodnocení zjistit potenciál uživatele pro použití jednotlivých pomůcek a přístrojů. Při seznamování uživatele s pracemi v kuchyni by měl ergoterapeut co nejvíce experimentovat v používání různých přístrojů a nástrojů, aby zjistil, které jsou pro používání uživatelem nejvhodnější, popřípadě navrhl jejich adaptaci. Dalším krokem terapie je nácvik v jejich ovládní.



Pro přípravu pokrmů jsou velmi vhodnou pomůckou recepty s obrázky znázorňující jednotlivé kroky činnosti přípravy pokrmu. Pro uživatele s mentálním postižením, kteří neovládají čtení a mají potíže s pamětí je toto vhodný způsob, jak jim umožnit pracovat na přípravě pokrmu bez asistence a slovního vedení druhé osoby.

Vaření ve skupině a společné sdílení jídel je též výbornou cestou k rozvíjení sociálních dovedností, zejména u osob s těžkým mentálním postižením.<sup>35</sup>

### **Pomůcky pro práci v kuchyni**

Běžný trh již dnes nabízí široké spektrum kompenzačních pomůcek pro přípravu jídla. Například: prkénka s přísavkami a bodci, protiskluzné podložky, otevírače lahví, pomůcky kompenzující různé druhy úchopů, nože s rozšířenou rukojetí, atd...

### **3.6.5. Sociální dovednosti**

Důležitým úkolem celého pracovního týmu v procesu integrace osob s mentálním postižením v komunitě je učit uživatele sociálním dovednostem. Sociálními dovednostmi rozumíme schopnosti spojené se vzájemnou interakcí mezi lidmi, zahrnující schopnost adekvátně verbálně i neverbálně reagovat, schopnost konverzace, naslouchání druhým, ovládání asertivního chování a osobního vystupování.<sup>36</sup>

V procesu integrace osob s mentálním postižením do komunity je jeden z hlavních úkolů pracovního týmu chráněného bydlení postarat se o rozvíjení sociálních dovedností uživatelů.

Lidé s mentálním postižením, kteří neměli v minulosti možnost běžné každodenní komunikace s lidmi ve svém okolí, se budou v této oblasti potřebovat mnoho učit.

Učení sociálních dovedností je především oblast intervence vychovatele či speciálního pedagoga. Avšak i ergoterapeut spolu s ostatními pracovníky chráněného bydlení, kteří s uživateli přichází do kontaktu, by měli uživatele podporovat v osvojování sociálních dovedností. I v průběhu běžného rozhovoru uživatele s terapeutem může docházet k učení adekvátních komunikačních schopností a rozvoji sociálních dovedností uživatele.

---

<sup>35</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.79

<sup>36</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.80

Ergoterapeut by měl dbát během interakcí s uživatelem chráněného bydlení s mentálním postižením i na tuto oblast osobnosti člověka a postupně jej tak podporovat v osvojování sociálních dovedností v prostředí komunity.

### **3.6.6. Dovednosti v komunitě**

V každodenním životě v komunitě se uživatel chráněného bydlení setkává s běžnými úkoly a překážkami, které se musí naučit zvládat. Mnoho osob s mentálním postižením, doposud žijící v institucionálním zařízení, se s mnoha běžnými činnostmi, které je třeba v komunitě zvládat, nesetkalo.

Úkolem ergoterapeuta je hodnocení uživatelů v těchto oblastech a zaměření ergoterapeutické intervence na dosahování doposud neosvojených dovedností. Pro příklad uvádím některé oblasti dovedností v komunitě a možnou ergoterapeutickou intervenci.

#### **3.6.6.1. Užívání veřejné dopravy**

Užívání prostředků veřejné dopravy se stává nezbytnou součástí běžného života uživatelů chráněného bydlení, kteří pracují, studují, nakupují, atd. v místě vzdáleném od jejich domova v chráněném bydlení. Uživatele, který tento způsob dopravy dříve nevyužíval je třeba seznámit, informovat a dlouhodobě učit prostředky veřejné dopravy užívat.

Ergoterapeut může v tomto ohledu s uživateli pracovat teoretickými učebními intervencemi v chráněném bydlení, nebo dle mého názoru lépe názorněji, formou terénní intervence, kdy terapeut učí uživatele přímo v terénu. Je vhodné, aby měl uživatel během terénních terapií u sebe vždy průkaz s osobními údaji pro případ, že se ztratí.

#### **Užívání prostředků veřejné dopravy vyžaduje následující dovednosti:**

1. rozeznání zastávek
2. poznání správného dopravního prostředku (číslo linky)
3. placení jízdného/ popřípadě použití průkazu (ZTP, ZTP/P)
4. poznání výstupní stanice či stanice před výstupní stanicí a popřípadě i ovládnutí signalizace pro zastavení v dané stanici<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.83

Pro rozeznání správných linek dopravních prostředků mohou osobám s mentálním postižením dobře posloužit karty s čísly linky pro porovnání s číslem na dopravním prostředku. Pro jistotu zaplacení správné částky za přepravu může mít uživatel u sebe pouze potřebnou částku na jízdenku. Pro rozeznání výstupní stanice mohou pomoci osobám s mentálním postižením orientační body, například: zelený dům, železniční most, atd...

### **3.6.6.2. Telefonování**

Telefonování se stává běžnou součástí dne každého člověka. Používání mobilního telefonu, pevné linky v domácnosti či telefonní budky je dnes téměř nezbytnou záležitostí. V případě uživatele chráněného bydlení s mentálním postižením by jeho rodina společně uživatelem a pověřeným zaměstnancem chráněného bydlení měli zvážit do jaké míry je třeba, aby uživatel telefon používal, popřípadě vlastnil. Používání mobilního telefonu by pro uživatele mohlo být přínosné, ale též i zbytečnou zátěží finanční, mentální a psychickou.

Pro používání telefonních přístrojů je nutné znát manuál užití. V každém případě by se měl uživatel chráněného bydlení naučit ovládat telefonní budku či jiný dostupný telefonní aparát pro případ nouze jako je přivolání první pomoci, nahlášení své ztráty, apod...

Ergoterapeut může intervenovat v seznamování a učení práce s telefonním přístrojem, navrhování adaptace přístroje, doporučení zakoupení vhodného telefonního přístroje, doporučení kompenzačních pomůcek pro možnost ovládání telefonního aparátu.

### **3.6.6.3. Nakupování**

Nakupování je činnost, která vyžaduje zvládnutí mnoha jednotlivých činností, například: sestavení seznamu potřebných věcí ke koupi, orientace v obchodě, orientace v cenách (levné a drahé výrobky), schopnost manipulace s penězi.

Již první krok, tedy sestavení seznamu, může být pro uživatele s mentálním postižením problematický. Schopnost ujasnit si, co vše je třeba koupit je mnohdy problém i pro zdravého člověka. Další problematickou oblastí může být sestavení nákupního seznamu. Mnoho osob s mentálním postižením neovládá psaní a čtení, proto sepsání seznamu v případě takových uživatelů není možné. Orientace v obchodě mezi

regály může být pro takového člověka stresující a porozumění hodnotě peněz a schopnost manipulace s nimi nemusí být pro něj též snadné.

V této oblasti se pro intervenci ergoterapeuta s uživatelem chráněného bydlení nabízí mnoho činností, na které je možnost se během ergoterapeutických intervencí zaměřit. Ergoterapeut může uživatele učit a trénovat s ním schopnost sestavování nákupního seznamu. Uživateli, kteří neumí číst a psát, může ergoterapeut pomoci s výrobou kartiček s různými druhy zboží a potravin, které si uživatel v případě potřeby bere s sebou do obchodu. Již během výroby karet se může uživatel současně učit výrobky pojmenovávat a odhadovat jejich přibližnou cenu.

Dle mého názoru je nejefektivnějším způsobem učení nakupování, jeho nácvik přímo v terénu. Za zvážení stojí, zda pro uživatele bude vhodnější prodej přes pult či samoobslužný prodej.

#### **3.6.6.4. Vedení financí a manipulace s penězi**

Způsob vedení financí může být pro každého uživatele chráněného bydlení specifický. Uživatelé, kteří neznají hodnotu peněz a neumí s nimi manipulovat a hospodařit, mohou v chráněném bydlení využít pomoci asistenta, který se stará o vedení jejich financí. Tento pracovník je samozřejmě pověřen vedoucím chráněného bydlení, uživatelem popřípadě jeho zákonným zástupcem, či opatrovníkem.

Důvody, pro které uživatelé nemohou manipulovat s penězi jsou obvykle proto, že této dovednosti ještě nedosáhli, nebo schopnost manipulace s penězi pro závažnost jejich mentálního postižení není možná.

Ergoterapeut by měl terapiemi zaměřenými na nácvik manipulace s penězi pracovat s uživatelem na schopnosti rozeznání peněz (mincí a bankovek), pochopení hodnoty peněz a manipulace s nimi. Učení a trénink manipulace s penězi může ergoterapeut provádět pomocí modelových situací a následně terénních terapií. V terénu může ergoterapeut s uživatelem nacvičovat používání automatů na lístky, placení v dopravních prostředcích, placení v obchodech,...

### 3.7. Vzdělávání, studium a příprava na povolání

Trend předchozích let 20. století, kdy byly osoby s mentálním postižením osvobozovány od výuky a bez ohledu a závažnost mentálního postižení kategorizovány jako nevzdělatelné způsobil, že v současnosti žije mnoho těchto osob bez jakéhokoliv vzdělání. Nevzdělatelnost je pojem, který se již v České republice nepoužívá. Osoby i s těžším postižením jsou vzdělávány různými alternativními formami a připravovány tak na život popřípadě na výkon povolání. Osvobozeny od výuky jsou již jen osoby s velmi těžkým zdravotním postižením .

Mnoho osob s mentálním postižením dlouhodobě žijící v institucionálním zařízení doposud nepodstoupilo žádnou formu vzdělání. Mnoho uživatelů chráněného bydlení je schopno studovat ve speciálních školách, či integrovat se do běžných tříd a vzdělávat se pod vedením speciálních pedagogů. Osoby s mentálním postižením se dnes mohou připravovat na budoucí povolání podle svých schopností ve speciálních školách a v učilištích.

Ergoterapeut by měl uživatele chráněného bydlení ve studiu a přípravě na povolání podporovat a v též v procesu intervenovat. Jakýkoliv způsob a druh odborného vzdělávání osob s mentálním postižením rozvíjí jejich smysly, schopnosti a dovednosti.

#### **Oblasti ergoterapeutické intervence:**

1. zjišťování možností pro vzdělávání osob s mentálním postižením (školy, učiliště)
2. pomoc uživatelům chráněného bydlení integrovat se do škol a učilišť
3. spolupráce se speciálním pedagogem
4. pomoc uživatelům při studiu (kontrola úloh, poskytování rad)
5. navrhování kompenzačních pomůcek pro studium a nácvik manipulace s nimi
6. a další ...

### 3.8. Pracovní aktivity a zaměstnávání

*„Práce je nejen zdrojem příjmů a společenské produktivity, ale také přináší člověku pocit užitečnosti a lidské důstojnosti.“<sup>38</sup>*

Většina osob s mentálním postižením pobírá invalidní důchod, takže se může zdát, že není třeba tyto lidi zaměstnávat, jelikož jsou dobře zaopatřeni. Finance jsou důležitým aspektem v zaměstnávání osob s mentálním postižením, avšak zaměstnávání dává člověku mnohem více.

Pracovní začlenění umožňuje člověku aktivitu, seberealizaci, sociální kontakt, pocit užitečnosti, atd.... Pociť užitečnosti mnohdy hraje u osob s mentálním postižením větší roli než jejich finanční ohodnocení. I jednoduchá práce, která se zdravému člověku může zdát jako nedůstojná (např.: skládání krabic, balení výrobků, hrabání listí), může člověka s mentálním postižením naplňovat a obohacovat jej.

V dnešní době je již legislativně podpořeno zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kdy větší podniky v musí zaměstnávat určité procento těchto osob. V opačném případě musí platit vysoké penále. Vznikají speciální pracoviště, jako jsou například chráněné dílny a rozvíjí se oblast podporovaného zaměstnání, kdy jsou osoby se zdravotním postižením integrovány do běžného pracovního prostředí. Bližší aktuální informace o zaměstnávání osob s postižením lze číst též v novém „*Zákoně o zaměstnanosti*“.

Ergoterapeut by měl být hlavní osobou, intervenující v procesu pracovního začlenění uživatelů chráněného bydlení. Ergodiagnostika, neboli zjišťování pracovního potenciálu je jednou z hlavních determinant ergoterapeutické profese. Ergoterapeut může jako zaměstnanec chráněného bydlení pracovat též jako pracovní konzultant nebo pracovní asistent uživatelů chráněného bydlení.

Pracovní konzultant mapuje pracovní schopnosti, spolupracuje s rodinou, hledá vhodné zaměstnání, poskytuje pracovní asistenci, vede pracovní asistenty, spolupracuje se zaměstnavatelem a úřadem práce.

Pracovní asistent pomáhá uživatelům služby při osvojení pracovních a sociálních dovedností a v případě potřeby doprovází uživatele do zaměstnání a zpět.

---

<sup>38</sup> Pfeiffer, J.: Ergoterapie - Základní informace pro všechny pracovníky v rehabilitaci. 1. vyd. Praha, Rehalb o.p.s. 2001. s.45

### 3.9. Volnočasové aktivity

Volnočasové aktivity jsou významnou životní součástí všech lidí. Pomáhají nám odreagovat se od životních těžkostí a obvykle si při nich odpočineme zejména psychicky, někdy i fyzicky. Osoby se zdravotním postižením musí během činností, které by pro ně měly být též odpočinkové, bojovat s nároky, které na ně současná společnost klade. Osoby s mentálním postižením se mohou setkávat s nepříjetím ve společnosti z několika důvodů:

1. špatná osobní hygiena a neudržený zevnějšek (pach těla, mastné vlasy, špína za nehty, pomačkané oblečení, nevhodná kombinace oblečení)
2. smyslový deficit a limitovaná komunikační schopnost (např.: nedoslýchavost, chudá slovní zásoba,...)
3. chudé sociální dovednosti
4. neschopnost čelit konfliktním situacím
5. nezkušenost v chování k osobám opačného pohlaví
6. obtíže dopravit se na místa setkání
7. obtíže v poznávání osob<sup>39</sup>

Volnočasové aktivity obvykle vyžadují realizaci kombinace sociálních motorických i kognitivních dovedností. Všechny výše zmíněné okolnosti mohou být uživateli chráněného bydlení překážkou v integraci do společnosti a mohou je omezovat i v možnosti uskutečňovat volnočasové aktivity, které by rádi vykonávali.

Ergoterapeut by měl být uživatelům chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením facilitátorem v umožnění a provádění volnočasových aktivit. Odhalení problémových oblastí, bránících uživateli ve využití volného času, by mělo být jeho prvotním úkolem. V intervencích s uživatelem by měl ergoterapeut pracovat na odstraňování bariérových oblastí. Poskytnutí informací o možnostech volnočasových aktivit, pomoc při integraci uživatelů, spolupráce s organizacemi a sdruženími, které tyto aktivity nabízí. To vše a mnoho dalších aktivit může ergoterapeut vykonávat pro integraci uživatelů chráněného bydlení do společnosti pro podporu rozšiřování možností pro využití volného času.

---

<sup>39</sup> srovnej Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.179-182

### 3.10. Průzkum povědomí vedoucích chráněných bydlení v ČR o ergoterapeutické profesi

Průzkum byl proveden formou dotazníků zaslanych na kontaktní adresy osmnácti chráněných bydlení v ČR. Přesto, že byly žádosti o vyplnění dotazníků opakovaně urgované, zpět mi byly zaslány pouze čtyři dotazníky. Dotazník je k dispozici v příloze 7.8.

#### **Hodnocení obdržných dotazníků**

Vyplněné dotazníky jsem obdržela od vedoucích chráněných bydlení, která poskytují sociální službu osobám s mentálním postižením a kombinovaným postižením, zejména mentálním a fyzickým a též z jednoho chráněného bydlení pro osoby s psychiatrickou diagnostikou. Všichni respondenti se shodli na tvrzení, že hlavním cílem jejich chráněného bydlení je vést uživatele k co nejvyšší míře soběstačnosti, k důstojnému a spokojenému životu a k přípravě na samostatný život mimo chráněné bydlení.

Souhlasný byl též jejich názor o nedostatku zdrojů informací pro poskytovatele soc. služby chráněného bydlení. Proto musí vyhledávat informace v cizojazyčné literatuře, na webových stránkách českých i zahraničních organizací. Rozvoji jednotlivých chráněných bydlení pomáhá především předávání zkušeností, vzdělávání na odborně vedených kurzech a spolupráce s jinými organizacemi poskytující službu chráněného bydlení. Na základě výše zmíněných zkušeností, sdílených mezi jednotlivými organizacemi, zkušenostech vlastních a legislativy ČR pak jednotliví zřizovatelé sestavili též metodiku jednotlivých chráněných bydlení.

Odpovědi na otázky týkající se oboru ergoterapie ukázaly na velmi nízké povědomí respondentů o daném oboru. Všichni čtyři respondenti již dříve o oboru slyšeli, což je dle mého názoru velmi pozitivní správa o neustálém rozšiřování povědomí o oboru ergoterapie. Avšak následující odpovědi na otázky, kde měli respondenti označit oblasti péče, kterými se ergoterapeut zabývá, a na kterých pracovištích se s ergoterapeutem můžeme setkat, prokázaly, že povědomí o práci ergoterapeuta u tří ze čtyř respondentů je velmi nízké. Naopak s podivem k prokázanému nízkému povědomí o oboru ergoterapie označili respondenti v následující otázce minimálně pět z osmi navržených ergoterapeutických činností jako možnosti pro



uplatnění ergoterapeuta v jednotlivých chráněných bydleních. V otázce, zda v jednotlivých chráněných bydleních pracuje ergoterapeut, odpověděli všichni čtyři dotazovaní záporně. Ve třech ze čtyř případů je tomu z finančních důvodů.

Vzhledem k obdržení tak malého počtu dotazníků nelze vytvořit závěry, kterými by se dalo zhodnotit povědomí o oboru ergoterapie, způsob získávání informací a hlavní záměry v poskytování služby chráněného bydlení v ČR. Z výše sepsaného hodnocení obdržných dotazníků si však i přes tak malý počet respondentů můžeme z jejich odpovědí mnohé odvodit. Proto bylo hodnocení též zpracováno.

### 3.11. Průzkum postavení ergoterapeutů v ČR a k jejich praktickému uplatnění v oblasti chráněných bydlení

Průzkum byl proveden formou dotazníků zaslaných ergoterapeutům a studentům ergoterapie. Na rozeslané dotazníky odpovědělo 8 respondentů, a to pouze studenti ergoterapie, které jsem vzala jako vzorovou skupinu. Získané vyplněné dotazníky jsem vyhodnotila a dle nich sestavila následující závěry. Dotazník je k dispozici v příloze 7.9.

#### **Hodnocení obdržných dotazníků**

Z odpovědí studentů vyšla jednoznačně nejasnost, pro jaké uživatele je služba chráněného bydlení poskytována. Cílovou skupinou, pro které je poskytována služba chráněného bydlení jsou dle studentů zejména a ve většině případů pouze osoby s mentálním postižením. V mnoha dotaznících byla označena varianta, kdy osoby s psychiatrickou diagnostikou jsou výjimečnou cílovou skupinou a další skupiny osob již jako cílové obvykle označovány nebyly. Z toho vyplývá, že povědomí o širší uživateli chráněných bydlení je velice nízké. Je to dle mého názoru ovlivněno tím, že osoby s mentálním postižením jsou nejpočetnější cílovou skupinou v chráněných bydleních a ostatní cílové skupiny, pro které jsou chráněná bydlení zřizována( viz kap.2.5.2.), jsou tak v pozadí povědomí.

Naopak dobrý přehled studenti prokázali v otázkách týkajících se poskytovatelů této sociální služby a míry poskytované služby. Téměř ve sto procentech odpověděli studenti správně v otázce týkající se zřizovatelů sociální služby chráněného bydlení.

A to tak, že převážným zřizovatelem jsou neziskové organizace. Zároveň sto procent respondentů souhlasí s pravdivým faktem, že v ČR je nedostatek chráněných bydlení.

V oblastech uplatnění svých ergoterapeutických znalostí a dovedností, které by ergoterapeuti mohli využít v chráněném bydlení byli studenti při vyplňování dotazníku opatrní. Mnozí označili raději méně než více odpovídajících možností, přestože jen jedna možnost z deseti navržených byla nesprávná. Zde se potvrzuje jedna z hypotéz, na které jsem svou bakalářskou práci stavěla. Ergoterapeuti, kteří nemají zkušenosti s prací v chráněném bydlení, nevědí, co mohou pracovišti nabídnout a mohou tak zkreslovat povědomí ostatních odborníků, ale i veřejnosti o svých schopnostech a dovednostech a o oboru ergoterapie především.

Přestože nadpoloviční většina odpovídajících studentů praxi v chráněném bydlení neabsolvovala, sto procent respondentů, kteří zaslali vyplněný dotazník souhlasilo s tím, že ergoterapeut je kompetentní pracovník pro sociální službu chráněné bydlení.

Z výzkumu vyplývá skutečnost, že studenti mají vyjma cílových skupin uživatelů dobrý přehled o poskytování služby chráněného bydlení. Avšak není jim jasné, jaké odborné ergoterapeutické služby mohou v této sociální službě nabízet. Naprostá většina odpovídajících studentů vidí ergoterapeuta jako vhodného pracovníka pro chráněné bydlení, což potvrzuje mou domněnku, že ergoterapeut jako kompetentní pracovník do chráněného bydlení patří.

## 4. DISKUSE

Politika jednotlivých zemí, v oblastech sociálních služeb hraje významnou roli pro kvalitu poskytovaných služeb. Typickým příkladem může být porovnání kvality sociální péče v Holandsku a v ČR. Zatímco v ČR se systém komunitní péče teprve pomalu rozvíjí, v Holandsku tento systém již řadu let funguje. Holandsko je stát s jedním z nejlépe rozvinutých systémů sociální péče v Evropě. Kořeny této skutečnosti mají příčinu v minulosti, kdy sociální i zdravotní péči zajišťovaly dobrovolnické organizace a církevní organizace. Tento fakt ovlivnil historický vývoj v oblasti zdravotní a sociální péče a je příčinou toho, že většina nemocnic je soukromých a neziskových. Základním cílem ministerstva zdravotnictví sociální péče a sportu je zajistit tzv. *Well-being*, nebo-li celkovou pohodu všem občanům v Holandsku. Velký důraz je zde kladen na péči o osoby s postižením.

Legislativní opatření v oblasti sociální péče v ČR zejména v posledních letech nařizují kroky, které vedou ke zvyšování kvality života osob s postižením. Nevýhodou našeho státu proti jiným státům Evropy je dědictví komunistického režimu. V období komunismu byl vývoj péče o osoby s postižením velice zpomalen a co více, vypěstoval v mnoha lidech negativní postoj k lidem, kteří se od většiny společnosti určitým způsobem liší, tedy i k lidem se zdravotním postižením. Rozkvět péče o osoby s postižením po revoluci r.1989 umožnil příliv nových podnětů ze zahraničí, nových oborů, služeb, ale zejména i myšlenek, které veřejnost začaly upozorňovat na fakt, že stávající podmínky pro osoby s postižením v ČR nejsou v pořádku. Díky programům WHO a později i EU, do kterých se ČR zapojuje, kvalita poskytovaných zdravotních i sociálních služeb v posledních letech viditelně roste. Pomalými kroky kvalita služeb v ČR dohání ostatní země Evropy. Základní kroky k úspěšnému zkvalitňování péče však dle mého názoru nejsou jen nařízení z ministerstev, ale je to především myšlení obyvatel našeho státu, na kterém společnost může stavět.

Díky deinstitutionalizaci vznikají nové druhy sociálních služeb, které dávají osobám s postižením novou šanci žít „svůj“ život. Transformace velkokapacitních ústavů a zakládání „nových“ typů rezidenčních služeb umožňuje lidem s postižením žít život v kvalitních životních podmínkách. Život, který se ne pouze přežívá či jen dožívá, ale život který se prožívá i užívá.

Vývoj v oblasti rezidenčních služeb pro osoby se zdravotním postižením jde rychle vpřed a napomáhá tak i důležitému jevu ve společnosti jako je integrace osob se zdravotním postižením do společnosti. Rovněž nový zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. ke kvalitě poskytovaných služeb jistě přispěje.

Jednou z rezidenčních služeb, která velmi přispívá a napomáhá integraci osob se zdravotním postižením do společnosti je sociální služba chráněné bydlení. Cílem sociální služby chráněného bydlení by mělo být umožnit uživatelům služby takový život, který je bude dle individuálních potřeb a přání naplňovat. Cílem této služby by dle mého názoru měla být především možnost osobního růstu. To znamená nejen naučit se zvládat všední denní činnosti, které je během dne nutné vykonat, ale mít možnost dělat i takové aktivity, které dělají člověka individualitou.

Osoby s mentálním postižením mají často sníženou schopnost učení. V procesu učení i komunikace je důležité najít si individuálně ke každému jednotlivci s postižením cestu a způsob, kterým mu umožníme schopnost učit se. Na základě individuálního přístupu ke každému člověku, můžeme hledat a nacházet cesty k úspěšné integraci osob s mentálním postižením do společnosti.

Ergoterapeutická profese je jedna z těch nejnovějších profesí aktivně se zabývající problematikou osob se zdravotním postižením. Kompetence ergoterapeutické péče zabíhají do všech oblastí života člověka, proto je dle mého názoru ergoterapeut ideálním pracovníkem pro práci s uživateli chráněného bydlení. Díky schopnostem ergoterapeuta v hodnocení dovedností a potenciálu osob se zdravotním postižením, schopnostem poradenství, komunikace a práce s osobami s postižením, stupňování činností, sestavování individuálního dlouhodobého a krátkodobého plánu, atd. je ergoterapeut připraven nalézat uživatelům chráněných bydlení s postižením cesty k soběstačnému životu.

## 5. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Integrace osob se zdravotním postižením hraje ve společnosti velmi důležitou roli. Nové druhy rezidenční služby, které se již několik let v ČR rozvíjejí, umožňují lidem s postižením žít život v komunitě obce, která jim pomáhá začlenit se mezi „zdravé“ spoluobčany a žít jej dle svých hodnot. K takovému životu většiny osob se zdravotním postižením je třeba vytvářet podpůrné prostředí, tzv. *acceptable for everybody*, nebo-li vhodné pro všechny lidi.

Ergoterapie je obor, který se vytvářením takového prostředí zabývá a aktivně tak přispívá ke zlepšení životních podmínek pro osoby se zdravotním postižením. Pro dostatečný vývoj v oblasti péče o osoby se zdravotním postižením je nezbytný dostatek kvalitních odborníků, kteří na něm budou pracovat. Profese ergoterapeuta mezi odborníky na péči o osoby se zdravotním postižením nepochybně patří.

Ze zkušeností z praxe, rozhovorů s vedoucími a pracovníky chráněných bydlení v ČR a též z výzkumu, který jsem provedla pomocí dotazníků zaslanych vedoucím chráněných bydlení v ČR lze jednoznačně říci, že v ČR pod názvem chráněné bydlení funguje mnoho rezidenčních služeb. Jen některé z nich lze opravdu považovat za chráněné bydlení, což sami zřizovatelé přiznávají. Panuje zde nejistota, co všechno tato služba má nabízet, co už by nabízet neměla, apod. Vzhledem k tak širokému spektru uživatelů, kteří tuto sociální službu využívají, však asi nikdy nebude jednoznačně definovatelné, kde jsou hranice služby chráněného bydlení a kde se již jedná o jinou sociální službu.

Z vypracovaného materiálu je zřejmé, že ergoterapeut může velmi přispět kvalitnímu poskytování sociální služby chráněného bydlení a podporovat tak integraci osob se zdravotním postižením do společnosti. Tento fakt potvrzují nejen několikaleté zkušenosti s ergoterapeuty v zahraničí, ale i jednohlasný názor dotazovaných respondentů, kteří se podíleli na výzkumu, který byl součástí této práce.

Zařazením ergoterapeuta do pracovních kolektivů poskytujících službu v chráněném bydlení by mohlo jistě přispět ke kvalitnímu poskytování této služby i v ČR. Je třeba proto otevřít pole působnosti těmto odborníkům, aby tuto skutečnost mohli prokázat v praxi.

## 6. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Bjalkovski, CH.,Fruhbauer, O.:Sociální služby v zemích Evropské unie. Praha 2000
- Creek, J.:Occupational therapy and Mental health. 3. vyd. North Yorkshire, Churchil Livingstone 2002. 603 s.
- European Observatory on Health systems and Policies: Health care system in transition. HIT summary –Netherlands, 2005
- Hagedorn, R.:Occupational Therapy: Perspectives and Process. 1. vyd. Edinburgh, Churchil Livingstone 1995. 328 s.
- Isaac, D.:Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults.1. vyd. Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990, 275 s.
- Matoušek, O.:Ústavní péče. 1. vyd. Praha, SLON 1995. 141 s.
- Pfeiffer, J.:Ergoterapie - Základní informace pro všechny pracovníky v rehabilitaci. 1. vyd. Praha, Rehalb o.p.s. 2001. 77s.
- Předběžná národní zpráva o zdravotní a dlouhodobé péči v České republice, MPSV 2005
- Štefětová, A.:Integrovaná komunitní péče: úloha primární péče v péči komunitní, zahraniční modely a jejich vývojové tendence, Praha 2000
- Švarcová, I.:Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče.1. vyd. Praha, Portál 2000. 184 s.
- webové stránky občanského sdružení Dobromysl. (cit. 2006-16-02)  
Dostupný na [www: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=392>](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=392)
- webové stránky ministerstva vnitra. (cit.2006-02-05)  
Dostupný na [www: <http://www.mvcr.cz/sbirka/2006/sb037-06.pdf>](http://www.mvcr.cz/sbirka/2006/sb037-06.pdf)

## **7. PŘÍLOHY**

- 7.1. Formulář pro získání základních informací o klientovi (uživateli)
- 7.2. Formulář pro hodnocení klienta (uživatele) v ADL
- 7.3. Formulář pro posouzení jednotlivých bytových jednotek v bytovém komplexu
- 7.4. Adaptace vybraného oblečení při specifických obtížích klienta (uživatele) v oblékání
- 7.5. Příklady adaptace pomůcek pro osobní hygienu
- 7.6. Otázky ke zpracování vlastní role ergoterapeuta na pracovišti
- 7.7. Současné platné právní normy týkající se poskytování služeb chráněného bydlení a jejich uživatelů
- 7.8. Dotazník pro vedoucí chráněných bydlení
- 7.9. Dotazník pro ergoterapeuty
- 7.10. Fotografie z chráněného bydlení ÚSP Snědovice

**Příloha 7.1. Formulář pro získávání základních informací o klientovi (uživateli)**

Základní informace	Poznámky
<b>Osobní údaje</b> Jméno a příjmení: Datum narození (věk):	
<b>Zdravotní stav klienta:</b>	
<b>Stručná historie:</b> - datum přijetí - důvod přijetí	
<b>Důležité osoby:</b> - rodinné vazby - blízcí přátelé	
<b>Jak klient tráví obvykle čas</b> (práce, škola, volnočasové aktivity...)	
Další důležité informace <sup>40</sup>	

<sup>40</sup> srovnej Isaac, D. Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990. s.46



**Příloha 7.2 Formulář pro hodnocení klienta (uživatele) v ADL**

<p><b>Jméno a příjmení :</b></p> <p><b>Adresa bydliště:</b></p> <p><b>Hodnotící osoba:</b></p> <p><b>Datum:</b></p>	
	<b>Poznámky hodnotící osoby</b>
<p>A/ Mobilita</p> <p>-chůze po rovině:</p> <p>-chůze po schodech:</p> <p>-vstávání, přesuny</p> <p style="padding-left: 40px;">- z/do postele:</p> <p style="padding-left: 40px;">- z/na toaletu:</p> <p style="padding-left: 40px;">- z/do vany:</p> <p>Pomůcky pro mobilitu:</p>	
<p>B/ Obouvání</p> <p>- typ obuvi:</p> <p>- přítomnost otoků:</p>	
<p>C/ Mytí a koupání</p> <p>- omývání</p> <p>- předních partií těla:</p> <p>- zadních partií těla:</p> <p>- vlasů:</p> <p>- nohou:</p> <p>Pomůcky pro mytí a koupání: (např.:protiskluzná podložka, madla)</p>	

<p>D/ WC, toaleta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- uvědomování si potřeby:</li> <li>- kontinence:</li> </ul> <p>Pomůcky na WC:</p>	
<p>E/ Oblékání</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- horní polovina těla:</li> <li>- dolní polovina těla:</li> <li>- ponožky a boty:</li> </ul> <p>Pomůcky pro oblékání:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nutnost sezení při oblékání:</li> <li>- výběr vlastního oblečení:</li> </ul>	
<p>F/ Sebesycení</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- samostatnost:</li> <li>- schopnost udržení sklenice/hrnku:</li> </ul> <p>Pomůcky pro stravování:</p>	
<p>G/ Osobní hygiena</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- čištění zubů:</li> <li>- česání:</li> <li>- holení:</li> </ul> <p>Období provádění činnosti:</p>	
<p>I/ Komunikační dovednosti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- započetí hovoru:</li> <li>- nemluvnost:</li> <li>- reakce na otázky:</li> <li>- užívaná slova:</li> </ul> <p>Jiné způsoby komunikace: (např.: Makaton) <sup>41</sup></p>	

<sup>41</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. Vyd, St Edmundsbury Press Ltd, Great Britain 1990, s.49-50

**Příloha 7.3. Formulář pro posouzení jednotlivých bytových jednotek**

<b>Vyšetřující ergoterapeut:</b>	<b>Datum:</b>
<b>Prostředí domácnosti</b>	<b>Poznámky vyšetřujícího ergoterapeuta</b>
1. Typ ubytovacího zařízení (dům, byt, byt v přízemí, dvouposchod'ový)	
2. Vstupy ( rampy, mnoho prahů, ...)	
3. Sířka - dveřních vstupů - chodeb	
4. Výška - vypínačů světel - dveřních klik - zásuvek na zdech - okenních klik - telefonního přístroje	
5. Typ - vypínačů světel - dveřních klik - okenních klik - telefonního přístroje - povrchu podlahy - dveří - zavírání dveří - kohoutků umyvadel (baterií)	

<p>6. Umístění</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- centrálního topení</li> <li>- ovladačů topení</li> <li>- hasícího přístroje</li> <li>- požárního alarmu (výška)</li> </ul>	
<p>7. Koupelna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rozměry</li> <li>- vana nebo sprchový kout</li> <li>- usazení sedačky do vany/ sprchového koutu(do zdi/od země)</li> <li>- madla/ další pomůcky</li> <li>- umyvadlo <ul style="list-style-type: none"> <li>- s konzolí/ jiné</li> <li>- usazení (do zdi/od země)</li> <li>- typ</li> </ul> </li> <li>- povrch podlahy</li> </ul>	
<p>8. WC/ Toaleta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- rozměry</li> <li>- madla/ jiné pomůcky</li> <li>- usazení záchodové mísy (do zdi/ od země)</li> <li>- umyvadlo <ul style="list-style-type: none"> <li>- s konzolí/ jiné</li> <li>- usazení(do zdi/od země)</li> </ul> </li> </ul>	
<p>9. Kuchyně</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- výška dřezu, pracovních ploch a skříní</li> <li>- speciální výběr umístění sporáku, lednice, pračky</li> </ul>	

<p>10. Ložnice</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- přístupnost do koupelny a na toaletu</li> <li>- rozměry</li> <li>- tlačítko přivolávající pomoc speciální úpravy (např.: stropní nosník)</li> </ul>	
Další poznámky <sup>42</sup>	

#### Příloha 7.4. Adaptace vybraného oblečení při specifických obtížích v oblékání

Obtíže v oblékání	Adaptace/ řešení
Navlékání ponožek správně	ponožky bez paty, ponožky s kontrastní barvou na patách a špičkách, fixem zvýrazněné oblasti pat a špiček
Navlékáním dlouhých ponožek (punčoch)	krátké ponožky
Úzké punčochy (silonky, punčocháče)	směsová vlákna, orlon, akrylová vlákna (s přírodními vlákny) mají větší pružnost
Obuv - zavazování	bez ohýbání: boty bez šněrování-pantofle s ohýbáním: elastické tkaničky, suchý zip
Kalhoty - zapínání a rozepínání  - odlišení přední a zadní části kalhot	kalhoty s elastickou gumou ( tepláky), suchý zip  použít předměty pro učení, kde je přední část (2 spínací špendlíky, knoflíky) k poskytnutí vizuální i taktilní kontroly

<sup>42</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. vyd Great Britain, St Edmundsbury Press Ltd 1990, s.52

Švy na oděvu - dráždí, dřou	pružné oděvy, vyztužené švy a lemy, větší velikost oblečení
Knoflíky, háčky - obtíže se zapínáním a rozepínáním  - špatně zapnuté knoflíky - zaháknutí háčku do očka (zapínání podprsenky)	košile polo, trika, knoflíky nahradit suchým zipem, našít knoflíky elastickou nití, knoflíkové háčky – navlékače  - různé označení každé dírky zevnitř - využití suchého zipu (nejlépe vpředu) <sup>43</sup>

## **Příloha 7.5. Příklady adaptace pomůcek pro osobní hygienu**

### **1. Ústní hygiena**

– rozšířené rukojeti na kartáčky, elektrické kartáčky jako alternativa pro osoby se sníženou motorickou aktivitou

### **2. Péče o ruce**

– pilník na nehty může být uzpůsoben osobám s jednou HK s přísavkou na stůl, což eliminuje potřebu používání nůžek na nehty.

### **3. Péče o vlasy**

– prodloužené nástavce na hřebeny mohou být vhodnou pomůckou pro osoby s omezeným rozsahem pohybu v ramenním kloubu. Vyrobené nástavce na hřebeny či výběr kartáčů s širokou rukojetí může pomoci osobám se sníženou svalovou silou.<sup>44</sup>

## **Příloha 7.6. Otázky ke zpracování role ergoterapeuta na pracovišti**

1. Pokuste se odhadnout a zhodnotit hlavní potřeby uživatelů na daném pracovišti.

Například: Jaké pomůcky uživatelé potřebují?

Jaký způsob intervence je třeba poskytnout?

Jaké zařízení a pomůcky by zde terapeut mohl potřebovat?

Jaké dovednosti by mohly být potřeba s uživateli trénovat?

<sup>43</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. Vyd, St Edmundsbury Press Ltd, Great Britain 1990, s.74

2. Zjistěte, jaké prostředky, vhodné pro práci s klienty v komunitním zařízení, bude možné využít.

Například: spolupráce s dalšími ergoterapeuty, využití facilitujícího prostředí komunitní péče, spolupráce s dobrovolnickými organizacemi.

3. Zjistěte, zda terapie a prostředky péče o klienty, s které pracoviště nabízí jsou klientům dostupné.

Například: Je pro klienta obtížné dostat se k pracovišti, kde se péče poskytuje?

Je prostředí a okolí pracoviště dostupné i lidem s tělesným postižením?

4. Co klientům nabízí pracovní tým na daném pracovišti, a jak jednotliví členové týmu popisují své role a úkoly.

5. Jakou roli vidí jednotliví členové týmu pro ergoterapeuta na pracovišti. V kterých oblastech intervence na daném pracovišti vidí jeho potenciální úkoly.

6. Jaké jsou vedoucí směrnice zabývající se spoluprací v pracovním týmu. Jaké priority a role předurčují dané směrnice pracoviště jednotlivých pracovníkům.

7. Jsou kritéria (měřítka a směrnice) daného pracoviště pro uživatele odpovídající?

8. Jaké nároky klade pracoviště na terapeuta pro vedení administrativy.

Například: Jak podrobnou dokumentaci klienta a záznamy z terapií pracoviště vyžaduje. Jaké výstupy terapie a pokroky klienta pracoviště vyžaduje zaznamenávat.

9. Jaké jsou společné cíle v pracovního týmu.

10. Jaká skupina klientů žije v komunitě.

Například: etnikum, věkové kategorie, lidé s mentálním postižením, fyzickým postižením, ...

11. Zjistěte, jaké jsou prostředky pro přepravu, jaké rekreační aktivity pracoviště nabízí a jaké ubytování poskytuje vašim jednotlivým skupinám klientů.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> srovnej Isaac, D.: Community Occupational Therapy with mentally Handicapped Adults. 1. Vyd, St Edmundsbury Press Ltd, Great Britain 1990, s. 78

<sup>45</sup> srovnej, tamtéž s. 5-6

## **Příloha 7.7. Současné platné právní normy týkající se poskytování služeb chráněného bydlení a jejich uživatelů.**

- 1) § 116 občanského zákoníku.
- 2) Zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatel a rodných číslech a o změně některých zákonů (zákon o evidenci obyvatel), ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- 3) Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu a o změně zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů, (zákon o azylu), ve znění pozdějších předpisů.
- 4) Například Příloha Evropské sociální charty (č. 14/2000 Sb. m. s.).
- 5) Zákon č. 326/1999 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 6) Čl. 7 nařízení Rady (EHS) č. 1612/68 ze dne 15. října 1968 o volném pohybu pracovníků uvnitř Společenství. Nařízení Komise (EHS) č. 1251/70 ze dne 29. června 1970 o právu pracovníků zůstat na území členského státu po skončení zaměstnání v tomto státě.
- 7) § 15a zákona č. 326/1999 Sb., ve znění zákona č. 217/2002 Sb.
- 8) § 7 odst. 3 a § 8 odst. 1 písm. n) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění zákona č. 109/2006 Sb.
- 9) § 4 odst. 2 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění zákona č. 109/2006 Sb.
- 10) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- 11) Zákon č. 133/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 12) § 13b zákona č. 133/2000 Sb., ve znění zákona č. 53/2004 Sb.
- 13) Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění zákona č. 413/2005 Sb.
- 14) Zákon o nemocenském pojištění.
- 15) Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- 16) § 12 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.
- 17) § 33 odst. 1 zákona č. 435/2004 Sb.- 57
- 18) § 106 odst. 3 zákona č. 326/1999 Sb., ve znění zákona č. 428/2005 Sb.
- 19) § 22 písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.



- 20) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění zákona č. 125/2005 Sb.
- 21) Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
- 22) § 11 až 16 zákona č. 117/1995 Sb.
- 23) § 46 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů. § 29 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.
- 24) § 20 zákona č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.
- 25) § 27 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 26) § 21a a 21b zákona č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- 27) Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu.
- 28) § 43 zákona č. 117/1995 Sb.
- 29) § 19 odst. 3 zákona č. 117/1995 Sb.
- 30) Zákon č. 255/1946 Sb., o příslušnících československé armády v zahraničí a o některých jiných účastnících národního boje za osvobození. Zákon č. 462/1919 Sb., o propůjčování míst legionářům.
- 31) Zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů.
- 32) § 2 odst. 2 obchodního zákoníku.
- 33) Zákon č. 365/2000 Sb., o informačních systémech veřejné správy a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- 34) Zákon č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, ve znění pozdějších předpisů.
- 35) Například § 128 občanského soudního řádu, § 8 trestního řádu.
- 36) § 14 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.
- 37) Zákon č. 218/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 38) § 7 odst. 1 písm. c) a f) zákona č. 218/2000 Sb.

- 39) § 9 odst. 1 písm. i) a § 10 odst. 1 písm. e) a j) zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.
- 40) Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění zákona č. 383/2005 Sb.- 58
- 41) Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.
- 42) § 5, 10, § 43 odst. 2 písm. d) a § 96 zákona č. 96/2004 Sb.
- 43) § 141a zákoníku práce.
- 44) Například zákon č. 561/2004 Sb., ve znění zákona č. 383/2005 Sb., zákon č. 111/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů.
- 45) § 36 zákona č. 96/2004 Sb.
- 46) § 7 zákona č. 96/2004 Sb.
- 47) Zákon č. 96/2004 Sb., ve znění zákona č. 125/2005 Sb. Zákon č. 95/2004 Sb., ve znění zákona č. 125/2005 Sb. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění zákona č. 383/2005 Sb.

#### **Příloha 7.8. Dotazník pro vedoucí chráněných bydlení:**

#### **Průzkum povědomí vedoucích chráněných bydlení v ČR o ergoterapeutické profesi**

*Dobrý den,*

*jsem studentka ergoterapie 1.lékařské fakulty UK. Pracuji na bakalářské práci týkající se ergoterapeutické profese ve vztahu k poskytování služby chráněného bydlení. Součástí mé práce je výzkum, ve kterém si pomocí dotazníků ověřuji hypotézy, které jsem díky studiu literatury a praktickým zkušenostem vyvodila ve své práci. K dovedení mé práce k cíli však potřebuji několik informací od osob, které vedou jednotlivá chráněná bydlení v ČR. Jen ti mi mohou poskytnout informace, které hledám.*

*Dotazník je zpracován tak, aby jeho administrace nezabrala mnoho času. (Myslím, že max. 15 min.) Prosím vás tedy moc, pokud jste vedoucí chráněného bydlení, o obětování Vašeho času k vyplnění mého dotazníku a jeho zpětné odeslání. Stačí mi barevně označit všechny varianty, se kterými souhlasíte (může jich být více než jedna).*

*Pokud se tento email dostal do nesprávných rukou, prosím moc o jeho přeposlání vedoucímu Vašeho chráněného bydlení. Děkuji mockrát za Vaši spolupráci.*

(původní text dopisu)

## **Vlastní dotazník:**

### **Otázky specifické pro vaše chráněné bydlení**

#### **1. Pro jaké skupiny uživatelů poskytujete službu chráněného bydlení?**

A/ Osoby s mentálním handicapem

° lehká mentální ret.    ° středně těžká m.ret.    ° těžká m.ret.

B/ Osoby s fyzickým handicapem

C/ Osoby s psychickým handicapem

D/ Osoby s kombinovanými handicapy

° jakými: \_\_\_\_\_

E/ Osoby se specifickou diagnostikou (např.: Morbus Down, apod.,...)

° jaké: \_\_\_\_\_

#### **2. Jaké jsou hlavní cíle Vaší práce s uživateli v chráněném bydlení?**

A/ Vést uživatele chráněného bydlení k nejvyšší míře soběstačnosti a k důstojnému a spokojenému životu.

B/ Poskytnutí uživatelům pouze přístřeší a pomoc v případě nutnosti.

C/ Příprava na samostatný život bez asistence mimo chráněné bydlení.

D/ Jiné cíle: \_\_\_\_\_

#### **3. Kde získáváte nové informace pro rozvoj Vašeho chráněného bydlení?**

A/ Z cizojazyčné literatury.

B/ Z české literatury ( pokud možno specifikujte blíže zdroje informací: \_\_\_\_\_

C/ Z internetu

° české webové stránky                      ° zahraniční webové stránky

D/ Předáváním zkušeností a spoluprací s jinými organizacemi poskytující službu chráněného bydlení.

E/ Jiné

zdroje: \_\_\_\_\_

**4. Jsou dle Vás zdroje informací pro poskytovatele chráněných bydlení v ČR dostatečné? ( publikace, odborné články, ...)**

A/ Ano

B/ Ne

**5. Na jakých základech je sestavena metodika Vašeho chráněného bydlení?**

A/ Pouze na základě legislativy ČR

B/ Na základě legislativy ČR a vlastních zkušenostech získaných v průběhu poskytování služby chráněného bydlení.

C/ Na základě legislativy ČR, vlastních zkušenostech a rad získaných od jiných poskytovatelů chráněných bydlení

° jiných poskytovatelů v ČR      ° jiných poskytovatelů v zahraničí

D/ Metodiku jste převzali a přepracovali z jiného chráněného bydlení.

E/

Jiné: \_\_\_\_\_

**Otázky týkající se oboru ergoterapie**

**1. Slyšeli jste již o oboru ergoterapie?**

A/ Ano

B/ Ne

**2. Jakou práci dle vás vykonává ergoterapeut?**

A/ Návuk a podpora soběstačnosti klienta ( péče o sebe, os. hygiena, sebesycení, vaření, oblékání, ...)

B/ Předpracovní rehabilitace ( hodnocení a návuk pracovních schopností klienta)

C/ Sportovní masáže, uvolňování kloubních blokáží (odborná diagnostika svalového systému klienta, kompletní odborná masáž postižen oblastí)

D/ Diagnostiku klienta

E/ Návuk jemné a hrubé motoriky, uvolňování spasticity.

F/ Provádí s klienty kondiční cvičení.

G/ Doporučuje kompenzační pomůcky. ( pro mobilitu- vozíky, chodítka, berle, hole, ..., pro práci, pro volný čas, ...)

**H/** Navrhuje ergonomické úpravy (klientovi na míru navrhuje úpravu interiéru i exteriéru pro snížení či eliminaci jeho handicapu, bezbariérovost)

**I/** Poskytuje osobní asistenci

**3. Kde dle vašeho názoru mohou pracovat ergoterapeuti?**

**A/** Nemocnice

**B/** Denní stacionáře

**C/** LDN

**D/** Chráněná a podporovaná bydlení

**E/** Speciální mateřské školky a školy

**F/** Věznice

**G/** Automobilky

**4. Znáte nějaké chráněné bydlení, kde pracuje ergoterapeut?**

**A/** Ne

**B/** Ano Ve kterém? \_\_\_\_\_

**5. Které z níže zmíněných oblastí by mohl ergoterapeut ve vašem chráněném bydlení vykonávat?**

**Nácvik a trénink:**

**A/** Osobní hygieny

**B/** Oblékání, svlékání, péči o oděv

**C/** Domácích prací (vaření, praní prádla, žehlení, péči o domácnost)

**D/** Sebesycení

**E/** Organizace času uživatelů

**F/** Pomoc při hledání zaměstnání/ studia

**G/** Navrhování kompenzačních pomůcek pro klienta a domácnost ve které žije

**H/** Terénních dovedností (iADL- instrumentálních všedních denních činností) např.:  
jízda autobusem do práce/školy, nákup v obchodě, sekání zahrady, ....

## 6. Pracuje ve vašem chráněném bydlení ergoterapeut?

A/ Ano

- ° Jeho práci považujete za:
- a) nezbytnou
  - b) velmi užitečnou
  - c) užitečnou
  - d) neužitečnou a zbytečnou

B/ Ne

- ° Nepracuje u vás z důvodu:
- a) dosud jste o takovém pracovníkovi neslyšeli
  - b) z finančních důvodů (nemůžete si dovolit nového zaměstnance)
  - c) taková pracovní síla by ve vašem chráněném bydlení dle vás určitě nenašla uplatnění.

d) jiný důvod: \_\_\_\_\_

## 7. Máte zájem dovědět se více o oboru ergoterapie a nechat si informace zaslat prostřednictvím emailu ?

A/ Ne

B/ Ano na emailovou adresu: \_\_\_\_\_

**Další komentáře k výše uvedeným**

**otázkám:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Mnohokrát Vám děkuji za Váš vynaložený čas k vyplnění a zpětnému odeslání tohoto dotazníku. Vámi vyplněný dotazník mi pomůže zpracovat potřebná data a umožní mi náhled na současný stav ve sledovaných oblastech v chráněných bydleních v ČR. Věřím, že pomocí takovýchto studií se péče o osoby, které jsou v naší společnosti zdravotně znevýhodněni, posune zas o trochu dál k umožnění jejich důstojného života a lepší životní úrovně.*

*Ještě jednou velmi děkuji za spolupráci. Klára Dvořáková*

## **Příloha 7.9. Dotazník pro ergoterapeuty:**

### **Průzkum postavení ergoterapeutů v ČR k jejich praktickému uplatnění v oblasti chráněných bydlení**

*Dobrý den ergoterapeuti a studenti ergoterapie,*

*Chtěla bych Vás požádat o spolupráci na výzkumu, který chci využít jako podkladový materiál pro některé myšlenky v mé bakalářské práci: „Ergoterapeut v chráněném bydlení pro uživatele s mentálním postižením“. Cílem tohoto dotazníku směřovaného odborníkům v oboru ergoterapie je zjistit názory a domněnky ergoterapeutů v otázkách chráněného bydlení. Dotazník je sestaven tak, aby Vám jeho administrace nezabrala více než 10 minut Vašeho času. Odpovědi, které ohodnotíte jako správné, prosím, jen barevně označte (pozn. můžete označit více variant v jedné otázce.).*

*Velice vás prosím o laskavost při spolupráci na tomto výzkumu.*

*Děkuji mnohokrát za Váš vynaložený čas k vyplnění a zpětnému odeslání dotazníku na E-mail: [amalca@centrum.cz](mailto:amalca@centrum.cz).*

*Klára Dvořáková (studentka ergoterapie, 1. lFUK)*

*(průvodní text dopisu)*

#### **Vlastní dotazník:**

#### **Stručná informace o sociální službě chráněné bydlení pro ujasnění pojmu, ke kterému se vztahují otázky dotazníku**

Chráněné bydlení je domov pro osoby, pro které je podpora a pomoc druhých nezbytnou potřebou pro jejich život. Služba chráněného bydlení nabízí podporu, která umožňuje jeho uživatelům žít život natolik nezávisle, jak jim to jejich zdravotní stav umožňuje. Uživatelé zde vedou běžný život na úrovni komunity. Pečují o sebe, svůj domov, plánují budoucnost, pracují či studují, volí si volnočasové aktivity,...

#### **1. Co je chráněné bydlení**

**A/** Rezidenční služba zejména pro osoby s mentálním postižením, kde je uživatelům s mentálním postižením poskytnuta asistenční péče odpovídající potřebám klienta.

**B/** Pobytová služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

C/ Rezidenční služba poskytovaná osobám závislých na drogách v doléčovacím období.

## **2. Jaká je forma ubytování v chráněných bydleních**

A/ Většinou se jedná o skupinové bydlení. Ve velmi výjimečných případech žijí uživatelé samostatně ve vlastním pokoji.

B/ Forma skupinového bydlení uživatelů je volena převážně při ubytování u osob s velmi těžkým zdravotním postižením. Individuální forma bydlení uživatelů se zdravotním postižením není výjimkou.

C/ Skupinová forma bydlení i individuální jsou jediné možné formy ubytování v chráněných bydleních.

## **3. Jaké skupiny uživatelů mohou žít v chráněných bydleních?**

A/ senioři, osoby závislé na drogách v doléčovacím období, osoby s mentálním postižením

B/ výjimečně osoby s psychiatrickou diagnostikou, především osoby s mentálním postižením

C/ pouze osoby s mentálním, psychických a fyzickým handicapem

D/ mladí lidé po ukončení pěstounské a ústavní péče v dětských domovech

## **4. Službu chráněného bydlení poskytuje především:**

A/ státní sektor

B/ neziskové organizace

C/ státní sektor i neziskové organizace téměř ve srovnatelné míře

## **5. Asistence poskytovaná uživatelům v chráněných bydleních je poskytována.**

A/ Jen ve výjimečných případech, jelikož uživatelé chráněného bydlení musí být soběstační.

B/ V míře, kterou vyžaduje uživatel. I 24 hodin denně, pokud je třeba.

C/ Asistence je poskytována v míře, kterou vyžaduje po chráněném bydlení rodina uživatele.



**6. Je služba chráněného bydlení v ČR poskytována v dostatečné míře?**

A/ Ano. Pokud je třeba vytvořit další chráněná bydlení, není problém je zřídit.

B/ Ne. Hovoří se zejména o nedostatku chráněných bydlení pro osoby s psychickým handicapem.

C/ Ano. Současný počet chráněných bydlení odpovídá poptávce osob s handicapem.

**7. V jakých oblastech by dle Vašeho názoru mohl v chráněném bydlení ergoterapeut intervenovat?**

A/ Návuk a podpora soběstačnosti klienta ( péče o sebe, os. hygiena, sebesycení, vaření, oblékání, ...)

B/ Předpracovní rehabilitace ( hodnocení a návuk pracovních schopností klienta)

C/ Sportovní masáže, uvolňování kloubních blokáci ( odborná diagnostika svalového systému klienta, kompletní odborná masáž postižen oblasti)

D/ Diagnostiku klienta

E/ Návuk jemné a hrubé motoriky, uvolňování spasticity.

F/ Provádí s klienty kondiční cvičení.

G/ Doporučuje kompenzační pomůcky. ( pro mobilitu- vozíky, chodítka, berle, hole,..., pro práci, pro volný čas, ...)

H/ Navrhuje ergonomické úpravy (klientovi na míru navrhuje úpravu interiéru i exteriéru pro snížení či eliminaci jeho zdravotního postižení, bezbariérovost)

I/ Poskytuje osobní asistenci

J/ Jiné

oblasti? \_\_\_\_\_

**8. Pracovali jste již ve své praxi v chráněném bydlení jako ergoterapeut?**

A/ Ano - kde: \_\_\_\_\_

B/ Ne

**9. Myslíte si, že ergoterapeut je kompetentní pracovník pro sociální službu chráněné bydlení?**

**A/** Ano – kdo jiný více než ergoterapeut, který je vyškolen pro práci s osobami s postižením

**B/** Ne – nedovedu si představit, co by ergoterapeut v chráněném bydlení dělal

**C/** Ano

**D/** Ne

**10. Vaše další poznámky (popř. zkušenosti) k tématu ergoterapeut v chráněném bydlení (???)**

---

---

---

*Ještě jednou velice děkuji za Vaši spolupráci!*

**Příloha 7.10. Fotografie z chráněného bydlení ÚSP Snědovice**

Na fotografiích uživatelka chráněného bydlení Jana ukazuje svůj byt.



