

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Ergoterapie jako prostředek seberealizace klientů s mentálním postižením

Diplomová práce

Autor práce: **Bc. Michaela Rybová**
Vedoucí práce: **PhDr. Libuše Vlášková**

18. 8. 2008

Ergotherapy As a way of Self -Realization of Those Clients with Mental Disabiliments

This diploma thesis concerns the use of Ergotherapy by people with mental disablement. A theoretical part characterises the terms: a mental disablement and a care for people with mental disablement and the most frequent types of therapies providing in the facilities for people with physical handicap. At the end of the chapter about a present situation of this chosen topic, there is a separate chapter about Ergotherapy. It points out a game, as a first occupation of a child and work therapy that helps individuals with mental disablement to create or improve their own working habits.

The aim of this thesis was to introduce new trends in education of people with mental disablement in the area of work therapy. The thesis is focused on an offer of work therapy activities that have been provided by the facilities for people with a physical handicap and the education of work therapists. A qualitative research was used to reach the aim: first a method of questioning and secondly, a technique of semi-structured interviews. The interviews were made with senior executives (mainly the principals) and they were focused on the area of education of work therapists after the validation of Social Service Act No. 108/2006 Sb.

Another used method was a method of quantitative research – questioning, a technique of questionnaire. The target group was composed of work therapists who are employed in the facilities for people who are physically handicapped. The questionnaires were designed to reveal what is being offered in terms of work therapy within the facilities and what is the determination of a selection of an activity that the client will take part in. It has been revealed that the offer of activities in the facilities is varied and that the client plays the main role in the selection of the activity.

The research was conducted in three regions of the Czech Republic: South Bohemia, South Moravia and the Vysočina region.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Ergoterapie jako prostředek seberealizace klientů s mentálním postižením vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne

.....

Poděkování

Můj zvláštní dík patří paní PhDr. Libuši Vláškové za odborné vedení a aktivní spolupráci při vypracovávání diplomové práce. Rovněž děkuji ředitelům a vedoucím vychovatelům domovů pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých byl realizován výzkum.

V neposlední řadě děkuji mojí rodině za velkou podporu a vytvořené zázemí umožňující vytvoření této práce.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV	9
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	9
1.2 Klasifikace mentální retardace.....	11
1.2.1 Klasifikace podle hloubky postižení.....	11
1.2.2 Klasifikace podle etiologie.....	14
1.2.3 Odchytky ve vývoji u osob s mentální retardací.....	16
1.3 Downův syndrom.....	19
1.4 Autismus.....	20
1.5 Péče o osoby s mentální retardací.....	21
1.5.1 Historie péče o osoby s mentální retardací.....	21
1.5.2 Humanizace péče o osoby s mentální retardací.....	23
1.5.3 Změny v legislativě a terminologii.....	25
1.5.4 Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	26
1.5.5 Denní a týdenní stacionáře.....	27
1.5.6 Personální problematika v péči o osoby se zdravotním postižením	28
1.6 Standardy kvality sociálních služeb.....	29
1.7 Nejčastěji využívané terapie v rámci péče o osoby s mentální retardací.....	30
1.8 Expresivní terapie.....	30
1.8.1 Arteterapie.....	31
1.8.2 Dramaterapie	34
1.8.3 Muzikoterapie.....	36
1.9 Animoterapie.....	37
1.9.1 Canisterapie.....	37
1.9.2 Hipoterapie.....	38
1.10 Vymezení ergoterapie a pracovní terapie.....	39
1.10.1 Ergoterapie.....	40
1.10.2 Pracovní terapie.....	42
1.10.3 Formy pracovní terapie.....	43

1.10.4 Druhy her a jejich využití v pracovní terapii.....	44
1.10.5 Didaktické zásady v pracovní terapii.....	46
1.10.6 Specifika osobnosti klienta s mentální retardací v pracovní terapii.....	49
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	51
2.1 Cíl.....	51
2.2 Hypotézy.....	51
3. METODIKA.....	52
3.1 Použité metody.....	52
3.2 Charakteristika výběrového souboru.....	54
4. VÝSLEDKY.....	55
4.1 Vyhodnocení otázek z polostandardizovaného rozhovoru.....	55
4.2 Vyhodnocení otázek z dotazníku.....	63
5. DISKUZE.....	70
5.1 Diskuze k polostandardizovanému rozhovoru.....	70
5.2 Diskuze k dotazníku.....	77
6. ZÁVĚR.....	83
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	85
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	91
9. PŘÍLOHY.....	92

ÚVOD

Cílem této práce je představit nové trendy ve vzdělávání osob s mentální retardací v oblasti pracovní terapie. Hra a na ní navazující pracovní terapie je důležitým prostředkem k překonávání bariér mezi většinovou populací a lidmi s mentálním postižením.

V této diplomové práci je pojem ergoterapie používán v širším slova smyslu a označujeme jím pracovní terapii, která se realizuje v zařízeních pro osoby s mentálním postižením formou dílenských, interiérových či exteriérových prací, nebo probíhá na bázi nácviku sebeoslužných návyků.

I když je v oblasti výchovy a vzdělávání v dnešní době pozornost soustředěna spíše na integraci a začleňování lidí s postižením do společnosti, je důležité si uvědomit, že je stále mnoho lidí, kteří takovou možnost vzhledem ke svému znevýhodnění, převážně kombinovanému postižení, nemají a kvůli malé nabídce ani mít nemohou. V rámci humanizace zařízení, která se věnují osobám s mentálním postižením, se alespoň realizovaná pracovní terapie snaží tento nedostatek kompenzovat. Pro ty jedince, kteří se budou moci osamostatnit a pracovat v rámci podporovaného pracovního místa, alespoň nabízí možnost získat základní pracovní návyky, manuální zručnost a rozvoj osobnosti.

Diplomová práce na téma „Ergoterapie jako prostředek seberealizace klientů s mentálním postižením“ je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části se autorka věnuje problematice mentální retardace, péči o osoby s mentální retardací a nejčastějším druhům nabízených terapií v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Tuto část uzavírá samostatná kapitola věnovaná ergoterapii, především hře, jako prvotnímu zaměstnání dětí, a následně pracovní terapii, která jedincům umožňuje vytvoření či zdokonalení pracovního návyku.

Druhá část této práce je zaměřena na představení empirických poznatků, pomocí nichž se autorka snažila nalézt dostatečné informace na potvrzení či vyvrácení hypotéz. Jako zdroj informací byly použity polostandardizované rozhovory s vedoucími pracovníky a dotazníková šetření s pracovními terapeuty domovů pro osoby

se zdravotním postižením v zařízeních Jihočeského a Jihomoravského kraje a kraje Vysočina.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá termín mentální retardace, který navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji, působí optimističtěji než termín postižení a napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost zlepšování tohoto stavu **(58)**.

Termín mentální retardace pochází z latinského sousloví a jednotlivé části mají tyto významy: *mens* = mysl a *retardace* = zdržet, zaostávat **(47)**.

Toto postižení bylo v minulosti označováno různými pojmenováními a termíny. Setkáváme se s názvy jako neplnomyslní, slabomyslní, duševně úchylní, mentálně zaostalí, nevychovatelní, nevzdělavatelni. V pozdější době se od těchto termínů upustilo, protože byly hodnoceny jako stigmatizující a diagnosticky málo specifikované. Přestaly se používat také pojmy idiot, označující jedince s hlubokou mentální retardací, a imbecil, označující jedince se středně těžkou mentální retardací **(76)**. Průlomové období ve vývoji zmiňovaného pojmu nastalo v roce 1959, kdy v Miláně proběhla konference Světové zdravotnické organizace (WHO), na které došlo k sjednocení pojmového a terminologického vymezení pro jedince s poruchami intelektu. Zastřešujícím označením pro toto postižení byl tehdy ustanoven termín mentální retardace **(9)**.

Vymezení pojmu mentální retardace má velmi důležitý význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť pouze na základě jednotného pojetí mentální retardace lze řešit praktické problémy související s plánováním a realizací péče, potřebných služeb a podpor těmto osobám **(9, 27)**.

V terminologii související s mentální retardací dochází k určitým nesrovnalostem a nejednotnostem, proto není zcela jednoduché ji pochopit a vymežit **(47)**.

Obecně lze definice mentální retardace rozdělit podle vyjádřeného nebo zdůrazněného faktoru, který autor považuje za základní a nejdůležitější. Takovým

faktorem může být například inteligenční kvocient a biologický či sociální vznik mentálního postižení **(9)**.

V současnosti stále nejvíce rozšířená a snad i nejvystižnější je definice vydaná UNESCO v roce 1983, která mentální retardaci charakterizovala jako pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, který se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojen s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace vyplývají z pomalého tempa dospívání, z nedostatečné sociální přizpůsobivosti a ze snížené schopnosti učit se **(53)**.

Významná osobnost naší speciální pedagogiky MUDr. Miloš Sovák v Defektologickém slovníku vysvětluje termín mentální retardace jako pojem, který charakterizuje skupinu jedinců s nerovnoměrným (zpomaleným) duševním vývojem. Pojednává o poruše vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových, což je souhrn četných a často mnohotvárných příznaků, které mají různé příčiny a rozličný základ patologicko-anatomický. Nejčastější příčinou je následek hrubšího poškození mozku, vzácněji jde o příčiny jiné **(54, 9)**.

Přesnější vymezení pojmu mentální retardace podává ve své definici Dolejší: Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti, a to duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti vzdělávání a výchovy jsou omezeny v závislosti na stupni postižení **(44)**.

Jinou definici uvádí Vágnerová: Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je charakterizováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti **(61)**.

Matoušek ve své definici podává stručnou charakteristiku projevů mentální retardace. Mezi tyto projevy zahrnuje: nízkou úroveň rozumových schopností, nízkou kontrolu emocionality, vysokou potřebu akceptace, nízkou schopnost odhadovat vlastní

možnosti, vysokou sugestibilitu, omezenou schopnost rozumět řeči a řeč používat, tendenci ke stereotypnímu chování, konkrétní myšlení bez schopnosti zobecňovat a další příznaky (34).

Na základě dohody představitelů mezinárodních organizací pro pomoc osobám s mentální retardací se nedoporučuje užívat označení „mentálně retardovaný / mentálně postižený člověk“, neboť se považuje za neetické. Podle doporučení organizace Inclusion International (dříve Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem) je vhodnější užívat termín **člověk s mentálním postižením** (s mentální retardací). Jedná se o vyjádření skutečnosti, že retardace není integrální součástí člověka, ale pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů (58).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Při klasifikaci se uplatňují nejružnější hlediska, z nichž nejčastější jsou hloubka, vyjadřovaná stupni postižení, hledisko etiologické, symptomatologické a podle vývojových období (9).

1.2.1 Klasifikace podle hloubky postižení

Hloubka mentální retardace se určuje pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností (44). Při této klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost roku 1992. Dle této klasifikace se mentální retardace dělí do následných kategorií (15):

- F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50
- F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20
- F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Výše zmíněné rozdělení se zaměřuje na fungování člověka v rámci kvality života a sociálního bytí **(61)**.

Lehká mentální retardace se projevuje u jedince lehkým zpomalením rozvoje sociálních dovedností již od dětství. První nápadnější obtíže se objevují mezi třetím a šestým rokem a jedná se zejména o opoždění používání řeči a sníženou schopnost porozumět mluvenému slovu **(76)**. Nejvýraznější problémy se projevují zejména v prvních letech školní docházky (konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť atd.) a často je třeba speciální výukové zařazení nebo pomoc **(44)**. Jedinci s lehkou mentální retardací dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního školního věku, jsou schopni se učit podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole praktické nebo mají možnost integrace do běžné základní školy (při splnění stanovených podmínek integrace) **(55)**. Pokračovat ve studiu mohou v jednoduchých učebních oborech nebo se mohou zaškolit v jednoduchých manuálních činnostech **(44)**.

Výchovné působení a rodinné prostředí mají u těchto jedinců velký význam pro socializaci **(76)**. Většina jedinců dosáhne nezávislosti v osobní péči, je schopna vykonávat domácí práce, později i jednoduchá zaměstnání založená na manuální zručnosti a v sociálně nenáročném prostředí se zvládnou pohybovat bez omezení a problémů **(44, 76)**.

Organický původ mentální retardace se vyskytuje u menšiny jedinců, u ostatních se uvažuje i o spodní variantě rozvrstvení intelektových schopností v populaci **(76)**. Celkový výskyt lehké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 80 %, v populaci 2,6 % **(45)**.

Rozvoj myšlenkových schopností i řeči u jedinců se středně těžkou mentální retardací je výrazně opožděn, lze ho přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky **(61)**. Úroveň rozvoje řeči je variabilní, jelikož někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, oproti tomu druzí dokáží stěží vyjádřit své základní potřeby **(58)**.

Vzdělávací proces se limituje na základ školského trivia, žáci si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání **(76)**.

Podobně je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy, tito jedinci jsou schopni si osvojit pouze běžné návyky a jednoduché dovednosti **(61)**. Pracovní zařazení je možné často pouze pod dohledem v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích **(45)**. Retardace psychického vývoje je často v kombinaci s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími poruchami **(64)**.

Etiologie je již většinou organická. Celkový výskyt středně těžké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 12 %, v populaci 0,4 % **(45)**.

U jedinců s těžkou mentální retardací je výrazné opoždění psychomotorického vývoje patrné již v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované (např. udržování čistoty) **(64)**. Přijímání potravy musí probíhat na bázi speciálně upravené potravy a nebo s dopomocí **(76)**. Jejich řeč je značně minimalizovaná, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně, někdy nemluví vůbec **(61)**. Omezené jsou i možnosti výchovy a vzdělávání, ale zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně napomoci k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života **(58)**. Takto vedené děti jsou klidnější, mívají méně přidružených problémů chování a v dospělosti mohou být pod supervizí dobře zapojeny do některých dílčích pracovních činností **(49)**.

Etiologie je často organická, bývá v kombinaci s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození CNS **(44)** Velmi často se k tomuto postižení přidružují poruchy chování ve formě stereotypních pohybů, her s fekáliemi, sebepoškozování, afektů a agrese **(64)**. Celkový výskyt těžké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 7 %, v populaci 0,3 % **(45)**.

V souvislosti s těžkou mentální retardací se užívá také dělení podle druhu chování na eretické (projevuje se neklidem, agresivitou a instabilním chováním) a torpidní (projevuje se netečností, nezájmem a strnulostí) **(44, 68)**.

Téměř žádný jedinec s hlubokou mentální retardací není schopen sebeobsluhy, tito lidé vyžadují péči v nejzákladnějších životních úkonech, neboť jsou imobilní a

výrazně omezení v pohybu. Často mívají postižení sluchu, zraku a těžké neurologické poruchy (76, 45).

Komunikační schopnosti jsou maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům, odpovědi bývají nonverbální, jelikož řeč není vytvořena. U většiny případů můžeme určit organickou etiologii (58). Tento typ mentální retardace bývá často v kombinaci s jinými postiženími (61). Časté jsou nejtěžší formy poruch autistického spektra, převážně atypický autismus (45). Celkový výskyt hluboké mentální retardace v počtu jedinců s mentální retardací je 1 %, v populaci 0,2 % (44, 76).

Užití kategorie jedinec s jinou mentální retardací by mělo být uplatněno pouze tehdy, kdy nelze nebo je nesnadné stanovit stupeň intelektu pomocí obvyklých metod v důsledku přidružených senzorických nebo somatických poškození (např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či těžce tělesně postižených osob) (58).

Kategorie nespecifikovaná mentální retardace se užívá v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale pro zařazení jedince do jedné z předcházejících kategorií není dostatek informací (58).

1.2.2 Klasifikace podle etiologie

K mentální retardaci může vést celá řada různých příčin, které se vzájemně prolínají, podmiňují a spolupůsobí. Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska (47). Hledisko akcentující dědičnost a více či méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj jedince a naopak hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti jedince a jeho schopností, které nezohledňovalo vlivy genetické. Mentální opožďování může být způsobeno příčinami endogenními (vnitřními) a nebo příčinami exogenními (vnějšími) (58). Vnitřní příčiny jsou genetické, kdežto vnější příčiny mohou být způsobeny poškozením mozku plodu nebo dítěte (47).

Příčiny vzniku mentální retardace lze rozdělit podle časového faktoru do prenatálního, perinatálního a postnatálního období (44).

V prenatálním období, které probíhá před narozením dítěte, působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli vlivy dědičné neboli hereditární. Do těchto vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci, hlavně metabolické poruchy, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti, jedná se tedy o faktory reprezentující spodní část Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci. Převažujícím faktorem z kvantitativního pohledu jsou specifické genetické příčiny **(64)**. Tato skupina zahrnuje dominantně podmíněné příčiny, jež se vyskytují velmi ojediněle (fakomatóza, neurofibromatózy), dále příčiny recesivně podmíněné, do nichž se řadí převážná část dědičných metabolických onemocnění (fenylketonurie, galaktosemie), příčiny podmíněné poruchou sex chromozomů, kdy dochází k výskytu nadbytečného X chromozomu (trisomie) (Klinefelterův, Turnerův, Lesch-Nyhanův syndrom) **(76)**. Největší skupinu příčin mentálního postižení tvoří syndromy podmíněné chromozomálními abnormalitami. Typickým příkladem je trisomie 21. chromozomu, pod názvem Downův syndrom **(61)**. Další skupinu prenatálních vlivů tvoří enviromentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství **(64)**. Zahrnují nitroděložní infekce jako jsou zarděnky a toxoplasmóza. K závažnému poškození duševního vývoje mnohdy vedou meningitidy a encefalitidy a jiné infekce v novorozeneckém období. Mezi příčiny lehké i těžší mentální retardace lze zahrnout otravu olovem, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), porodní traumata **(76)**. Na vznik mentální retardace může mít vliv i nedostatek plodové vody, špatná výživa matky a nebo úraz matky **(64)**.

V perinatálním období, probíhajícím během porodu a krátký čas po něm, mohou být příčiny vzniku mentální retardace spojeny s mechanickým nebo organickým poškozením mozku **(64)**. Při porodu může dojít k perinatální encenfalopatii, hypoxii či asfyxii plodu (nedostatek kyslíku), příčina může být spojena s nízkou porodní váhou dítěte, nefyziologickou těžkou novorozeneckou žloutenkou (hyperbilirubinémie) a nebo s protahovaným porodem **(44, 64)**. Menší procento (kolem 2 %) dětí je postiženo mentální retardací z důvodu předčasného narození **(32)**.

Postnatální poškození mozku v raném věku je dané zánětlivým onemocněním, úrazem, otravou a pod. Velmi obtížné je v této době od sebe odlišit primární postižení

od později vzniklé stagnace vývoje, respektive dokonce úbytku kompetencí. Do této kategorie se řadí pouze postižení vzniklá přibližně do 1,5-2 let **(61)**.

V 15 – 30 % je příčina mentální retardace neobjasněna. Chromozomální ani metabolická vada nemusí být vysvětlena, ani zjištěno porodní trauma, nebo jiné poškození plodu či novorozence **(76)**.

Pokud je příčinou vývojového opoždění nedostatečná a nepřiměřená výchova, potom se tyto osoby nepovažují za mentálně postižené. Takový handicap není vrozený ani trvalý, proto bychom jej mohli definovat spíše jako sociální poškození vývoje rozumových schopností, které bylo dříve nazýváno jako pseudooligofrenie **(61)**. U těchto jedinců došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, jejich psychické procesy probíhají normálním způsobem. Jedná se například o děti výchovně zanedbané, které pokud by se dostaly do podnětějšího prostředí, zaznamenaly by zlepšení stavu v rozmezí 10-20 bodů **(44)**. Snížení intelektových schopností také způsobuje sociokulturní deprivace v rodinách, dětských domovech a jiných institucích. Příčinou lehké mentální retardace většinou bývá kombinace dědičnosti a nepodnětné výchovy **(76)**.

1.2.3 Odchytky ve vývoji u osob s mentální retardací

K vývojovým vadám, které vedou k mentálnímu postižení a jsou dědičně podmíněné, dochází v období prenatalního vývoje a jedná se o poruchu genetického aparátu nejrozličnějšího charakteru **(32)**.

Z různých výzkumů vyplývá, že jak děti zdravé, tak i s mentální postižením se v průběhu svého života vyvíjejí nejen tělesně, ale i psychicky. Neuropsychický vývoj je však v případě osob s mentální retardací celkově poškozen a je provázen celou řadou zvláštností, které se projevují v jednotlivých stránkách osobnosti **(67)**.

Novorozenecké období trvá jeden měsíc a je to období adaptace organismu na nové prostředí **(62)**. Schopnost vývoje jedince je omezena, souvisí se stupněm postižení. Většina vývojových odchylek je pokračováním patologických situací z prenatalního období nebo z období porodu, kdy se například vznikem asfyxie může poškodit mozek dítěte s následným vznikem mentální retardace různého stupně. Již v tomto období je

možné diagnostikovat určité odchylky, které povedou k odlišnému vývoji jedince (mikrocefalus, hydrocefalus, chromozomální abreakce) **(44)**.

Kojenecký věk trvá od jednoho měsíce do jednoho roku. V tomto období dochází k rychlému růstu a tělesnému rozvoji **(62)**. Mentální retardace se projevuje podle stupně postižení opožděním psychického s tělesného vývoje na všech úrovních. Postižení se u dítěte projevuje v souvislosti s jeho hloubkou, neboť čím je postižení závažnější, tím dříve se ve vývoji dítěte projeví. Již v tomto období je možné diagnostikovat těžkou a hlubokou mentální retardaci. Děti s lehkou mentální retardací jsou obecně méně aktivní, spavé a klidné, poskytují méně odezvy na sociální interakci **(45)**.

Batolecí věk trvá od jednoho zhruba do tří let, kdy dochází k výraznému psychickému a fyzickému rozvoji (hlavně v oblasti vzpřímené chůze) a počátkům dětské mluvy **(37)**. Opoždování celkového vývoje u dítěte s mentální retardací je závislé na jejím stupni a poškození CNS. Děti v pásmu lehké mentální retardace vykazují opoždění celkového vývoje o rok až rok a půl a v pásmu střední a těžké mentální retardace jsou opožděny ve vývoji tak výrazně, jako by se vůbec nerozvíjely **(44)**.

U zdravé populace trvá předškolní období od 3 do 6-7 let **(62)**. U dětí s mentální retardací se toto období prodlužuje o čtyři až pět let **(44)**. Odlišnost vývoje u dětí s mentální retardací spočívá v menším rozvoji vlastní aktivní řeči, oproti rozvoji řeči porozumění. Vystupují zde výrazněji rozmanité poruchy vnímání, snížená bývá schopnost komunikace a navazování sociálních kontaktů, hra je málo vynalézavá, zájmy roztržité, spolupráce s nimi je značně obtížná, dítě jeví spíše nezájem o okolí a uzavřenost vůči němu **(9)**. V tomto období se vytváří výchozí podmínky a ve spolupráci s odborníky dlouhodobou diferenciací diagnostikou stanovují prognózy pro další rozvoj dítěte. Na konci předškolního věku, který je časově diferencován podle stupně postižení, je potřeba zodpovědně vybrat typ školy, kterou může dítě navštěvovat **(44)**.

V rozmezí 6-15 let je u intaktní populace období školního věku **(62)**. V této době se u dětí s mentální retardací objevuje nejvíce zvláštností, neboť jsou spojeny s nároky

na funkci myšlení. Nedostatečná abstrakce a malá schopnost (až neschopnost) zobecňovat jsou zde velmi nápadné **(9)**. Plnění školní docházky je devítileté, tak jak stanovuje školský zákon, u dětí s těžším stupněm postižení se často tato doba o rok prodlužuje. Hlavní náplní vzdělávání je znalost trivia a nesmírně důležité je zvládnutí sociálních dovedností pro další období života **(44)**. Období dospívání má snad nejvíce variant projevů jedince, někdy až extrémních. Dochází k opoždování a prodlužování tělesného dospívání a někdy zase naopak k dospívání předčasnému. Většinou ale bývá fyzické zrání v rozporu s mentálním deficitem a sociální nezralostí. Dospívající bývají podráždění, citově labilní, přecitlivění a uzavření. U některých, zvláště u lehčeji postižených, dochází ke zlepšení celkového stavu, jehož příčinou jsou především sociální faktory, výchova a rozvoj pracovní činnosti **(9)**. Oproti intaktní populaci zde nedochází k odpoutání od rodiny, závislost stoupá se stupněm postižení. Z důvodu snížených intelektových schopností a ve velké míře i izolací od běžného sociálního prostředí si dítě nedovede osvojovat nové sociální role. Vztahy s vrstevníky zůstávají infantilní a nejsou diferované. Možnosti dalšího vzdělávání na středních školách jsou diferencované podle stupně postižení **(45)**.

Období adolescence je přechodnou dobou mezi dětstvím a dospělostí a lze ho časově vymezit 10. až 20. rokem. V tomto období dochází u zdravé populace ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, sociální, psychické **(61)**. Osoby s lehkou mentální retardací jsou schopny se za určitých podmínek vyučit na odborném učilišti určitou manuální činností a zařadit se na trh práce, založit rodinu a vychovávat děti. Složitější situace je u osob s těžším mentálním postižením. Jejich pracovní uplatnění bývá většinou spojeno s asistenční pomocí v podporovaném zaměstnávání a chráněných dílnách. Uspokojování jejich potřeb bývá závislé na bezprostředním okolí, využití volného času musí být někým koncipováno **(44)**.

Počátek dospělosti nastává kolem dvacátého roku života u intaktní populace, je spojen ukončením studia, získáním zaměstnání, uzavřením sňatku a založením rodiny a dalšími administrativními a právními prvky, jako je držení občanského průkazu a volební právo **(32)**. Osoby s mentálním postižením je třeba v maximální možné míře podporovat v naplňování sociálních rolí, které jsou charakteristické pro období

dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Poradenská zařízení by se měla více soustředit na hledání možností, které vedou ke zvýšení kvality života těchto osob **(45)**.

V období stáří u osob s mentální retardací je funkční rychlost stárnutí různá a jejím projevem jsou různé modifikace. Rychlost stárnutí je ovlivňována psychickými, biologickými a sociálně-kulturními faktory, z nichž ve srovnání s intaktní populací se pokles fyzického a psychického potenciálu u osob s handicapem dostavuje o 5 až 10 let dříve. Kvalitu jejich života ovlivňují i narůstající kombinace vad, zejména nejrozličnější duševní poruchy a v některých případech může dojít až ke změně dominantního postižení. Tyto osoby jsou často zařazeny do méně produktivní či neproduktivní skupiny daleko dříve než osoby intaktní. Role důchodce je jim někdy vnucena většinou již v období adolescence a to přiznáním nároku na důchodové zajištění, vzhledem ke stupni postižení **(44)**.

1.3 Downův syndrom

Downův syndrom, označovaný také jako Downova nemoc, je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace **(58)**. Hloubka jejich mentálního postižení bývá rovnoměrnější, většinou na hranici lehčího až středního postižení **(61)**. V literatuře se udává, že jedinci s tímto syndromem tvoří okolo 10 % všech lidí s mentálním postižením **(58)**.

Vznik Downova syndromu je na základě chromozomální odchylky, která se projevuje tak, že každá buňka jejich těla obsahuje jeden chromozom navíc, což znamená místo obvyklých 46 chromozomů (uspořádaných ve 23 párech) jich mají 47 (22 párů a jednu trojici). Z jakého důvodu k takovému jevu dochází, se dodnes nepodařilo uspokojivě vysvětlit **(51)**.

Za rizikový faktor pro vznik Downova syndromu je považován věk rodičů, jenž rizikové jsou matky starší 35 let a otcové starší 50 let **(44)**.

Jedinci s tímto syndromem mají určité fyziognomické zvláštnosti. Řada lidí s Downovým syndromem má hlavu vzadu lehce oploštělou, což způsobuje její kulatý vzhled. Profil obličeje bývá převážně plochý, oční víčka mírně zešíkmená vzhůru a

ve vnitřním koutku oka se nachází výrazná kolmá řasa. Charakteristiku jejich vzhledu dále utváří menší ústa a větší jazyk, silnější a kratší krk a většinou jemné a rovné vlasy. Jejich ruce bývají širší s krátkými prsty a asi polovina lidí má pouze jednu rýhu přes dlaň. Hodně jedinců má ploché nohy, trpí celkovou hypotonií, jsou menšího vzrůstu a širší postavy **(50)**.

Downův syndrom se rozlišuje na tři typy, kterými jsou nondisjunkce, mozaika a translokace **(44)**.

1.4 Autismus

Autismus je pervazivní vývojová porucha, která bývá často spojena s mentální retardací **(61)**. Trpí jí deset až patnáct dětí z tisíce. Jedná se o postižení hluboké a vážné, které se projevuje převážně v oblasti komunikace, sociální interakce a zájmů a aktivit **(44, 48)**.

První symptomy se začnou objevovat před dosažením třetího roku a mnohé základní nedostatky se stanou zřejmými v těch schopnostech a dovednostech, které si zdravé děti osvojí již v době 18 až 24 měsíců **(3)**.

Vliv autismu na sociální interakce se projevuje tím, že dítě nerozumí neverbálnímu chování a neumí ho správně používat. Nevykazuje sociální kontakty přiměřeného věku. Také může mít problémy s porozuměním výrazů obličeje, s reakcí na sociální klíče a gesta jako je mávání a ukazování. Časté bývá i vyhýbání se očnímu kontaktu, neschopnost navazovat a rozvíjet přiměřené kontakty s vrstevníky, upřednostňování samoty. Herní dovednosti nemají téměř žádné, jejich projev je spojen s minimální iniciativou **(48)**.

Kvalita komunikace u dítěte s autismem je silně narušena a nebo se řeč vůbec nevyvine. V případě, kdy má dítě zčásti řeč vyvinutou, se pak většinou omezuje pouze na opakování slov a vět **(44)**. Další nedostatky v používání jazyka se projevují v napodobování, spontánnosti a variacích řeči, rozdíl bývá zvláště v receptivním a expresivním jazyce a celkové neschopnosti chápat abstraktní pojmy **(48)**.

Třetí oblast se zaměřuje na aktivity a zájmy. Děti s autismem si vytvářejí repetitivní motorické manýry a stereotypní vzorce chování, které se manifestují např. plácáním rukama, kolébáním a otáčením těla, abnormálním zaměřováním na určitý vzorec chování a snahu o jejich neměnnost a neobvyklém zacházením s hračkami. Vzorce chování se mohou omezit pouze na nějaký smysl (čich, chuť atd.), kdy se projevují přehnaným zájmem o taktilní předměty či jejich odmítání a také čichovou a chuťovou přecitlivělostí, dále abnormální zrakovou stimulací, která se může projevit rovnáním předmětů do řady nebo zíráním do světla a extrémní reakcí na zvuky, při níž dítě není schopno ignorovat nepodstatné zvuky, reaguje přehnaně nebo naopak nereaguje vůbec **(48, 44)**.

Za příčinu této vývojové poruchy je považovaná souhra faktorů organických (vnější negativní vlivy, které zasahují vývoj CNS dítěte, nejspíše v raných stádiích těhotenství) a faktorů hereditárních **(49)**.

Autisté, přestože se řadí pod jednu diagnózu, jsou různorodí a mají své individuální zvláštnosti, což se projevuje zvláště u procesu učení, který je velmi komplikovaný. Osoby s autismem se brání každé změně, proto je nutné pro ně najít takovou strategii ve výchově a takové metody učení, které by byly určitým kompromisem mezi výchovnými záměry a požadavky a schopnostmi konkrétního jedince, determinovanými zvláštnostmi jeho kognitivních procesů **(58)**.

1.5 Péče o osoby s mentální retardací

1.5.1 Historie péče o osoby s mentální retardací

Koncepce ústavní péče se v jednotlivých etapách vývoje společnosti několikrát změnila v návaznosti na ekonomické, politické a kulturní dění. V průběhu historického vývoje byli lidé s mentálním postižením zahrnováni mezi duševně nemocné.

V prvobytně pospolné společnosti byly duševní choroby vykládány z pohledu magie a jejich léčba spočívala v exorcizmu (vyhánění zlého ducha) **(28)**. Počátky institucionální péče jsou spojovány s obdobím prvních civilizací, kdy chrám plnil funkci

léčebnou i trestní. V antické společnosti jsou nejstaršími institucemi léčebné ústavy označované jako asklépia, v nichž péči zajišťovali lékaři a kněží **(44)**.

V období středověku, ovlivněném křesťanstvím, vznikaly při jednotlivých křesťanských kláštorech nemocniční zařízení tzv. hospitaly, poskytující nemocniční a azylovou léčbu. V této době byly duševní choroby vysvětlovány jako trest boží. Zlomové období ve výkladu duševních chorob nastalo s příchodem renesance, kdy se objevují snahy objasňovat duševní choroby vědecky. Přesto však stále dochází k vyčleňování těchto lidí ze společnosti (např. lodě bláznů, které měly izolovat a segregovat duševně postižené) **(28)**.

Období osvícenství přineslo vznik internačních budov a velkých špitálů, které byly institucemi polosoudními a které plnily funkci spíše vězeňskou. Radikální změnu v pohledu na péči o mentálně postižené přinesl Philipp Pinel, který se snažil o humanizaci péče ve velkých špitálech **(44)**. Otevřel cestu k morální léčbě (hodnota řádu, organizovanost, kázeň) a nový pohled na nemocného člověka **(39)**.

Na počátku 19. století se ústavní zařízení začínají rozdělovat na nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny a starobince. Pomocí lékařů, vědců a pedagogů dochází ke změně pohledu na handicapované jedince a vznikají první ústavy, které se zaměřují speciálně na péči o lidi s mentálním postižením. Vedle ošetrovatelské péče se začíná zavádět i výchovná a vzdělávací činnost **(44)**.

První ústav u nás zaměřený na péči o lidi s mentálním postižením založil roku 1871 MUDr. Karel Slavoj Amerling v Praze s názvem Ernestinum. Rozdělil ústav na tři oddělení. První oddělení bylo diagnostické, z toho klienti odcházeli buď do druhého oddělení, které mělo výchovný a vyučovací charakter, nebo do třetího, které bylo azylového typu. Posláním Ernestina byla ochrana mentálně retardovaných a jejich začlenění do společnosti, aby byli po odchodu z ústavu sami schopni výdělků **(44)**. Dalším ředitelem Ernestina se stal profesor psychopatologie a ústavní lékař MUDr. Karel Herfort, který v ústavu zřídil dvě pomocné třídy a řemeslné dílny **(44)**. K zakládání dalších ústavů a zlepšení kvality života mentálně retardovaných přispěly tzv. Čádovy sjezdy **(47)**.

V průběhu 20. století došlo k vybudování celé řady ústavů sociální péče, které byly ve většině případů situovány do opuštěných zámeckých objektů mimo veřejnost. Klienti mohli být umístěni buď na zdravotní oddělení, kde byla péče především ošetrovatelská a rehabilitační, nebo na výchovné oddělení zaměřené na pracovní činnosti. O klienty pečovali zdravotní nebo řádové sestry, lékaři a instruktoři pracovní činnosti. Do ústavů byly umísťovány osoby s různým stupněm mentální retardace a jen ojediněle se o mentálně retardovaného starala rodina. Z ústavů se stávala velkokapacitní zařízení, většinou přeplněná, která omezovala klientovo soukromí a potlačovala osobnost jedince. Klienti byli hromadně zbavováni způsobilosti k právním úkonům a osvobození od povinné školní docházky. Často neměli žádnou možnost kontaktu s okolní společností, což vedlo k tomu, že se ze společnosti úplně vyčlenili **(28, 44)**.

Rok 1989 přinesl velké změny ve společnosti a také v ústavní péči. Vyniklo množství nestátních neziskových organizací a občanských sdružení, které pod vlivem trendů ze zahraničí začaly s velkým odhodláním poskytovat rozmanité služby. V popředí byl důraz na individuální přístup, rozvoj co nejvyšší samostatnosti a rozvíjení potřeb a zájmů **(57)**.

1.5.2 Humanizace péče o osoby s mentální retardací

V naší zemi existuje více alternativ, které nabízejí lidem s mentálním postižením život plně nebo částečně integrovaný do běžného života. I přes jejich větší množství než dříve je jejich kapacita velmi nízká. Právě proto nadále zůstává jako jedna z hlavních alternativ jejich života právě ústavní péče **(53)**. Z poznání a pochopení funkce ústavní péče vyplývá, že v naší společnosti mají doposud své nezastupitelné místo. Názory podporující jejich zrušení lze momentálně vnímat jako nezodpovědné vůči klientům, kteří v těchto zařízeních nacházejí náhradní domov **(44)**.

Rozvoj ústavní péče poměrně úzce souvisí nejen s integrací a normalizací, ale hlavně s humanizací **(58)**. Integraci lze chápat jako překonávání umělého oddělení lidí s mentální retardací od světa lidí nepostižených. Normalizace vystihuje skutečnost

toho, že i lidé s postižením mohou žít podobně normálním životem jako lidé nepostižení.

Smyslem humanizace je brát občany s postižením jako rovnocenné partnery, tudíž se jim snažit poskytnout rovné šance žití a pomoci jim zvládat důsledky jejich handicapu **(58)**. S humanizací souvisí také snaha o to, aby se rozšířilo spektrum služeb poskytovaných lidem se závažnějším postižením. Protože zde se často pouze zajišťuje péče o základní fyziologické potřeby. Naproti tomu jsou služby poskytované lidem méně postiženým někdy nadbytečné a brzdí jejich osobní rozvoj **(36)**. Podpora ze strany pracovníků by měla být poskytována jen v záležitostech nezvladatelných pro klienta a tam, kde si klient umí poradit sám, by měl mít dostatečný prostor pro svoje řešení **(35)**.

Humanizace v ústavní péči tedy souvisí s cílem moderní sociální politiky, která se prostřednictvím Standardů kvality sociálních služeb a zákonem o sociálních službách zaměřuje na zlepšení kvality komplexní péče o klienty **(45, 47)**.

Každé zařízení, denní, týdenní i celoroční, by se mělo snažit o zlepšování kvality života jednotlivého klienta. Především je zapotřebí rozvíjet možnosti a schopnosti klienta a posilovat jeho sebevědomí. Snažit se o co nejnornálnější přístup ke klientům a integraci. V pobytových zařízeních kultivovat bydlení snížením počtu osob v jedné místnosti, ložnice upravit na obývací pokoje a pro osoby lehce postižené zřídit chráněné bydlení. Důležitá je zejména minimalizace celodenního ležení na lůžku a u klientů s těžkým postižením umožnit pohyb po zemi, na kobercích a na speciálním nábytku. Ústavní prostředí má stále silnou tendenci svádět spíše ke zdravotnickému přístupu **(36)**. Proto je důležité minimalizovat zdravotnický personál a nahradit ho pedagogickými pracovníky. Dům, kde je péče vykonávána, co nejvíce otevřít všem návštěvníkům a neomezovat setkávání s nimi pouze na návštěvní hodiny. Kontakt s okolním světem, jako jsou nejbližší města a vesnice, by se měl stát naprostou součástí obou stran. Klienti by měli mít možnost si nakoupit v obchodě, zajít na poštu nebo navštívit různé instituce. Tyto aktivity by měly být spojeny s nácvikem zvládnání sebeobslužných činností za účelem dosažení co největší možné míry samostatnosti klientů **(58)**.

Ve všech zařízeních by mělo docházet ke vzdělávání klientů přijatelnou formou a to buď přímo v zařízení, ve speciálních školách, a nebo v rámci integrace v běžných školách. V současné době ale nejde již pouze o zajištění vzdělávání, ale i o jejich pracovní uplatnění **(2)**. Z tohoto důvodu jsou v zařízeních zaváděny pracovní terapie, zřizovány chráněné dílny a klienti mají možnost docházet do chráněného zaměstnání mimo zařízení **(58)**.

1.5.3 Změny v legislativě a terminologii

Zavedením zákona o sociálních službách (zák. č. 108/2006 Sb.) do praxe nastalo několik změn, které ovlivnily stávající strukturu ústavní péče v této zemi **(36)**.

Jednou z nejzákladnějších změn v terminologii je přejmenování ústavu sociální péče na „domov“ a „denní a týdenní stacionář“ **(60)**.

Dříve byla ústavní zařízení pro osoby s mentálním postižením rozčleněna na následující typy: ústavy pro mentálně postižené občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením. Toto dělení podle vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, bylo na základě věku a druhu postižení **(70)**. Zákon o sociálních službách již definuje pouze jednu kategorii těchto ústavních zařízení a to „domovy pro osoby se zdravotním postižením“ **(36)**. Termín zdravotní postižení lze chápat jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit člověka závislým na pomoci jiné osoby **(42)**.

Klasifikace ústavní péče z hlediska délky pobytu dle zákona č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, která spočívala v rozdělení na denní, týdenní, celoroční a přechodný pobyt v ÚSP se dle zákona o sociálních službách pozměnila a odpovídá zavedeným zařízením, kterými jsou denní a týdenní stacionáře a domovy pro osoby se zdravotním postižením **(73, 25)**.

1.5.4 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou s celoročním provozem zabezpečující osobám se sníženou soběstačností a vyžadujícím pravidelnou pomoc, komplexní péči a současně nabízí výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti. Tato služba je určena především takovým lidem, kterým z objektivních důvodů již nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném sociálním prostředí **(42)**.

V současné době domovy zajišťují týdenní a celoroční pobyt. Důležitým faktorem je zde různý stupeň vyjmutí tzv. uživatelů sociálních služeb z přirozeného rodinného života. Z tohoto hlediska je pak lepším řešením týdenní provoz, neboť poskytuje intenzivní odbornou péči a přece uživatele služeb úplně nevytrhuje z obtížně nahraditelného primárního prostředí. Je sice pravda, že se tito uživatelé i nadále setkávají pouze s malým reprezentativním vzorkem společnosti, avšak s ohledem na jejich specifické potřeby zde bývá učiněno maximum **(64)**.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem je situace poněkud jiná. Jelikož se jedná o kolektivní zařízení, které v současné době spočívá na příslušném organizačním řádu, je zřejmé, že klienti nemívají žádoucí prostor pro své soukromí, identitu, pro bezproblémový výkon svých práv. V těchto zařízeních velmi záleží na tom, kolik času mohou zaměstnanci věnovat práci s jednotlivými klienty a zda je v něm vytvořeno podnětné prostředí **(23)**.

Je zde v maximálně možné míře kompenzována naprostá (či podstatná) absence rodiny (se všemi jejími životně důležitými funkcemi jako je citové pouto a bezpečí). Tento nedostatek může ve svém důsledku zapříčinit zásadní emocionální poškození a následné zhoršení vnímání vlastní identity a to především v návaznosti na kvalitě služeb zařízení **(64)**.

Při výčtu služeb, které domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují svým klientům, je důležité nejprve začít u těch primárních jako je ubytování a strava. Domovy dále zaručují uživatelům, že jim bude poskytnuta pomoc při zvládnání běžných úkonů při péči o vlastní osobu, při zvládnání osobní hygieny nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. V dnešní době se stále více rozvíjí a klade důraz na zdokonalování

výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Jejich realizace bývá často spojena se sociálně terapeutickými činnostmi. Jedna z nejdůležitějších služeb, která se snaží o narušení klasické představy uzavřeného ústavního života, je zprostředkování uživatelům kontakt se společenských prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením také poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby (prádlo, šatstvo) a některé služby (stříhání vlasů, holení a pedikúra) s přihlédnutím k jejich potřebám **(60)**.

1.5.5 Denní a týdenní stacionáře

Denní a týdenní stacionáře jsou v podstatě totožné, liší se pouze ve formě poskytované služby. Denní stacionáře poskytují ambulantní služby a týdenní stacionáře pobytové služby **(60)**.

Obsah činnosti jednotlivých stacionářů je různý, utváří se podle potřeb a schopností jednotlivých klientů a možností těchto zařízení. Zpravidla se orientují na výchovnou činnost, pracovní rehabilitaci, různé druhy terapií, různé formy rehabilitace a volnočasové aktivity.

Podle zákona o sociálních službách č. 108 / 2006 Sb. jsou klientům v denním a týdenním stacionáři poskytovány podmínky pro osobní hygienu, popřípadě je jim nabídnuta pomoc, která je také spojena se zvládnutím běžných úkonů péče o vlastní osobu **(58)**. V průběhu dne je uživatelům zabezpečována komplexní péče s ohledem na jejich potřeby a současně nabízeny výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti **(42)**. Některé stacionáře zajišťují klientům i dopravu z domova do zařízení a zpět **(36)**. Tato zařízení by neměla být oddělena od společnosti, ale naopak by se měla snažit o zprostředkování kontaktu klientů se společenským prostředím. Dále by jim měla pomoci s uplatňováním práv, oprávněných zájmů a také při obstarávání osobních záležitostí. Týdenní stacionář, jelikož se jedná o pobytové zařízení, poskytuje svým klientům i ubytování **(60)**.

Denní stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé klienty. V některých případech suplují práci mateřských škol a škol speciálních, což by mělo být v dnešní době eliminováno na minimum. Podle školského zákona č. 561/2004 Sb. by děti s mentální retardací neměly být osvobozeny od povinné školní docházky a měla by jim být nabídnuta vhodná alternativa adekvátní jejich zdravotnímu stavu. V péči o dospělé s mentální retardací tato zařízení často nahrazují činnost chráněných pracovišť, ve kterých je trvalý nedostatek volných míst, zejména pro klienty se závažnějšími formami postižení **(58)**.

Denní stacionář lze chápat jako jeden z nejvhodnějších způsobů k zajištění respitní péče pro rodiny a pečující osoby **(18)**. Týdenní a denní stacionáře mohou poskytnout svým klientům velmi zajímavý program a různé druhy činností, které by jim rodina těžko dokázala zprostředkovat, dny strávené s rodiči zase zajišťují emocionální stabilitu dítěte a jeho společenskou integraci **(58)**.

1.5.6 Personální problematika v péči o osoby se zdravotním postižením

Do sféry ústavní péče vstupuje vysokoškolsky vzdělaný personál a nahrazuje pracovníky z bezprostředního okolí zařízení, kteří práci vykonávali ve velké míře nekvalifikovaně **(44)**.

Ústavy se otvírají okolní komunitě. Distance mezi profesionály a klienty se snižuje. Jednou z nejhlavnějších dominant však stále zůstává profesionalizace profese. Profesionálové pracují s velkým osobním nasazením a se zájmem. Profesionální pracovník má možnost chovat se vůči klientovi velmi spontánně, aniž by překročil meze profesionality **(28)**.

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že se některá zařízení potýkají s nedostatkem kvalifikovaného personálu nebo personálu vůbec. Nejčastější příčinou bývá nízké finanční ohodnocení a náročná práce. Souvislost personálního obsazení úzce souvisí s lokalitou, ve které se zařízení nachází. Vyšší a pestřejší nabídka pracovních míst ve městě způsobuje menší zájem o práci v ústavních zařízeních. Opačná situace nastává v menších městech a na vesnicích, kde je dostatečné množství zájemců o tuto práci, ale chybí kvalifikace **(44)**.

1.6 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem, který zpracovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky a jehož prostřednictvím definuje úroveň kvality, které musí poskytované služby dosahovat **(23)**. Jejich smyslem je umožnit posouzení kvality poskytované služby průkazným způsobem, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb **(58)**. Cílem transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňující život v přirozené komunitě. Při důsledném naplňování principů kvality v sociálních službách by mělo docházet k pozitivním změnám v odbornosti, kvalitě a individualizaci poskytované služby. V přístupu k uživateli by se měl změnit poměr mezi péčí a podporou ve prospěch podpůrných činností. Podpora by měla vést klienta k využití vlastních kapacit a sebeaktivaci, péče naopak zvyšuje závislost jedince na pečovateli. Míra podpory člověka by měla záviset na jeho skutečných potřebách, měla by vycházet z úrovně jeho psychomotorického vývoje, kvalitní odborné diagnostiky, poznání jeho osobnosti a cílů vytvořeného osobního plánu rozvoje **(21)**.

Pro ústavní zařízení může být někdy velmi obtížné naplňovat Standardy kvality sociálních služeb. Některé standardy (např. neuzamykatelné skřínky) se dají relativně snadno uvést do praxe. Jiné oblasti dané problematiky překračují možnosti ústavních zařízení (např. obecný cíl sociálních služeb – podpora setrvávání lidí v běžném prostředí a předcházení sociálnímu vyloučení) **(35)**.

Standardy se týkají tří rovin a to procedurální, personální a provozní tematiky. *Procedurální standardy* jsou považovány za nejdůležitější. Definují, jak má poskytování služby vypadat, např. na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby nebo jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého jedince. Procedurální standardy se dále věnují ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb, jelikož kvalita služby je přímo závislá na personálu a vyplývá z jeho dovedností, vzdělání, vedení a podpory a dále závisí na podmínkách, které pro práci mají.

Provozní standardy stanovují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Zaměřují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality **(72)**.

Standardy, vycházející z potřeb moderní společnosti, jednotlivce (uživatele) a organizace (poskytovatele), se zaměřují na kvalitu péče o klienta. Tato kvalita v sociálních službách je těžko měřitelná a definovatelná. Organizace a každý, kdo je poskytovatelem sociální služby, si musí stanovit její účel a cíl. Celý personál by se měl podílet na poskytování kvalitních služeb, měl by mít možnost vyjádřit vlastní názory a návrhy, hodnocení momentální situace atd. Toto zapojení by mělo posilovat jejich vlastní zájem na kvalitě práce. Velkou úlohu při změně přístupu ke klientům ústavních zařízení hraje personál, který bývá ve většině případů negativní. Personál musí být mezi prvními, kteří dokážou veřejnosti svým pozitivním přístupem představit své klienty a pomoci jim se začlenit do společnosti zdravých lidí. Poskytovatel má vnímat uživatele jako zákazníky a přitom respektovat jejich práva, soukromí, svobodné rozhodování, osobní názor, volbu či individualitu, má pomáhat klientům, aby mohli být sami sebou. Rozhodnutí musí vycházet ze vzájemného porozumění, ale přitom se musí dodržovat Etické principy a Listina základních práv a svobod **(72)**.

Sociální služby mají umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, i přirozené vztahové sítě a zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Úkolem poskytovaných služeb je zachovávání a rozvoj důstojného života těch, kteří je využívají. Služby mají být bezpečné a odborné. Jejich snahou by mělo být, aby zaměstnanci sociálních služeb standardy přijali a dokázali s nimi pracovat v každodenním životě **(44)**.

1.7 Nejčastěji využívané terapie v rámci péče o osoby s mentální retardací

Obecně lze terapeutický přístup vymezit jako způsob odborného a cíleného jednání člověka s člověkem. Cílem tohoto přístupu je odstranění nebo zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin. Tyto přístupy mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapie, nebo nepřímo prostřednictvím jiných odborných a cílených činností zaměřených na člověka. Jejich složení je z nejrůznějších zdrojů a současně využívají nejrůznějších prostředků, metod, technik a forem práce **(64)**.

Terapeutické přístupy, které se uplatňují u osob s mentální retardací, vykazují jistá specifika, která vyplývají ze specifčnosti handicapu **(47)**.

1.8 Expresivní terapie

Expresivní terapie zahrnuje metody, pomoci kterých se klient vyjadřuje verbálně i neverbálně prostřednictvím specifického média (uměleckého, pohybového). Prostředkem, médiem, expresivních postupů může být dramatická metoda (u dramaterapie), výtvarný projev (u arteterapie), hudba (u muzikoterapie) nebo psaný text (u bibliografie). Jednotlivé prostředky se často kombinují (např. arteterapie s muzikoterapií) **(69)**. V obecné rovině se jedná o terapeutické využití specifických expresivních projevů, které probíhá na bázi vnímání a prožívání jejich výsledků nebo aktivní účasti na průběhu procesů uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby **(64)**. Umělecké aktivity rozvíjející tvořivost budují v jedincích s mentální retardací schopnost být kreativní i v jiných oblastech praktického života **(56)**.

Expresivní podoby psychoterapie se užívají při práci ve skupině i s jednotlivcem, jejich forma má buď receptivní nebo aktivní složku **(38)**.

1.8.1 Arteterapie

Arteterapie je ve speciální pedagogice prozatím nejvíce používanou terapeutickou metodou **(47)**.

V užším slova smyslu ji můžeme vymezit jako soubor uměleckých výtvarných technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl přijatelným způsobem změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života **(56)**.

Pro osoby s mentální retardací je arteterapie rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace. Obecné cíle psychoterapie jsou reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační či integrace klientovi osobnosti **(56)**. Tyto cíle lze pro potřebu osob s mentálním postižením a v souvislosti s arteterapií konkretizovat na redukci psychické tenze, uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů, odblokování komunikačních kanálů, relaxaci, uvolnění a odreagování se, interakci osobních složek, celkovou socializaci osobnosti, úpravu aspirace a nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle **(64)**. Hlavní cíl je zaměřen převážně na kompenzaci jejich intelektového deficitu, rozvoj poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňovat a chápání jevů v souvislostech **(56)**.

Arteterapie lze rozdělit na základě její realizace na receptivní a produktivní terapii. Receptivní terapie se při práci s klientem zaměřuje na vnímání a prožívání již předem vzniklých artefaktů. Oproti tomu produktivní arteterapie klade na klienta větší požadavky v aktivním zapojení do tvorby, která je spojena s konkrétní tvůrčí činností, intermediálními aktivitami nebo happeningem. Jako další členění lze uvést arteterapii skupinovou a individuální **(56)**. Nevýhoda skupinové terapie může spočívat v poskytování menší individuální pozornosti jednotlivci, oproti tomu výhodou může být posílení vztahů mezi členy skupiny, naučení se spolupráci nebo získání většího pracovního náboje **(31)**.

Zaměření arteterapie je prvotně určené na léčbu sekundárního handicapu, což znamená, že zmírňuje individuální prožitek znevýhodnění klienta **(56)**.

Produkt výtvarného úsilí, neboli umělecký artefakt, v arteterapii nehraje nejvýznamnější roli, důležitý je samotný proces tvorby se všemi psychologickými a speciálně pedagogickými aspekty **(64)**. Tvůrčí proces pomáhá odvádět jeho účastníky od destruktivního chování a hraje významnou roli v překovávání jejich psychických obtíží **(7)**.

U skupinové terapie se využívá převážně práce s artefaktem. Jednotliví účastníci mají možnost se k artefaktům vyjádřit. Zde se však nejedná o hodnocení, ale o rozebírání pocitů a představ týkajících se ztvárněného tématu. Role terapeuta je zde spíše pasivní, pouze se snaží klienty navést k následné aktivitě **(64)**.

V české odborné literatuře formuloval přehled arteterapeutických metod a technik ve speciální pedagogice dr. Zicha **(63)**.

První uvedenou metodou je volný výtvarný projev. Učí jedince nebát se plochy a ovládat neuromotoriku. Podporuje spontaneitu dětské hry a radost z pohybu **(47)**. Tato metoda obsahuje techniku čmárání, kdy se jedinec „rozčmárává“ po papíru a teprve dodatečně se snaží z čar dotvořit a rozvinout nějaký motiv. Další technika je samotná volná kresba či malba, kde má jedinec za úkol tvořit na libovolné téma. Technika, u které se jedná o výcvik práce s čarou či linií, pracuje s modulací linie (zeslabení, zesílení), která je ovlivněna afektem. U duševně zdravých jedinců bývá modulována přiměřeně, kdežto u schizofreniků a oligofreniků je typická nemodulovaná. Návčik se zahajuje čmáráním, následně se nacvičuje síla linie, přechody, obrysy a obrazce **(20)**. Pro jedince bez výtvarných schopností je motivující a efektivní zvláště technika s benzínovým papírem. Způsob provedení spočívá v nalití olejové barvy rozpuštěné v benzínu na vodní plochu a následné sejmutí plovoucích barev pomocí sacího papíru. S otisky se dále může pracovat např. dokreslováním **(64)**. Poslední technikou této metody jsou výtvarné hry, jejichž smysl spočívá v dokreslování chybějících prvků v obrázku **(20)**.

Velký přínos pro jedince s mentálním postižením přináší tělesně orientované techniky, jejich projev se uskutečňuje především na hmatové bázi. Silný emotivní zážitek zprostředkovaný výtvarnými aktivitami pro tyto jedince znamená způsob učení se o sobě, světě a jeho souvislostech. Na příklad lze uvést modelování z hlíny, které probíhá prostřednictvím hmatu a je vhodnou technikou budující uvědomování si vlastního těla, body image, což je důležité při tvorbě adekvátního sebevědomí a sebehodnocení **(56)**.

Pozoruhodná je syntéza hudby a výtvarného projevu. Jejich propojením vzniká příjemná atmosféra při práci a také další podnět, který se dá využít k práci. Lze

ho rozdělit do dvou technik, a to muzikomalba a asociativní výtvarný projev při hudbě (47). Ze známých technik se často realizuje Pelcova muzikomalba, která používá v duchu hudební grafiky geometrické tvary a přenáší dojmy pomocí křídly na tabuli (20). Technika hudební prstomalby je vhodná pro bezprostřední aktivování hlavně neurotických a pasivně labilních jedinců, taktilní vjemy vzbuzují radost a příjemné pocity a tím motivují děti, které odmítají pracovat s výtvarnými pomůckami.

Výběr hudby by měl začínat relaxačními skladbami a následně pokračovat přes rytmické k náročným a vysoce stimulujícím skladbám (64).

Cílem metody asociativní výtvarný projev při hudbě je odreagování přetrvávajících negativně motivovaných zkušeností. Před samotnou činností musí předcházet relaxace, uvolnění jedince formou výtvarné hry a motivujícího náslechu. Závěr probíhá na základě kolektivní a individuální interpretace výtvorů, kde se jedinci snaží namalovaný obraz pojmenovat (63).

1.8.2 Dramaterapie

Dramaterapie je umělecká a terapeuticko-formativně zaměřená metoda aplikovaná v rámci individuální i skupinové práce, která využívá dramatické struktury se speciálním cílem v určitých improvizovaných situacích „tady a teď“, evokuje k prožívání emocí, k získávání vnitřní motivace a vede k integraci (33).

Dramaterapie se před půlstoletím vydělila z psychodramatu. Patří mezi tzv. paradivadelní systémy, což jsou postupy, které sice nahlíží na divadlo jako na syntetické umění, ale navíc využívají divadelních a dramatických prostředků k edukačním (dramatika, výchovná dramatika – výchovné divadlo) či terapeutickým (dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, sociodrama) cílům (64).

Její zaměření se dotýká doléčování klientů a práce se symptomy, snaží se hledat alternativní zdroje, které pomohou při překonávání handicapu (47).

Mezi její hlavní cíle lze zařadit zvyšování sociální interakce a interpersonální integrace, naučit se kontrolovat své emoce, získat schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti. Dále dramaterapie blahodárně působí na rozvoj představivosti,

koncentrace, posiluje sebedůvěru, sebeúctu, schopnost spontánního chování a zvládnání svých emocí **(13)**.

Dramaterapie má velmi eklektický systém, při své práci běžně používá loutky, masky, líčení, psaný text a elementy muzikoterapie či arteterapie v užším slova smyslu **(12)**.

Za jeden ze základních prostředků dramaterapie lze označit improvizaci. Důvodem je, že lépe než strukturovaná hra odráží vnitřní stav klienta, jeho konflikty a volné asociace. Umožňuje expresi aktuálního stavu a cítění, rozvíjí spontaneitu, buduje schopnost okamžité reakce a v neposlední řadě má improvizace blíže ke skutečnému životu nežli jakýkoliv strukturovaný útvar **(65)**.

V souvislosti s dramaterapií můžeme hovořit o třech typech improvizace. Jako první lze zmínit improvizaci plánovanou, kdy klient ví dopředu o své roli a celý výstup je silně strukturovaný. Neplánovaná improvizace poskytuje klientovi okamžitou možnost volby, zda přijme roli či ne, a nepřipravená improvizace nabízí klientovi vyžití, které si plně vede sám, neboť není omezen vedením terapeuta či nějakým plánem **(13)**.

Jeden z klíčů členění dramaterapeutických forem vychází z počtu klientů. Individuální terapie je poměrně sporadickou záležitostí, s níž v naší zemi nemáme tolik zkušeností jako se skupinovou terapií. Ve světě se využívá tato forma dramaterapie především u jedinců s pervazivní vývojovou poruchou jako je autismus a u klientů s mentální retardací. Skupinová terapie je základní organizační formou všech paradivadelních systémů, neboť skupinová dynamika je významným facilitátorem skupinových aktivit i terapeutickým prostředkem **(64)**.

Další z nejčastěji užívaných paradivadelních systémů terapeutické povahy u jedinců s mentálním postižením je teatroterapie. Lze ji vymezit obdobně jako dramaterapii, její odlišnost však spočívá v tom, že je u ní kladen důraz na produkt, kterým je výsledný divadelní tvar inscenace a vlastní divadelní představení před publikem. Veřejná performance pak jedinci přináší další pozitiva, jako je inkluze, sociální rehabilitace herců s postižením, úprava a posílení jejich aspirace, sebehodnocení a sebepojetí **(64)**. Teatroterapie je ze všech paradivadelních systémů terapeutické povahy nejbliže umění **(44, 68)**.

1.8.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie je využití hudby k terapeutickým cílům, jako je znovuoobnovení, udržení a zlepšení mentálního a fyzického zdraví. Jedná se o systematickou aplikaci hudby řízenou terapeutem v terapeutickém prostředí s úmyslem dosažení změny v chování. Hudba pomáhá jedinci v rozvoji jeho celkového potencialu a přispívá k jeho větší sociální přizpůsobivosti (75).

Sama hudba při muzikoterapii působí bezprostředně a intenzivně na člověka pomocí melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, tempa, dynamiky a druhu taktu. Stejně jako ostatní expresivně laděné terapie má i muzikoterapie svoji receptivní a aktivní formu, které mohou dohromady tvořit kompatibilní celek (47).

Receptivní forma zahrnuje vnímání a prožívání hudby, které se většinou soustředí na poslech živě hrané nebo reprodukované hudby (47). Při terapii poslechem emotivně laděné hudby začne pracovat i paměť. Prožití hudby není žádným neutrálním zpracováním akustických událostí, nýbrž jde o zažití seberealizace a překonání nevládnutých situací (44, 68). Oproti tomu aktivní forma, jak již samo označení napovídá, se zaměřuje na aktivní hudební tvorbu, která se projevuje vokálně (zpěv) a instrumentálně (hra na nástroj), a také na projev řečový, pohybový, dramatický, či výtvarný (64). K aktivní muzikoterapii lze volně připojit i taneční terapii či choreoterapii, které při hudbě navozují sebevyjádření tanečními pohyby (29). Individuální receptivní forma muzikoterapie se užívá u jedinců s nejtěžším stupněm postižení. U jedinců s lehkým a středně těžkým mentálním postižením je za vhodnou formu pokládána skupinová aktivní muzikoterapie, která vytváří příznivé podmínky pro eliminaci či zmírnění častých i drobných patologií v prožívání, komunikaci a mezilidských vztazích. Tato forma poskytuje každému jednotlivci možnost něco od druhého získat a naučit se spolupracovat. Zkušený terapeut při ní užívá optimálního spojení cílené terapeutické činnosti a atmosféry přirozené pospolitosti, při níž se i netalentovaní a introvertní jedinci zbavují strachu z předpokládaného neúspěchu, který je následně potlačen kladným prožitkem dodávajícím jistotu a chuť do dalších aktivit (64). U některých jedinců se však někdy se musí začít s terapií o samotě (75).

1.9 Animoterapie

Pro terapii s účastí zvířete můžeme používat také označení zooterapie. Tato terapie má v pedagogické praxi výjimečné postavení, jelikož terapeutickým prostředkem tu není pouze člověk, ale i jiný živý tvor **(64)**. Tímto živým tvorem může být nejen velké zvíře jako kůň, někdy i slon, nebo běžně se vyskytující domestikovaná zvířata (pes, kočka), ale třeba i ryba, hmyz, drobný hlodavec, myš, pták a plaz **(40)**. Následné kapitoly budou věnovány pouze canisterapii (terapie za pomoci psa) a hipoterapii (terapie za pomoci koně).

1.9.1 Canisterapie

Jedná se o podpůrnou formu psychoterapie, která je výhradně zaměřená na kontakt člověka se psem spojený vzájemnou pozitivní interakcí **(16)**. Canisterapie přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci podílet se na vlastním léčebném procesu a také napomáhá vztahům klienta s ostatními lidmi **(14)**. Canisterapie prováděná u osob s mentální retardací nejčastěji zahrnuje dílčí formy, jako je hlazení psa, mazlení se psem, výcvik, soutěžení se psem, manipulace s pomůckami a jiné **(14, 64)**. U těchto forem se převážně užívají dvě metody a to terapie za „pouhé“ účasti psa AAA (Animal Assisted Activities), nebo jde o terapii pomocí psa AAT (Animal Assisted Therapy) **(38)**. Animal Assisted Activities je metoda zaměřená na činnost vzdělaných laiků a odborníků pracujících se zvířaty. Cílem této metody je zlepšení kvality života klienta zejména v oblasti zájmové, sportovní a rekreační. Pes zařízení navštěvuje nebo může být i rezidentní. Je zdrojem motivace, výchovných momentů, odpočinku a obohacení kvality života. Druhou metodu Animal Assisted Therapy mohou provádět pouze odborně vzdělaní terapeuti pracující ve své profesi např. jako ergoterapeut, fyzioterapeut, lékař a jiné. Tato metoda podporuje rozvoj tělesných, psychických, citových, poznávacích a výchovných funkcí osob se zdravotním postižením. Její výsledky je možné objektivně zhodnotit nebo změřit **(40, 64)**.

1.9.2 Hipoterapie

Hipoterapie je rehabilitační metoda, která využívá pohyb koně a jeho přenosu na člověka ve spojení s psychologickým působením jízdy na koni **(14)**. Podle jednoho z klasických světových modelů hipoterapie souvisí s fyzioterapií a psychoterapií. Na bázi psychoterapie potom spíše funguje jako pedagogicko-psychologické, z části sportovní a rekreační ježdění **(64)**.

Fyzioterapeutické působení zahrnuje fyzikální terapii v podobě prohřívání (kůň má o jeden stupeň vyšší teplotu než člověk), pasivní cvičení s klientem, aktivní léčebný tělocvik a masáže srstí koně. Tato metoda je velmi účinná při léčení nebo zmírňování následků nemocí pohybového aparátu klientů a funkční poruchy držení těla a také u klientů s poruchou řízení pohybu. Způsob působení bývá častěji využíván u osob s těžším stupněm mentální retardace **(40)**.

Pedagogika a psychologie mají v rehabilitaci své nezastupitelné místo. Proto i kůň je využíván k nápravě chování a sociálních vztahů u osob s mentální retardací. V rámci terapie je kůň obsazen do role vychovatele, zprostředkovává klientům kontakt s okolím, budování důvěry k klidem, učí normálnímu chování, napomáhá správnému sebehodnocení, poznání sebe sama a svých schopností a interpersonální komunikaci **(40, 64)**.

Sportovní a rekreační ježdění osob s mentálním postižením patří většinou k volnočasovým a zájmovým aktivitám směřujícím k určitému druhu seberealizace. Tento způsob hipoterapie se používá u léčby osob s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací **(64)**.

Dospělé osoby s mentální retardací kůň motivuje k větší psychické, motorické a emocionální aktivitě. Zajišťuje tím uchování dovedností docílené léčbou a výukou v dětství a rovněž se podílí na jejich rozvoji. K hipoterapii se nehodí především klienti, kteří se koní bojí **(40)**.

1.10 Vymezení pracovní terapie a ergoterapie

„Práce dodává sebedůvěru, pocit potřebnosti a užitečnosti, vede k celkovému osobnímu uspokojení a splnění jedné ze základních potřeb člověka stojícího na vrcholu Maslowovy pyramidy hodnot – seberealizace.“ (45).

Z pohledu speciální pedagogiky je terapií vše, co má ve vztahu k osobám s postižením jak pedagogické (edukační), tak i léčebné (respektive nápravné) účinky (53).

Práce je schopna plnit terapeutické, psychologické a socializační úkoly. Tato terapie má ve výchovně-vzdělávacím procesu u lidí s mentálním postižením výsostné postavení. V rámci jejího působení se ukazuje, že je cenným zdrojem poznání, vědomostí a dovedností, které mají trvalejší povahu, snadněji se fixují a jejich vybavování je usnadněno emoční vazbou, která je nejobecnější metodou nábídky dovedností a návyků. Smyslové vnímání rozvíjí a diferencuje, a také urychluje a zkvalitňuje pojmotvorný proces. Práce svou podstatou prorůstá všechny základní speciálně pedagogické metody – reedukuje (zkvalitňuje postižené funkce), kompenzuje (zaměřuje osobnost retardovaného na rozvoj převážně mimointelektových oblastí) a rehabilituje (sociální dimenzí pracovní činnosti) (63, 64).

Pojmenování ergoterapie vzniklo z řeckých slov: *ergon* = *práce* a *therapia* = *léčba* (38).

Vodáková charakterizovala ergoterapii jako lékařem předepsanou léčebnou činnost pro tělesně, duševně, nebo smyslově postižené osoby, kterou vede ergoterapeut (71). Ergoterapeut je pracovník s vyšší kvalifikací, který provádí ergoterapeutické vyšetření, stanovuje optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postojů k dosažení léčebného cíle (10). Je tedy nutné odlišit ergoterapii od pracovní výchovy zahrnuté v oborovém studiu speciální pedagogiky. V případě oborového studia speciální pedagogiky se nejedná o přípravu ergoterapeutů, ale o poskytnutí základních informací pro učitele a speciální pedagogy (71). Ergoterapie vedená vystudovaným ergoterapeutem je využívána převážně v různých medicínských

oborech. Buď může být součástí léčby v kombinaci s fyzioterapií (v rehabilitačních zařízeních), nebo jako součást psychoterapie (v psychiatrických zařízeních) (71).

Pojem pracovní terapie Matoušek definoval jako pracovní činnosti, které jsou součástí léčebného, výchovného nebo podpůrného programu. Jejím cílem může být smysluplné trávení času klientů, výkon činností nutných pro provoz zařízení, ve kterém klienti žijí, případně do něhož docházejí, a také nácvik pracovních dovedností. V ideálním případě má být plánována podle potřeb klienta, měla by podporovat jeho schopnost komunikovat, spolupracovat s jinými lidmi a měla by pozitivně ovlivňovat klientovo sebehodnocení (34).

Pracovní terapie (v pojetí speciálně pedagogickém) bývá zařazována do programů různých denních i pobytových zařízení pro osoby s mentální retardací. Plní zde nejen úkoly v léčebné oblasti, ale také v psychosociální oblasti a někdy je i prevencí hospitalizačního syndromu. V tomto případě se tedy nejedná o ergoterapii ve smyslu lékařském, ale převážně o výchovu, smysluplné využití volného času klientů a jejich přípravu na případnou integraci pod vedením instruktorů, vychovatelů a dalších pracovníků. Z tohoto důvodu není nejvhodnější používat označení ergoterapie, ale pracovní terapie, což však nesnižuje význam činností, které jsou v těchto zařízeních vykonávány. Nicméně i v některých zařízeních pro mentálně retardované klienty, především s více vadami, pracují školení ergoterapeuti. Pokud je tam ergoterapie součástí komprehensivní rehabilitace, tak lze hovořit o ergoterapii v pravém slova smyslu (71).

1.10.1 Ergoterapie

V České republice se ergoterapie rozšířila v 19. století převážně v psychiatrických nebo tuberkulózních sanatoriích. V roce 1913 se o její rozvoj výrazně zasloužil prof. Rudolf Jedlička ve svém ústavu v Praze, kde ji aplikoval při léčení dětské obrny a jejích následků. V současné době se již ergoterapie studuje na univerzitě, má vybudovaný systém vyšetřovacích metod, hodnocení, programů pracovní i předpracovní rehabilitace (38).

Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti, nezávislosti a zvýšení kvality života **(38)**.

Hlavním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je smysluplná činnost či zaměstnávání, které pomáhá k obnově a rozvoji postižených funkcí. Zvolené činnosti zohledňují osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby osoby, její aktuální stav, věk, pohlaví a také podmínky prostředí, ve kterém se nacházejí. Výběr činností, které se využívají jako terapeutický prostředek, musí odrážet zmíněné skutečnosti a musí se vztahovat k sociálním rolím, které osoba zastává nebo se od ní očekávají **(10)**.

V ergoterapii se rozlišují 4 základní oblasti: kondiční ergoterapie; ergoterapie cílená na postiženou oblast; ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti a ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění **(71)**.

Cílem kondiční ergoterapie je odpoutat pozornost od sebe sama, udržet pohodu klienta, umožnit mu navázání nových kontaktů a přátelských vztahů. Činnosti by klienta měly zajímat, těšit a měl by je dělat s chutí. Výsledky činností by měly být pro klienta motivací k další aktivitě, proto je důležité pro práci vybrat vhodné aktivity, materiál, náměty a promyslet využití výrobků **(71)**. Další oblast ergoterapie je zaměřená především na postiženou část těla. Jejím cílem je tuto část těla cvičit nebo trénovat a to jejím aktivním zapojením. Velmi důležitý je vhodný výběr aktivity a konkretizace, co se danou činností sleduje. Ergoterapie zaměřená na nácvik soběstačnosti se orientuje na věci, kterými se v každodenním životě zabýváme, aniž bychom jim přikládali větší význam. Jedná se například o osobní hygienu, oblékání se, mytí se či transport dopravními prostředky. Pro člověka s jakýmkoliv postižením mohou být tyto tzv. aktivity všedního dne - ADL (activities of daily living) velkým problémem. Cílem poslední oblasti ergoterapie, která je zaměřená na pracovní začlenění, je zařadit jedince se zdravotními problémy do pracovního procesu, ať už na běžném pracovním trhu či v chráněných dílnách nebo podporovaných pracovištích **(38)**.

Využití ergoterapie u lidí s lehkou mentální retardací se zaměřuje především na zmírnění handicapu, integrace těchto osob bývá většinou poměrně dobrá. Na základě ergoterapeutického vyšetření se aplikuje nácvik ADL, nácvik sociálního chování, sociální interakce, významnou roli zde hraje oblast předpracovní rehabilitace, nácvik

modelových činností a situací, nácvik samostatného bydlení a komunikace s rodinou **(38)**.

U osob se středně těžkou mentální retardací je terapie orientovaná na jejich handicap. Klient je většinou schopen vykonávat jednodušší pracovní činnost. Hlavní zaměření je tedy na intenzivní nácvik denních činností, kde lze dosáhnout úplné soběstačnosti. Dále se cvičí sociální dovednosti, pozornost je soustředěna na předpracovní rehabilitaci, chráněné bydlení a práci v chráněných dílnách **(43)**.

Kompenzační přístup je využíván při ergoterapii s lidmi s těžkou mentální retardací, kdy velká část intervence je zaměřena na nácvik ADL a pracovní zapojení v rámci chráněných dílen **(38)**.

Člověk s hlubokou mentální retardací je v každodenních činnostech vždy odkázán na druhou osobu **(43)**.

1.10.2 Pracovní terapie

Pracovní terapie se zaměřuje na celkový rozvoj člověka s mentální retardací a vychází z teorie, že lidé se rozvíjejí vykonáváním smysluplných činností. Spočívá především v provádění pracovních úkonů, v nichž se jedinci postupně zlepšují. Důraz přitom bývá kladen na určitý řád, který uživatelé musí dodržovat a dále na budování zodpovědného přístupu. Jedním z cílů pracovní terapie je získání pracovního návyku **(35)**.

Pracovní terapie je určena především klientům se závažnějšími formami postižení. Jejím účelem je zaměstnat jedince smysluplnou činností, rozvíjet jeho schopnosti a dovednosti, zlepšovat koordinaci pohybů, jemnou a hrubou motoriku, smyslové vnímání a umožnit mu určitou formu seberealizace. Hlavním smyslem tu není produktivní činnost, ale pomoc klientovi při řešení jeho zdravotních a psychických problémů. Velký význam má i jako zprostředkování sociálních kontaktů, k nimž mezi klienty a dalšími zúčastněnými osobami dochází **(58)**.

Terapeuti vedou klienty k vytváření, prohlubování a upevňování základních pracovních návyků a dovedností, rozvíjí jejich individuální manuální zručnost. Pracovní činnosti zaměřují na práce s různými materiály, které klienti s dopomocí dobře zvládají.

Pro tuto práci je důležité, aby zaměstnanci znali specifika práce s lidmi s mentální retardací. Zvláště při volbě metod a organizace pracovní činnosti i materiálních **(63)**.

Při výběru prostředí na pracovní terapii je u dětí s mentální retardací důležité zabezpečit laskavé a stabilní výchovné prostředí, protože jim pomáhá lépe se orientovat ve svém okolí a stát se samostatnějšími. Podněty musí být opakované, dostatečně silné a co nejkomplexnější, je potřeba vytvářet asociace a podporovat citové prožívání uskutečňované aktivity. Každá snaha a očekávané konání musí být potvrzené povzbuzováním a pochvalou. Přestože mentální postižení je spojené s poruchami vnímání, právě stimulace vnímání prostřednictvím dotyků a manipulace s různými materiály zlepšuje předpoklady celkového vývinu jedince **(38)**.

Tato metoda se používá v některých chráněných dílnách, denních stacionářích nebo domovech pro osoby se zdravotním postižením. Žádoucí by bylo, aby pracovní terapie byla koncipována jako příprava na přechod klienta z chráněného do běžného prostředí **(35)**.

V souvislosti s aplikací pracovní terapie je také nutno poznamenat, že je někdy spojována s pracovní rehabilitací (což jsou opatření směřující k adekvátnímu pracovnímu zařazení klienta), která je rozdílně pojímána jak ve zdravotnictví, tak ve speciální pedagogice **(64)**.

1.10.3 Formy pracovní terapie

U dětí je prvotní zaměstnání spojené s hrou, která souvisí s přípravou na život. Pracovní terapie pak využívá dětské hry, při které jsou například imitovány každodenní práce, profese, ale i sebeobsluha a hygiena. V současnosti se hra považuje za metodu výchovy a vzdělávání, která má důležité místo jak v diagnostice, tak i v ergoterapii **(71, 64)**.

U mládeže a dospělých klientů se terapeutických cílů dosahuje převážně prostřednictvím rukodělných činností (např. s textílem, se dřevem a přírodními materiály, s papírem, s kovem či umělými hmotami). Důležitá oblast pracovní terapie se věnuje nácviku praktického života, který zahrnuje samostatné bydlení, péči

o domácnost, konkrétní postupy při řešení určitých životních problémů. U jedinců s těžším postižením je zpravila zaměřená na sebeobslužné dovednosti **(64)**.

V zařízeních pro osoby s mentálním postižením bývají nejčastěji zřizovány ergoterapeutické dílny s různým zaměřením (řemeslné, výtvarné, apod.), které zajišťují klientům psychomotorický a sociální rozvoj. Ve skutečnosti nejde pouze o terapeutické činnosti aktivity samotné, ale o jakousi nouzovou pracovní seberealizaci některých těžce handicapovaných osob, pro které jsou zatím jiné příležitosti pracovního uplatnění nedostupné **(53)**.

Výrobní programy těchto pracovišť jsou rozmanité, záleží hlavně na tom, zda se jejich zřizovatelům podaří získat vhodné zakázky např. balení, kompletování a nebo naopak demontáž různých výrobků. Některé dílny mají své vlastní programy, často založené na tvořivé činnosti svých klientů, jako je např. práce s keramickou hlínou, tkaní, vyšívání, práce se dřevem nebo voskem. Jiná zařízení poskytují různé služby, jako je praní prádla, oprava obuvi, nebo provozují pekárny či kavárničky **(58)**.

Pracovní terapie bývá často uskutečňována i formou práce na zahradě, péče o zvířata, podílení se na zvelebování objektu, pomocné práce v kuchyni či pomoc klientům s těžším postižením **(74)**.

Pracovní terapie se uskutečňuje s jednotlivcem nebo se skupinou **(71)**.

1.10.4 Druhy her a jejich využití v pracovní terapii

Pojem hra je možné charakterizovat jako činnost, která přináší uspokojení sama o sobě a je vnitřně motivující. Jelikož hra se objevuje jak u lidí, tak u zvířat, můžeme tedy usuzovat, že má instinktivní základ a je to vrozená tedy biologicky účinná aktivita **(71)**. Hra je základní aktivitou dětské seberealizace. Přestože vychází z vnitřního popudu a odráží podmínky, ve kterých se dítě nachází, je navíc originálně nastavena podle dispozic jedince a její forma je proměnná v čase a společnosti **(22)**. Hra patří mezi základní formy lidské aktivity, mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka. Již od raného věku dítěte slouží k poznávání okolního světa a tím i k formování a integraci psychických funkcí **(38)**.

U dětí s postižením může být hra jednotvárná, s mechanickým stereotypním opakováním děje, s nedostatečným slovním komentářem či neadekvátní gestikulací. Děti s disharmonickým vývojem osobnosti, s poruchami v oblasti osobních vztahů neprojevují zájem o hru s druhými dětmi **(41,71)**. U těchto dětí je potřeba podněcovat jejich zapojení, hru jim přizpůsobovat a učit je, jak si hrát. Neboť dítě je od narození tvor schopný aktivity a spontaneity, který má za úkol po krocích zvládnout budování vlastní osobnosti **(17)**.

V ergoterapii se užívají různé druhy her, zpravidla se do jedné prolínají prvky dalších typů. Tyto hry zdokonalují vnímání sebe i okolí a rozvíjejí senzorycké, pohybové i psychické schopnosti dítěte **(71, 30)**.

Funkční hry jsou nejjednodušší formou hry dítěte bez hračky (hra nohama, rukama, překulování, hra s mimikou, plazení, atd.) Dochází ke spontánnímu procvičování pohybů a k rozvoji poznání vlastního těla **(71)**.

Náplní *manipulačních her* je manipulace s hračkami a jinými předměty, které dítě obklopují. Dítě se učí s nimi zacházet, poznávat jejich vlastnosti, hmatem drsnost nebo jemnost, sluchem zvuky, zrakem poznávat tvar či barvu. Postupně dítě uplatňuje zkušenosti z manipulačních her v některých činnostech.

Funkční a manipulační hry jsou typické pro kojenecké a batolecí období **(30)**.

Napodobovací hry se začínají uplatňovat už koncem kojeneckého období. Dítě začíná napodobovat mimiku a pohyby, později i zvuky (např. zvířat). Využití těchto her je převážně ke zdokonalování motorických funkcí a rozvoje komunikace **(30, 71)**.

Úlohové a tématické hry spočívají v tom, že si dítě hraje na něco (na maminku, na doktora) a provází to mluvenou řečí **(68)**. V jednoduché formě se začínají objevovat již ve starším batolecím věku. Při těchto hrách se může uplatňovat celý soubor pohybových funkcí, jemná motorika dítěte, pohyb z místa na místo a změny polohy těla. Nacvičují se skutečné pracovní úkony, rozvíjejí se rozumové funkce i sociální vztahy dítěte **(71)**.

Konstruktivní hry se začínají uplatňovat již v batolecím věku formou skládání jednoduchých prvků, jako jsou kostky, navlékání větších tvarů na bužírku apod. S přibývajícím náročností se používají různé skládačky, stavebnice, modelování, kreslení či malování **(30)**. Přínos konstruktivních her je v rozvoji strukturovaného myšlení,

vytrvalosti, rozumových i psychických funkcí, koordinace obou rukou a ruky s jedním okem a zdokonalení jemné a hrubé motoriky **(22)**.

Mezi *pohybové a rytmicko – hudební hry* patří hry s náradím a náčiním, ale také tanečky a rytmická cvičení s hudbou a popěvky, mobilní hračky, houpací koně nebo koloběžky. Cílem těchto her je procvičení rovnováhy, posílení úchopu, dolních končetin a svalstva trupu. U skupinových pohybových her se dítě učí spolupracovat a dodržovat daná pravidla **(30, 71)**.

Receptivní a sensorické hry se používají při práci s příjmem a zpracováním podnětů, rozvoji smyslového vnímání i rozumových schopností a formování postojů. Receptivní hry (např. poslech pohádky) se uplatňují ve výchově a v ergoterapii zaměřené na psychické funkce. Při sensorických hrách se zase děti učí rozlišovat vlastnosti věcí různými smysly. Tyto hry přispívají k multisenzoriálnímu vnímání **(71)**.

Didaktické hry slouží k rozvoji dovedností, vědomostí a poznávacích procesů **(22)**. Je to učení prostřednictvím hry, pro které existuje mnoho pomůcek ve formě skládaček, her s řešením úkolů, obrázkových kvartet nebo magnetických tabulí. Většinou jsou tyto hry zaměřené na cvičení jemné motoriky, cílených pohybů a koordinovaných funkcí rukou **(30)**.

Společenské hry se aplikují ve skupině a řídí se určitými pravidly. Mezi ně můžeme zařadit např. hru „Člověče, nezlob se“, šachy či stolní fotbal. Tyto hry mají velké uplatnění v kondiční nebo cílené ergoterapii, používají se především v terapii funkce ruky a psychických funkcí, užitečně vyplňují čas v zařízeních pro osoby s postižením. Původní společenské hry upravují ergoterapeuti tak, aby vyhovovaly sledovaným cílům **(71)**.

1.10.5 Didaktické zásady v pracovní terapii

Didaktické zásady jsou součástí obecnědidaktické teorie. Tyto teze nebo pravidla shrnují osvědčené zkušenosti lidstva s efektivním vyučováním a mají pro edukaci univerzální charakter, např. jsou platné pro vyučování různých předmětů a témat. Filová uvádí, že didaktické zásady nejsou pro moderní vyučování přežitkem, nýbrž naopak, jejich uplatňování je nezbytnou podmínkou jeho efektivnosti **(46)**.

Při práci s osobami s mentální retardací platí odborná doporučení a zásady jako pro intaktní jedince. Některé zásady však mají mimořádný význam. Důraz je kladen zvláště na jasné vymezení cíle a prostředků k jeho dosažení, maximální názornost při předvádění činností, zdůvodňování postupů, výběr materiálu či náradí a přiměřenost nejen věku, ale především hloubce mentální retardace. V průběhu terapie je důležité postupovat od nejjednodušších činností ke složitějším, dbát na soustavné opakování, individuální přístup a zásadu aktivity, jež spočívá v usilování o radostné a aktivní zapojení do práce **(71)**. Klienti by také měli mít představu o denním režimu (např. znázornění sledu pomocí zástupných předmětů na viditelném místě) a době trvání jednotlivých činností (např. podle počtu vyrobených předmětů) **(8)**. V rámci pracovní terapie musí být zajištěna bezpečnost práce a hygienická nezávadnost prostředí, materiálů, pomůcek i pracovních postupů **(71)**.

K uskutečňování kvalitní pracovní terapie je důležité dodržovat následující principy. Ergoterapie (pracovní terapie) vychází z didaktických zásad terapie osob s mentální retardací, zejména z principu názornosti **(19)**. Jelikož ruka je nástrojem ducha, tudíž práce rukou je základem pro pochopení věcí a jevů, rozvoj myšlení a řeči. Při osvojování nových poznatků je třeba vycházet od konkrétního poznání a manipulace s věcmi **(17)**. Tento princip má pomáhat budovat konkrétní představy o budoucí pracovní činnosti. Demonstrace činnosti by měla být vždy spojena s předvedením a slovním doprovodem terapeuta **(64)**. Návčik by měl být prováděn individuálně **(8)**. K názornosti u osob s těžším postižením lze použít trojrozměrné pomůcky (modely, makety) a předměty dvojrozměrné, odrážející přesně realitu (obraz, fotografie). U jedinců s lehčím postižením se užívají pomůcky znakové podstaty (schéma, nákresy) rozvíjející abstraktní myšlení a proces generalizace. U lidí s autismem se spíše doporučuje provádět přímo návčik dané činnosti, bez imitací, neboť u nich je schopnost napodobování porušena **(8)**. Při uplatňování principu názornosti je důležitá osobnost terapeuta, jeho pracovní úkony, zacházení s nástrojem atd., neboť jsou tím nejlepším vzorem pro klienty. Názornost by měla být vyvážena podle postižení klienta, neměla by tedy klienta přetěžovat, neboť by potom ztratila smysl **(64)**.

Zásadou přiměřenosti rozumíme výběr takové činnosti, postupu či pomůcek, které odpovídají věku a stupni postižení jedince **(63)**. Pracovní prostředí by mělo být jednoduché, příjemné a jasně strukturované, aby se v něm klienti bez problémů orientovali **(17)**. Pro každého klienta by měl být na základě provedené speciálně pedagogické diagnostiky vypracovaný funkční individuální plán, který je obsahově odlišný u dětí (stanovuje se podle představ terapeuta či vychovatele za účelem komplexního rozvoje) a u dospělých klientů (zohledňuje přání klienta, směřuje ke zkvalitnění jeho života) **(8)**. Soustředíme-li se při pozorování klienta na jeho práci, kterou vykonává kvůli svému postižení pomalu či nedokonale, neměli bychom ho zavalit nejrůznějšími radami a tlačít ho k tempu, které mu není přirozené, ale naopak vycházet z jeho přirozenosti **(17)**. Neměla by se opomíjet důležitá složka pracovní terapie, a to hudba a relaxace **(19)**.

Zásada uvědomělosti spočívá v záměrném osvojování nových poznatků, protože jedině tak jsou jedinci s mentální retardací schopni je uplatnit v praxi **(63)**. V metodách ergoterapie hraje velkou roli instruktáž před začátkem práce, protože navazuje na motivaci a předává poznatky. Rozlišujeme instruktáž úvodní, průběžnou, doplňkovou a závěrečnou. Podle počtu klientů se rozlišuje instruktáž frontální (všichni klienti), skupinová a individuální **(19)**. Je třeba si uvědomit, že jedinec s mentální retardací pracuje uvědoměle jen v případě, pokud je namotivován a tedy přesvědčen o praktickém významu činnosti **(63)**.

S uvědomělostí a aktivitou klientů souvisí i jejich cílevědomost. Pro osobu s mentální retardací je příznačné porušení cílevědomosti myšlení. To se u nich projevuje tak, že tito jedinci pouští ze zřetele cíl, kterým je výrobek, a nahrazují ho podružnými cíli **(64)**.

Zásada soustavnosti vede terapeuta k takovému způsobu vedení práce klientů, který dovoluje osvojit si vědomosti, dovednosti a návyky v ucelené soustavě. Práce klientů s mentální retardací se musí vyznačovat systematičností **(63)**. Při práci s klienty s autismem nebo těžce mentálně postiženými se lze z počátku opírat o poskytování fyzické pomoci (klientovi se při práci vedou ruce, aby úkol splnil), která je doplněna verbálními pokyny, které jsou krátké, jednoznačné a srozumitelné. Plné fyzické vedení

a verbální pokyny se postupně snižují v závislosti na následné schopnosti klienta úkol zvládat **(8)**. Návyk soustavnosti je ovšem třeba u osob s mentální retardací dlouhou dobu cvičit. Bez respektování této zásady by vznikl didaktický zmatek a úroveň činností by měla nahodilý charakter **(63)**. Princip trvalosti je akceptován tehdy, když klienti dovedou v praxi s jistotou uplatnit svoje poznatky. Prostředek k naplnění zásady je samostatná práce a časté opakování podstatných prvků, to však není dobré provádět formou mechanického opakování a drilu, ale četnou variabilitou vztahů s ukázkou praktického využívání v obměněných podmínkách a situacích **(63, 64)**.

1.10.6 Specifika osobnosti klienta s mentální retardací v pracovní terapii

Každý jedinec je individuální osobností, která je uvnitř skupiny podobně handicapovaných osob jedinečným představitelem svého typu a která se vztahy k prostředí odlišuje od každého druhého jedince. I přesto můžeme pro osoby s mentálním postižením vymezit některé společné zvláštnosti, které závisí na hloubce mentální retardace, etiologii, věku a na geneticky i společensky podmíněných vlastnostech konkrétní osoby **(9)**.

V oblasti vnímání se specifikum člověka s mentální retardací projevuje tak, že se nedokáže samostatně orientovat v postupu práce, analyzovat podmínky pro pracovní činnost a nacházet vhodná řešení, jelikož jeho vnímání je zpomalené, omezené a nedostatečně diferencované. Omezenost pozorovací schopnosti a myšlenkové činnosti znemožňuje zobecňovat dílčí zkušenosti a následně z nich vycházet při řešení konkrétních situací. Velké problémy jim činí, když mají při srovnání různých objektů hledat shody a rozdíly, nedokáží samostatně odlišit podstatné a nepodstatné znaky pozorovaných objektů **(71)**.

U lidí s mentální retardací city souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumit až dokonce přehodnocovat. Narušený vztah k potížím a těžkostem spojený s průběhem práce znesnadňuje jejich plnění zadaných úkolů **(63)**. Problémy nepřekonávají zvýšeným úsilím, ale od rozdělané činnosti snadno odcházejí, přestávají pracovat nebo si hledají jinou činnost. Může dojít až k poklesu pracovního výkonu nebo nechuti k práci. Tomuto problému se může dobrou organizací práce předejít. Postupem

věku a vhodným speciálním působením se může zlepšit narušení volní stránky jedince **(71)**.

Také paměť a logické myšlení u osob mentální retardací vykazuje určitá specifika. Jedinci si osvojují vše nové velmi pomalu, většinou až po mnohočetném opakování, osvojené poznatky a dovednosti rychle zapomínají a zpravidla je nedokážou včas a vhodně uplatnit v praxi. Tyto jedinci si zpravidla zapamatují vnější znaky podnětů a jevů v jejich náhodných spojeních a nepamatují si vnitřní logické souvislosti, které často ani nepostihují **(58)**. U lidí s mentální retardací většinou převažuje mechanická paměť **(63)**.

Jednou ze zvláštností části lidí s mentální retardací je trvalý neklid, těkavost, dráždivost, hyperaktivita, která se označuje jako eretismus. Pro eretiky se nedoporučují práce s nástroji, mohli by ublížit jak sobě, tak také ostatním, proto se doporučuje stálá kontrola těchto jedinců při práci. V opačném případě u jedinců torpidních, kteří nejsou schopni se ničím zaujmout, je důležitá vhodná motivace a aktivace **(71)**.

Děti i mladiství s mentální retardací bývají opožděni v růstu i ve hmotnosti těla, mívají menší objem hrudníku, slaběji vyvinuté svalstvo a zhoršenou motoriku rukou. Projevem tohoto nedostatku je rychlejší unavitelnost při práci. V této souvislosti je důležité zařazování přestávek během práce, úprava pracovního prostředí a výběr vhodných činností podle individuálních zvláštností. V této souvislosti je práce spojována s tělesným cvičením, které nedostatky koriguje, zvyšuje pracovní schopnost a celkovou tělesnou obratnost **(71)**.

Poruchy pohybového rozvoje, jako je např. motorická neobratnost, zaostávání v motorickém vývoji, nesprávné držení těla, tzv. pohybová chudost či pohybové stereotypy, závisí na stupni postižení, etiologických faktorech i sociálních vlivech. Zásadní význam pro vytváření pracovních dovedností je nejdůležitější rozvoj jemné motoriky rukou. Při opakovaném procvičování dochází ke zlepšení především v oblasti elementárních pohybů, u složitějších pohybů a pohybových návyků je proces zkvalitňování značně pomalý **(71)**.

1. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl

Cílem této diplomové práce je porovnat nové trendy ve vzdělávání v oblasti pracovní terapie v zařízeních pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením ve třech krajích ČR (Vysočina, Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj).

2.2 Hypotézy

Pro dosažení vytyčeného cíle byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Lidé s mentální retardací, kteří navštěvují domov pro osoby se zdravotním postižením nebo v něm žijí, nemají dostatečné možnosti výběru v oblasti ergoterapie.

H2: Kvalifikační struktura pracovníků v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v oblasti ergoterapie není dostatečná.

3. METODIKA

Pro dosažení cíle diplomové práce bylo využito kombinace výzkumných metod a technik. Nejdříve byla použita metoda dotazování technikou dotazníku a následně metoda dotazování technikou polostandardizovaného rozhovoru. Ve výzkumu byly využity prvky kvalitativního i kvantitativního výzkumu **(11)**.

3.1 Použité metody

Pro zpracování diplomové práce byla jako první použita metoda dotazování technikou polostandardizovaného rozhovoru. Jedná se o rozhovor, který vychází z předem připraveného seznamu témat a otázek, ale tazateli nechává možnost modifikace rozhovoru, například možnost položit doplňující dotazy **(59)**.

Pro polostandardizovaný rozhovor byl vytvořen seznam předem stanovených tématických otázek. Rozhovory byly nahrávány na diktafon a poté přepsány do záznamového archu. Rozhovor obsahuje otázky týkající se obecných informací o zařízení (otázky č. 1, 2). Další část otázek se zaměřuje na pracovní terapii, počet účastníků se klientů a terapeutů v zařízení (otázky č. 3, 4, 5). Rozhovor také zjišťuje, jaké mají pracovní terapeuti vzdělání a jestli toto vzdělání ovlivňuje jejich činnost (otázky č. 6, 7, 8, 9). Celý tento rozhovor uzavírá poslední část, která se zabývá otázkou relaxace jako prevence syndromu vyhoření (otázka č. 10). V rozhovoru byly použity otevřené otázky, u kterých je zcela na respondentovi, jaká bude odpověď. Respondent na ni odpovídá vlastními slovy **(24)**. Otázky k polostandardizovanému rozhovoru jsou uvedeny v kapitole „Přílohy“.

Data, která jsou získaná z provedeného polostandardizovaného rozhovoru, směřují k ověření hypotézy H1 a jsou zpracována a uvedena v kapitole „Výsledky“ a okomentována v kapitole „Diskuze“.

Jako další byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Pro výzkum byl sestaven dotazník zkoumající možnosti pracovní terapie, které jsou klientům v daném zařízení nabízeny. Dotazník umožňuje získat empirické informace založené na nepřímém dotazování se respondentů, s použitím předem formulovaných písemných

otázek **(1)**. Pro tuto práci byly za pomoci dotazníku získány informace od většího počtu respondentů v poměrně krátkém čase. Většina z nich byla osobně distribuována a sbírána, čímž byla zaručena vyšší pravděpodobnost návratnosti **(11)**.

Dotazník byl sestaven pro pracovní terapeuty, kteří pracují s klienty s mentálním postižením. Dotazník byl anonymní a skládal se z deseti otázek. Otázky do dotazníku byly sestavovány tak, aby nejprve obsáhly identifikační údaje o respondentovi (otázky č. 1, 2). Další část byla zaměřena na charakteristiku klientů, se kterými respondent pracuje (otázka č. 3). Třetí část se věnuje otázkám o možnostech a nabídce činností v zařízení (otázky č. 4, 5, 6, 7, 8). Poslední část zahrnuje otázku, která se zaměřuje na způsob výběru aktivit klienta v oblasti pracovní terapie (otázky č. 9). V dotazníku byly použity otázky uzavřené, které respondentovi nabízejí soubor možných variant odpovědí, ze kterých dotazovaný vybere vhodnou odpověď. Odpovědi na otázky jsou předem formulovány a respondent vybírá odpověď, která se nejvíce blíží jeho názoru. Další typ otázek použitých v dotazníku byly otázky otevřené, na něž respondent odpovídá vlastními slovy. Dotazník obsahoval také polouzavřené otázky, jež jsou kombinací uzavřených a otevřených otázek. Posledním typem otázek byly filtrační otázky, které slouží k eliminaci respondentů, kteří z objektivních i subjektivních důvodů nemohou odpovědět na následující otázku **(24)**.

Data, která jsou získána z provedeného dotazování, směřují k ověření hypotézy H2, jsou zpracována a uvedena v kapitole „Výsledky“ a okomentována v kapitole „Diskuze“.

Samotné dotazování se uskutečnilo v období od května do července roku 2008.

Ke zpracování dat byly použity tabulky a grafy. Výsledky jsou uváděny v procentech a absolutních číslech.

Jako poslední byla použita metoda analýzy produktů technikou sekundární analýzy dokumentů. Jedná se o techniku sběru dat, která jsou v podstatě již zpracovaná z prvotních pramenů **(11)**.

Tato technika byla v této práci využita při prohlížení internetových stránek zařízení Jihočeského a Jihomoravské kraje a kraje Vysočina. Autorka se snažila z dostupných materiálů vybrat všechny možnosti aktivit v oblasti pracovní terapie, které

nabízí domovy pro osoby se zdravotním postižením, a následně je zařadit do kategorií, které si předem stanovila. Pro sekundární analýzu dat byly stanoveny následující kategorie:

- práce s textilem
- dílenské práce
- pomocné práce
- zemědělské práce
- speciální činnosti

3.2 Charakteristika výběrového souboru

Základním souborem pro ověření hypotéz byli vybraní pracovníci domovů pro osoby se zdravotním postižením. V dotazování se autorka zaměřila na zařízení ve třech krajích a to v Jihočeském, Jihomoravském a kraji Vysočina. Jelikož jsou tato zařízení ve většině případů zřizována krajem a mají tudíž podobnou koncepci, zvolila si tedy autorka jako reprezentativní vzorek z každého kraje vždy jedno zařízení. Zařízení byla vybírána tak, aby měla podobný počet a strukturu klientely. V Jihočeském kraji byl vybrán Domov PETRA Mačkov, Jihomoravský kraj reprezentuje Domov pro osoby se zdravotním postižením ZÁMEČEK Střelice a v Kraji Vysočina Domov pro osoby se zdravotním postižením JINOŠOV.

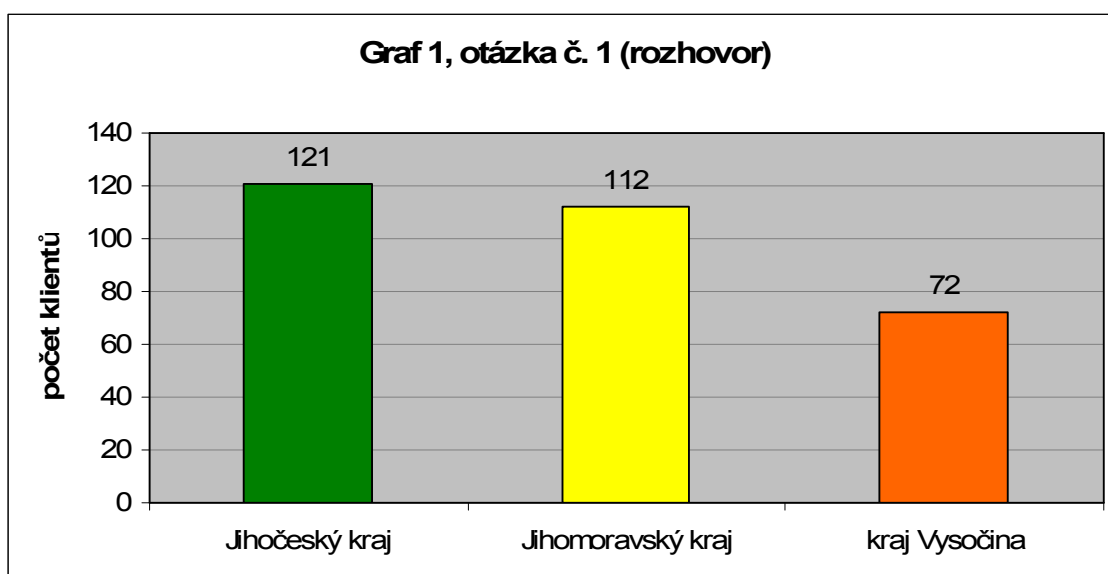
Polostandardizovaný rozhovor autorka vedla v Domově PETRA Mačkov a v Domově Zámeček Střelice s ředitelkami organizace. V Domově Jinošov byl rozhovor proveden s vedoucí vychovatelkou. Celkem byly provedeny tři rozhovory.

Pro účely dotazníkového šetření byli vybráni jako výběrový soubor zaměstnanci z oblasti pracovní terapie pracující v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jejichž klientelou jsou osoby s mentální retardací. Celkem bylo rozdáno 21 dotazníků, ze kterých se vrátilo 16 (76 %) dotazníků.

4. VÝSLEDKY

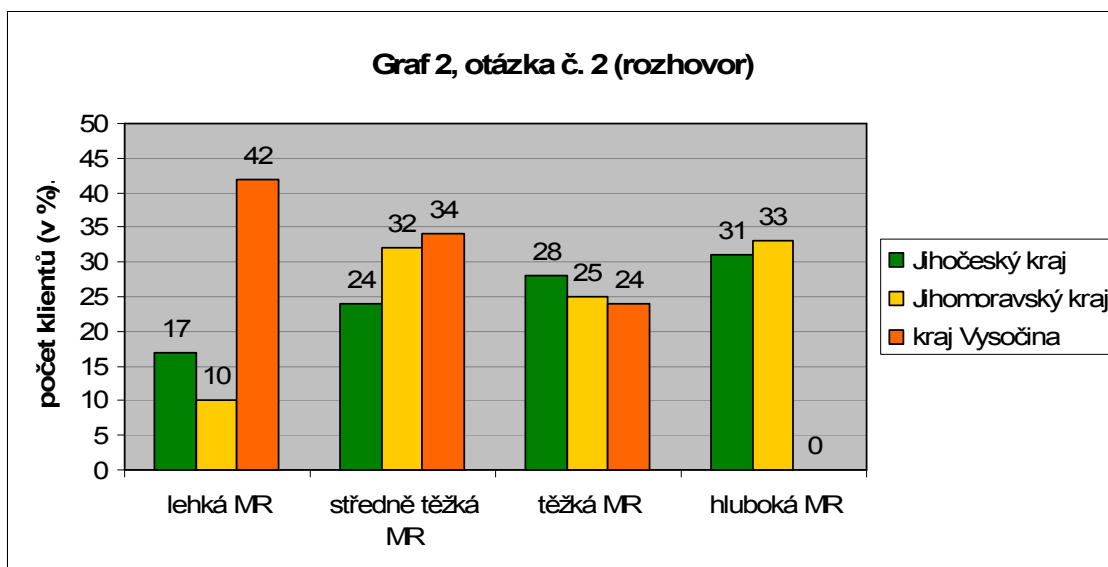
4.1 Vyhodnocení otázek z polostandardizovaného rozhovoru

Polostandardizovaný rozhovor obsahoval celkem 10 otázek, na které ve dvou případech odpovídaly ředitelky zařízení a v jednom případě vedoucí pracovnice. Tyto otázky byly koncipovány do několika oblastí. První část tvořily otázky týkající se základních údajů o zařízení, poté následovaly otázky zabývající se vzděláním a vzděláváním zaměstnanců a to vše uzavírala otázka týkající se relaxace zaměstnanců. Odpovědi jsou zpracovány do okomentovaných grafů.



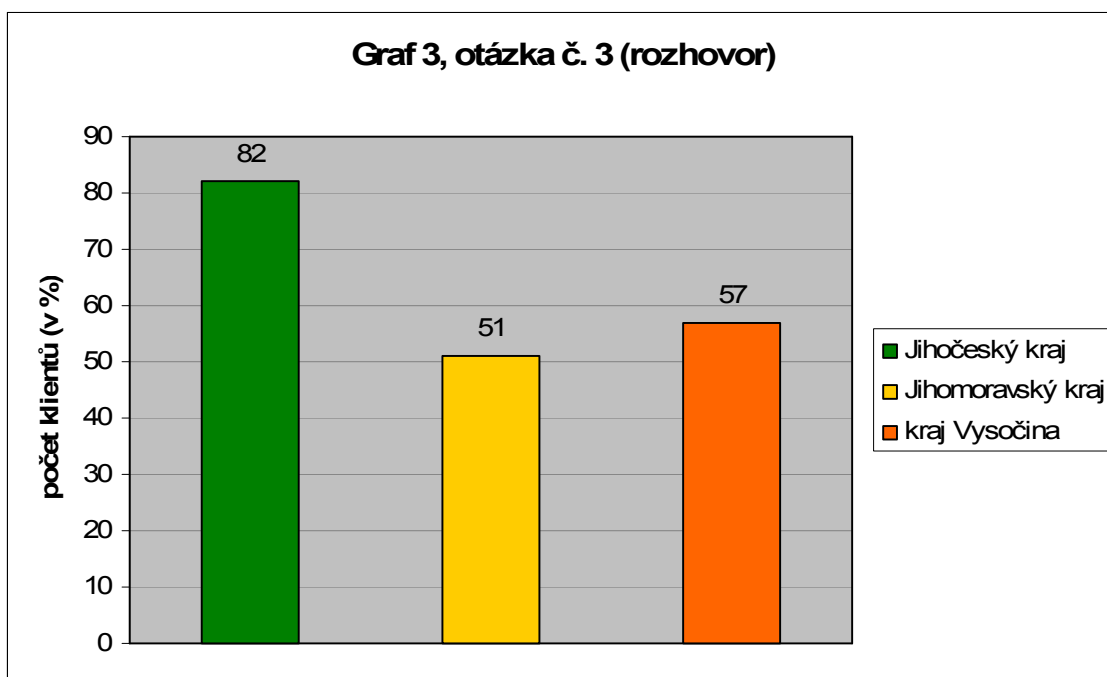
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 1: „Kolik má vaše zařízení klientů?“. Graf ukazuje, že počet klientů ve zvolených zařízeních je takřka podobný. Nejvíce klientů má zařízení z Jihočeského kraje s počtem 121, nejnižší počet 72 klientů je zaznamenán u zařízení z kraje Vysočina.



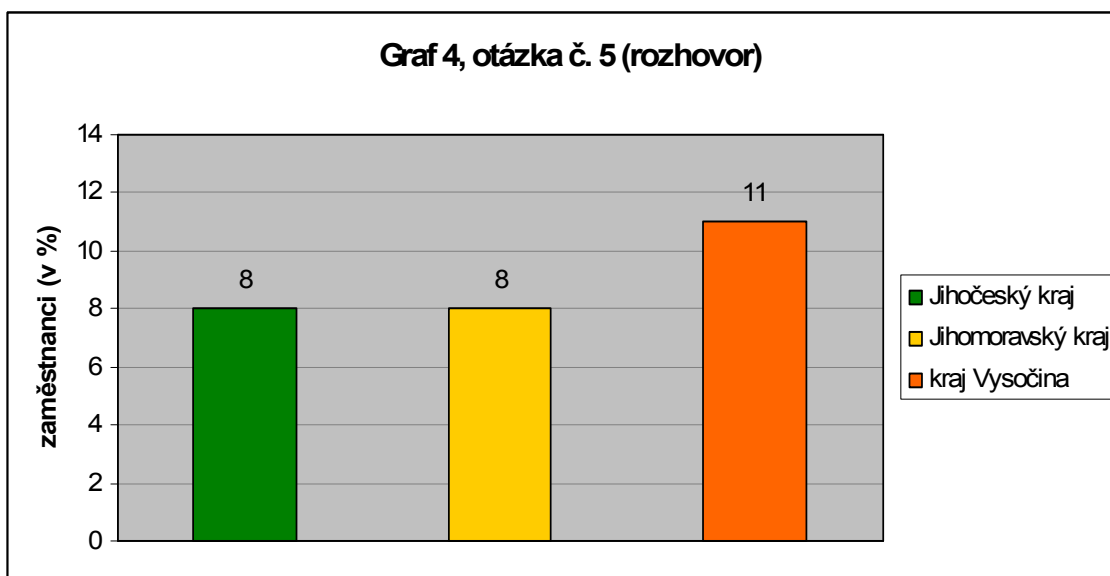
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 2: „Jakou hloubku postižení mají klienti vašeho zařízení a kolik je to procent?“. Graf ukazuje, že v zařízení Jihočeského kraje je zhruba 17 % klientů s lehkou MR, 24 % středně těžkou MR, 28 % klientů s těžkou MR a 31 % s hlubokou MR. Zařízení Jihomoravského kraje má 10 % klientů s lehkou MR, 32 % středně těžkou MR, 25 % klientů s těžkou MR a 33 % s hlubokou MR. Zařízení kraje Vysočina má 42 % klientů s lehkou MR, 34 % středně těžkou MR, 24 % klientů s těžkou MR a 0 % s hlubokou MR.



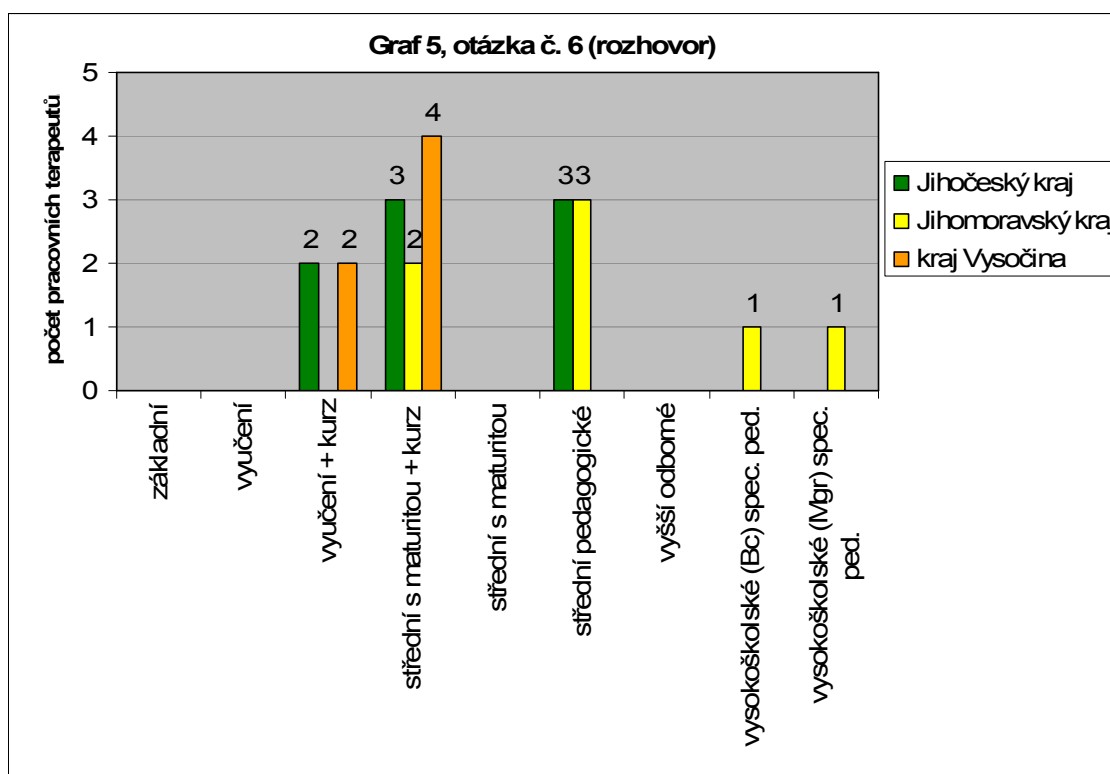
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 3: „Kolik klientů se zúčastňuje pracovní terapie?“. Graf ukazuje, že procentuální podíl z celkového počtu klientů je v zařízení Jihočeského kraje 82 %, jihomoravského zařízení 51 % a u zařízení z kraje Vysočina 57 %.



Zdroj: Vlastní výzkum

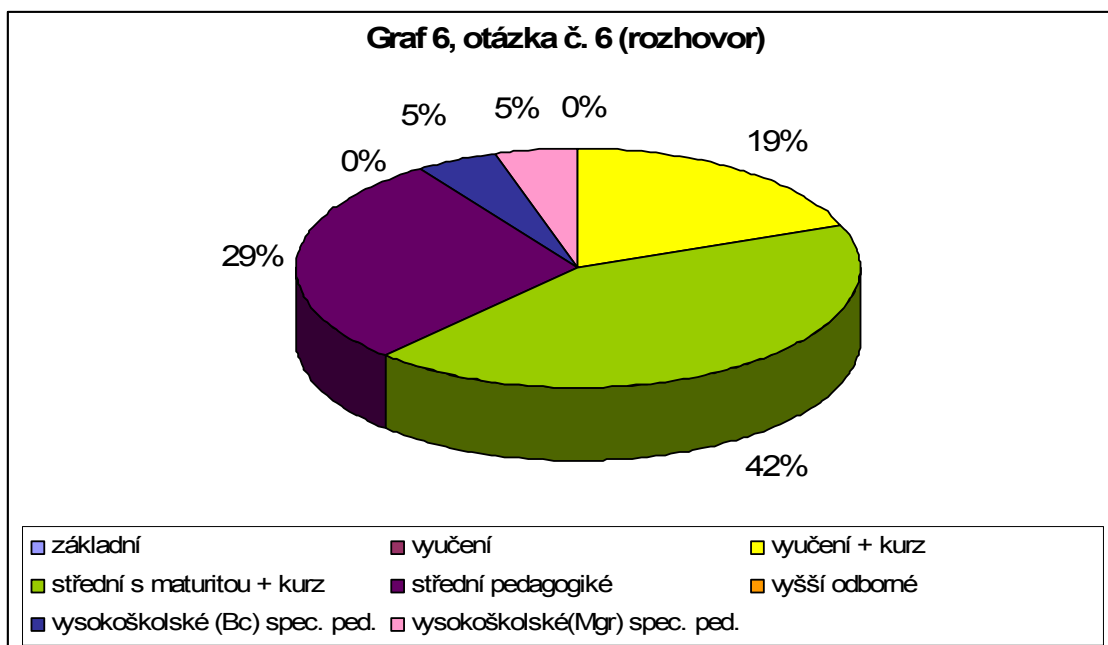
Graf 4 představuje odpovědi respondentů na otázku č.5: „Kolik máte zaměstnanců, jejichž náplní práce je pracovní terapie?“ V Jihočeském a Jihomoravském kraji je 8 % zaměstnanců zaměstnáno přímo v oblasti pracovní terapie a v zařízení kraje Vysočina 11 %.



Zdroj: Vlastní výzkum

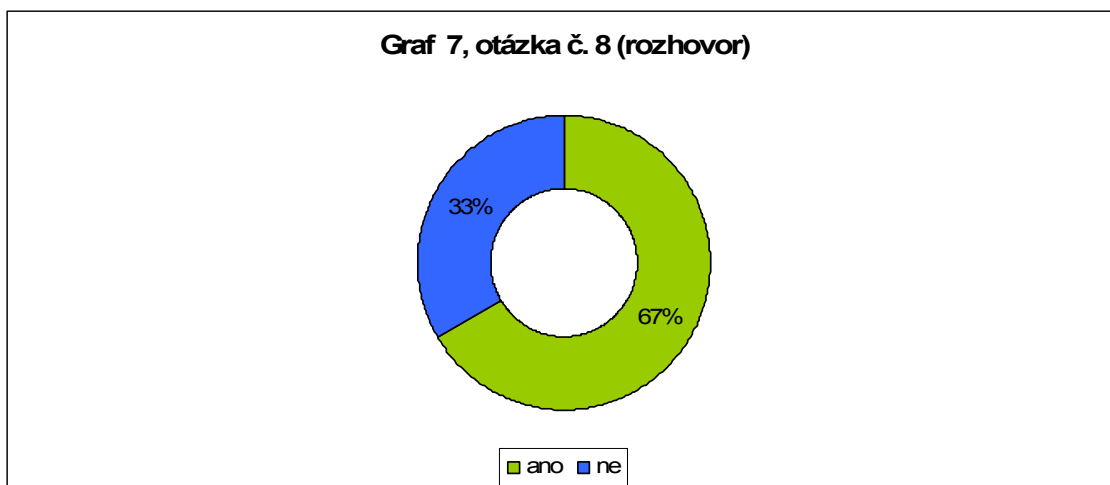
Graf 5 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 6: „Jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání pracovní terapeuti, kteří pracují ve vašem zařízení?“. Z grafu vyplývá, že 0 % zaměstnanců má základní vzdělání nebo je vyučeno. 4 pracovní terapeuti, tj. 19 % z celkového počtu zkoumaných zařízení, jsou vyučeni a vzdělání mají dále doplněné kurzem. 9 pracovních terapeutů, tj. 42 % z celkového počtu zkoumaných zařízení, má střední odborné vzdělání s maturitou doplněné kurzem. 0 % pracovních terapeutů má střední odborné vzdělání s maturitou bez patřičného kurzu. 6 pracovních terapeutů, tj. 25 %, má odborné středoškolské vzdělání (pedagogické). Vyšší odborné vzdělání má 0 %. Vysokoškolské vzdělání mají pouze 2 pracovníci a to 1 pracovní terapeut, tj. 5 %, vystudoval bakalářský obor speciální pedagogika a 1 pracovník, tj. 5 %, vystudoval magisterský obor speciální pedagogika.

Z grafu lze také vyčíst, že nejvyšší vzdělání mají pracovní terapeuti v zařízení v Jihomoravském kraji.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 znázorňuje celkové vzdělání pracovních terapeutů všech tří zařízení. Základní vzdělání má 0 % zaměstnanců, vyučení bez kurzu má 0 % zaměstnanců, vyučení + kurz má 19 % zaměstnanců, střední vzdělání s maturitou + kurz má 42 % zaměstnanců, střední pedagogické má 29 % zaměstnanců, vyšší odborné má 0 % zaměstnanců a vysokoškolské má celkem 10 %.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 8: „Jste spokojen(a) s kvalifikací svých zaměstnanců, nebo nejste a chtěl(a) byste, aby měli vzdělání vyšší?“ Z grafu vyplývá, že 67 % respondentů je spokojeno se vzděláním svých zaměstnanců a 33 % respondentů spokojeno není.

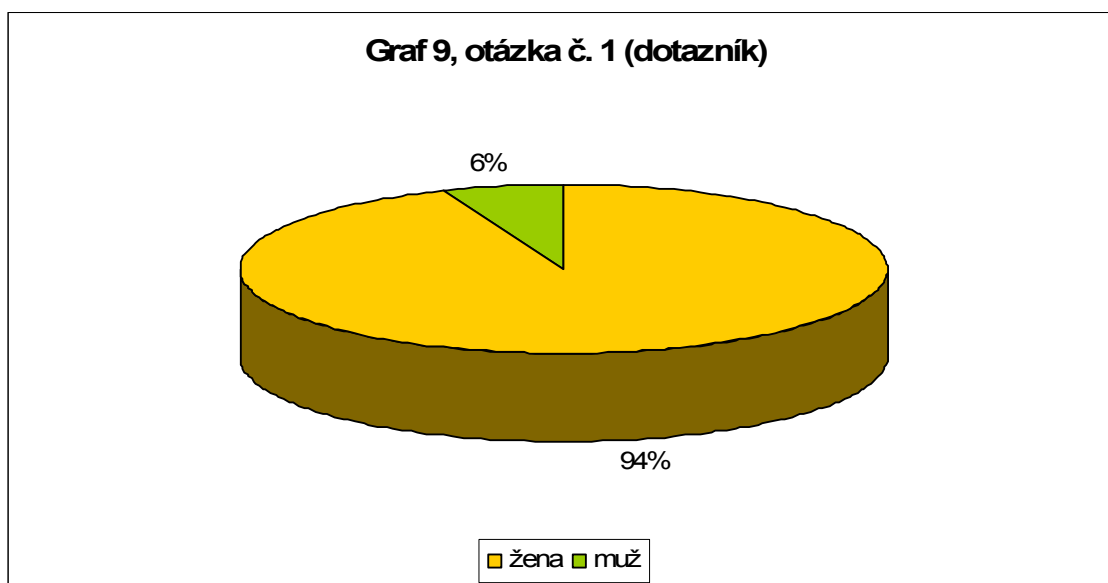


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 10: „Poskytujete svým zaměstnancům možnost relaxace, kterou využívají?“ Z grafu vyplývá, že 67 % respondentů uvedlo ano a 33 % respondentů ne.

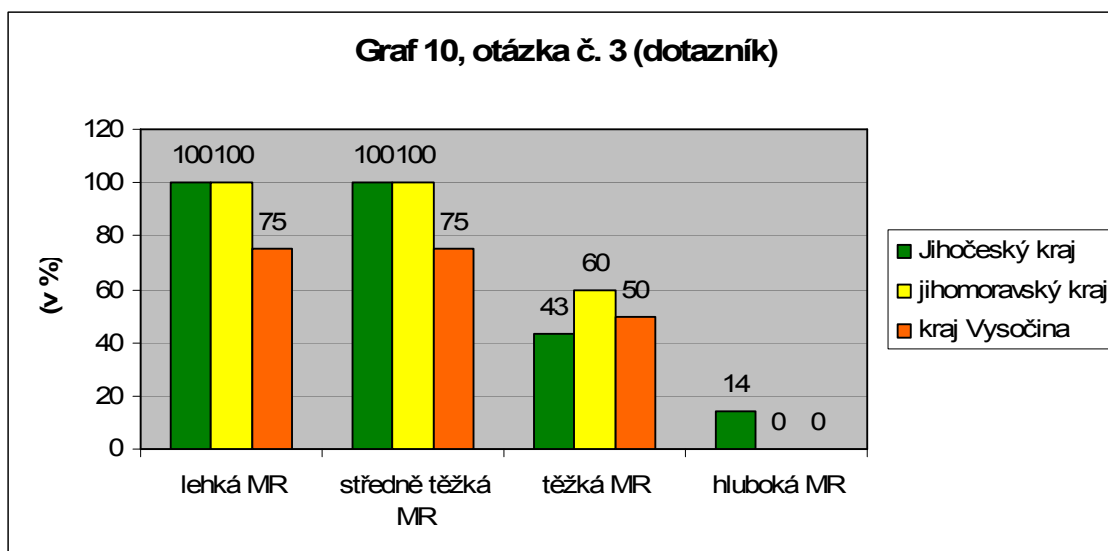
4.2 Vyhodnocení otázek z dotazníku

Dotazník obsahoval celkem 10 otázek, na které odpovídali pracovní terapeuti. Tyto otázky byly koncipovány do několika oblastí. První část tvořily identifikační otázky, další část byla zaměřena na strukturu klientů, nejširší část se věnuje otázkám zaměřeným na nabídku aktivit a poslední část se zaměřuje na způsob výběru aktivit. Odpovědi jsou zpracovány do okomentovaných grafů a tabulek.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 znázorňuje odpovědi na otázku č. 1 týkající se pohlaví respondentů odpovědělo 6% dotázaných variantou muž, 94% variantou žena.



Zdroj: Vlastní výzkum

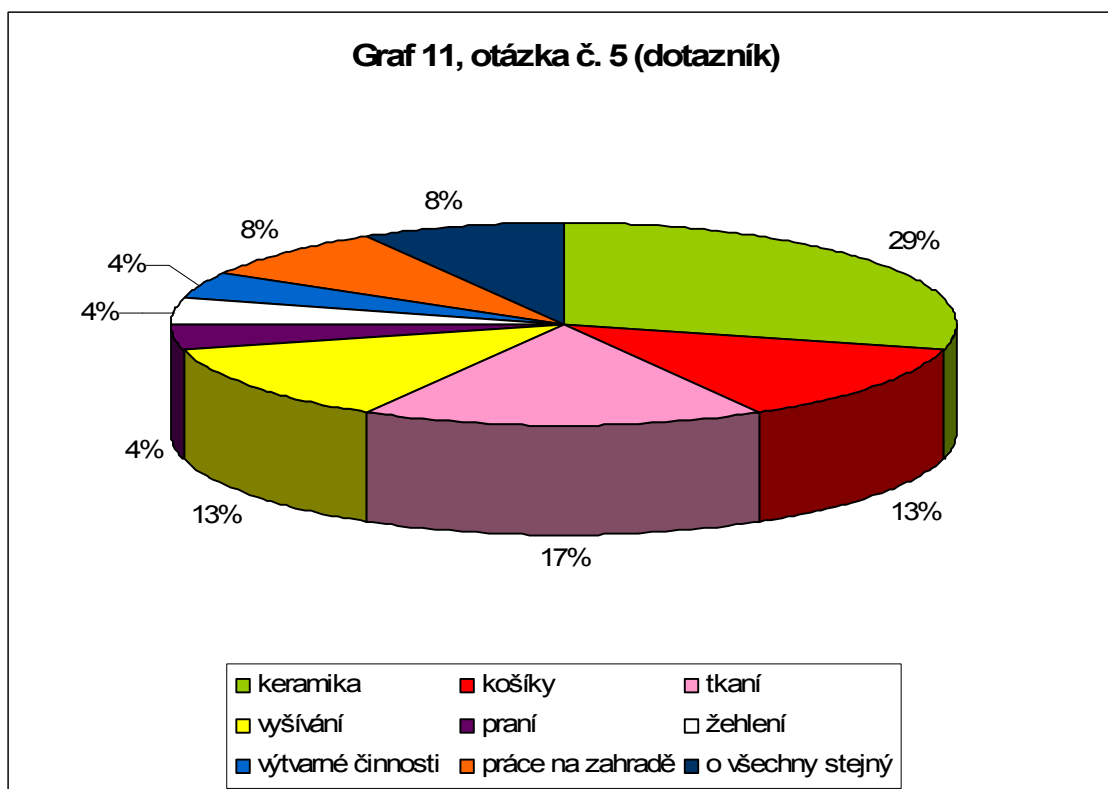
Graf č. 10 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku č. 3: „Jaké stupně mentální retardace mají klienti, se kterými pracujete v rámci pracovní terapie?“. V této otázce mohli respondenti označit více možností. První a druhou možnost, což byla lehká a středně těžká mentální retardace, zvolilo 14 respondentů. V zařízení Jihočeského a Jihomoravského kraje pracuje 100 % respondentů s klienty s lehkou a středně těžkou mentální retardací a v kraji Vysočina 75 % respondentů. Třetí možnost, a to že pracují s klienty s těžkou mentální retardací, zvolilo 8 respondentů. V jihočeském zařízení pracuje v rámci pracovní terapie s klienty s těžkou mentální retardací 43 % respondentů, v jihomoravském zařízení 60 % respondentů a v zařízení kraje Vysočina 50 % respondentů. Pouze 1 respondent uvedl, že pracuje s klienty s hlubokou mentální retardací, a to v zařízení Jihočeského kraje. V krajích Jihomoravském a Vysočina žádný respondent neoznačil tuto možnost.

Tabulka č. 1

Činnostní kategorie	Jednotlivé činnosti	Jihočeský kraj	Jihomoravský kraj	Kraj Vysočina
1. Práce s textilem	šití	nabízí	nabízí	nabízí
	vyšívání	nabízí	nabízí	nenabízí
	paličkování	nabízí	nenabízí	nenabízí
	tkaní	nabízí	nabízí	nenabízí
	háčkování, pletení	nabízí	nenabízí	nabízí
	počet činností	5	3	2
2. Dílenské práce	výroba košíků	nenabízí	nabízí	nabízí
	výroba svíček	nenabízí	nabízí	nabízí
	keramika	nabízí	nabízí	nabízí
	výroba loutek	nabízí	nenabízí	nenabízí
	Axmanova technika	nenabízí	nenabízí	nabízí
	výroba panenek	nenabízí	nabízí	nenabízí
	práce s kovem	nenabízí	nenabízí	nenabízí
	výtvarná dílna	nabízí	nenabízí	nenabízí
počet činností	3	4	4	
3. Pomocné práce	v kuchyni	nabízí	nabízí	nabízí
	na oddělení	nenabízí	nabízí	nenabízí
	úklidové	nabízí	nabízí	nabízí
	spojené s údržbou zařízení	nabízí	nabízí	nabízí
	praní, žehlení, mandlování	nabízí	nabízí	nabízí
	v obci	nenabízí	nenabízí	nabízí
	počet činností	4	5	5
4. Zemědělské práce	práce ve skleníku	nabízí	nabízí	nenabízí
	práce v zahradě	nabízí	nabízí	nabízí
	práce se zvířaty	nabízí	nabízí	nabízí
	práce se dřevem	nenabízí	nenabízí	nabízí
	počet činností	3	3	3
5. Speciální činnosti	nácvik sebeobslužných činností	nabízí	nabízí	nabízí
	hry (např. skládání)	nabízí	nabízí	nabízí
	počet činností	2	2	2

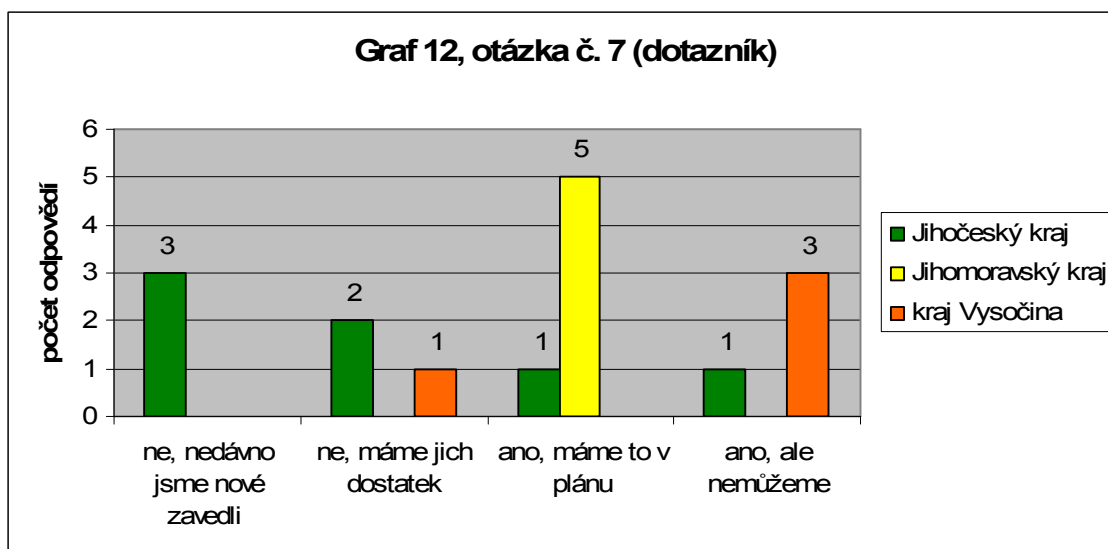
V tabulce č. 1 jsou zaznamenány odpovědi na otázku č. 4: „Jaké druhy aktivit nabízí vaše zařízení?“.

Činnosti, která zařízení svým klientům nabízí jsou zobrazeny červeně a zelené zobrazení je pro činnosti, která zařízení klientům nenabízí. Modrou barvou jsou v tabulce vyznačeny počty činností v jednotlivých kategoriích.



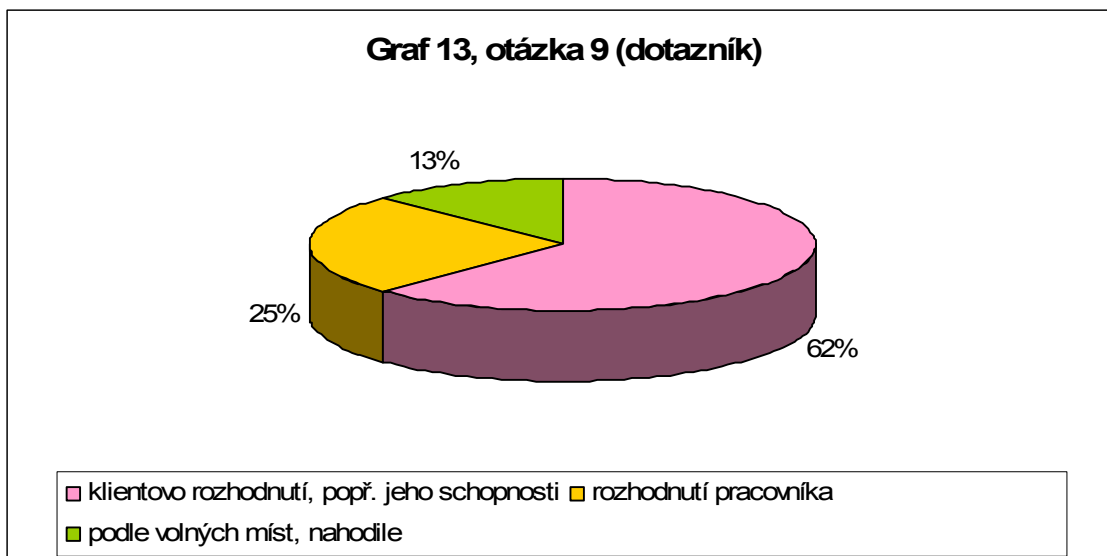
Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 11 jsou zaznamenány odpovědi respondentů na otázku č. 5: „O kterou aktivitu mají klienti Vašeho zařízení největší zájem?“. V této otázce mohli respondenti napsat více odpovědí. Nejčastější odpověď, kterou uvedlo 29% respondentů, byla keramika, 17% respondentů uvedlo tkaní, 13% respondentů zvolilo vyšívání a rovněž 13 % výrobu košíků. 8% respondentů uvedlo práci na zahradě. 8% respondentů se domnívá, že o všechny aktivity je stejný zájem. Shodně 4% respondentů uvedla výtvarné činnosti, žehlení a praní.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 7: „Máte v úmyslu zavést ještě další pracovně terapeutické aktivity?“ 3 respondenti uvedli, že ne, neboť u nich v zařízení byly nedávno nové aktivity zavedeny. Stejný počet, 3 respondenti, uvedli možnost ne, máme jich dostatek. Možnost ano, máme to v plánu, uvedlo 6 respondentů a 4 respondenti uvedli možnost ano, ale nemůžeme.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 představuje odpovědi respondentů na otázku č. 9: „Co nejvíce ovlivňuje výběr, jaké aktivity se bude klient účastnit?“ 62 % respondentů uvedlo klientovo rozhodnutí, popř. jeho schopnosti. 25 % respondentů uvádí rozhodnutí pracovníka a 13 % respondentů uvedlo podle volných míst, nahodile.

5. DISKUZE

Cílem této diplomové práce je porovnat nové trendy ve vzdělávání v oblasti pracovní terapie v zařízeních pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením ve třech krajích ČR (Vysočina, Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj). Z tohoto důvodu je tedy dobré si nejprve tyto nové trendy na začátku diskuze k diplomové práci trochu připomenout.

V současné době je v souvislosti s humanizací a transformací sociálních služeb několik nových trendů ve vzdělávání lidí s mentální retardací. Můžeme hovořit o individuálním přístupu ke klientům, přechodu od péče o klienty k pomoci, a tak můžeme pokračovat až ke vzdělávání zaměstnanců, které má vést ke změně přístupu ke klientům.

V souvislosti s transformací sociálních služeb je důležité zmínit závažné zjištění této diplomové práce, že v zařízení kraje Vysočina je 42 % klientů s lehkou mentální retardací. Tito klienti nevyžadují přímou péči, ale spíše pomoc, a z tohoto důvodu by měli mít možnost žít životem majoritní společnosti, který by mohl být realizován právě chráněným bydlením a dále adekvátním pracovním zařazením.

Autorka se ve svém výzkumu zaměřila na to, jestli zařízení poskytuje klientům s mentální retardací dostatečné možnosti ve výběru aktivit. S tím souvisí, zdali mají klienti těchto zařízení možnost si sami zvolit, jakou činnost budou vykonávat. Práce je také zaměřena na zjištění vzdělání zaměstnanců, kteří klientům možnost pracovní terapie poskytují.

5.1 Diskuze k polostandardizovanému rozhovoru

Jak již bylo uvedeno v kapitole Metodika, otázky v rozhovoru byly rozčleněny do menších přirozených seskupení. První oblast rozhovoru tvořily otázky týkající se obecných informací o zařízení. Otázka č. 1 nám přináší přehled o celkovém počtu klientů v zařízení. Této otázce odpovídá graf č. 1. Domov pro osoby se zdravotním postižením v Jihočeském kraji má největší počet klientů, a to 121, podobný počet

klientů má zařízení v Jihomoravském kraji, 112 klientů, zařízení kraje Vysočina disponuje s nejmenším počtem 72 klientů v tomto výzkumu. Velmi často se v současné době objevuje kritika velkých zařízení tohoto typu. Pipeková ve své literatuře upřednostňuje menší zařízení a transformaci větších. Švarcová nemá na tuto otázku tak skeptický pohled, hovoří o humanizaci velkých zařízení a jejich pozitivěch pro osoby s těžším stupněm postižení, jenž tvoří svojí komplexností velký přínos v oblasti vybavení i velké kumulace odborníků (45, 58).

Při vyhodnocení otázky č. 2, která zjišťovala hloubku postižení klientů, jak zobrazuje graf č. 2, autorka objevila velmi závažné až překvapivé zjištění. Zařízení Jihočeského a Jihomoravského kraje mělo největší počet klientů s hlubokou mentální retardací (kolem 33 %), zatím co zařízení kraje Vysočina mělo překvapivě největší počet klientů s lehkou mentální retardací (až 42 %). I když v ohodnocení hloubky postižení mohou být menší nepřesnosti, které jsou způsobeny věkem klientů, u nichž se tato diagnostika časem mění, přesto tak extrémní různost v počtu klientů jednotlivých skupin je velmi alarmující. (Pipeková ed.trend) Zjištění, že v zařízení kraje Vysočina je 42 % klientů s lehkou mentální retardací, vede autorku k zamyšlení nad důvody, které směřují k tomuto výsledku. Je to snad tím, že zařízení bylo převedeno pod správu kraje Vysočina, který vznikl až v roce 2002? Liší se koncepce nového kraje od ostatních krajů, které mají velkou tradici ve spolupráci s těmito typy zařízení? Nebo to souvisí s jinými příčinami? Nabízí se zde myšlenka, zdali tuto skutečnost může ovlivnit vysoký věk klientů a jejich nízká schopnost přizpůsobit se jinému způsobu života, než na který byli celý život zvyklí? Problematika tohoto zjištění by mohla být vhodným námětem další diplomové práce, která by se zabývala jakými aspekty je tato skutečnost způsobena. Vždyť tito klienti nevyžadují přímou péči, ale spíše pomoc. Osoby s lehkou mentální retardací by mohly mít možnost žít životem majoritní společnosti, který by mohl být realizován právě chráněným bydlením, denními stacionáři a dále adekvátním pracovním zařazením.

Otázky č. 3 a 4 se týkají počtu klientů, kteří se účastní pracovní terapie. V některých zařízeních se problematikou pracovní terapie příliš nezabývají. Tato praxe se bohužel týká zvláště některých velkých ústavů se zdravotním režimem, takže

postihuje poměrně velký počet osob s mentálním postižením (58). V případě zařízení zapojených do výzkumu je situace jiná, tato zařízení jsou opakem předchozího tvrzení. Potvrzují to také poměrně vysoká procenta v grafu (graf 3), která vyjadřují, kolik klientů se ve zkoumaných zařízení účastní pracovní terapie. Samozřejmě je důležité podotknout, že každý klient se neúčastní stejné formy terapie a samotná činnost se odvíjí od hloubky jeho postižení. Proto například klient s těžším stupněm postižení vykonává dílčí části zadané práce. Cílem je, aby se mohl také zapojit. Autorka očekávala, že zařízení orientovaná spíše na klienty s lehčím stupněm postižení, jako je zařízení kraje Vysočina, budou mít vyšší procento pracovní zapojených klientů než tam, kde jsou zaměřena na klienty s těžším stupněm. Ukázalo se však, že se zařízení liší v zapojitelnosti klientů pouze nepatrnými procenty. To vše je závislé také na počtu personálního obsazení (graf 4).

Druhá otázka, tedy otázka č. 4, zjišťovala, zdali se zvyšuje počet klientů, kteří se účastní pracovní terapie. K této otázce není uveden žádný graf. Vedoucí pracovnice v zařízení kraje Vysočina uvedla, že se jim počet klientů, kteří se aktivně zapojují snižuje. Důvodem je převážně stárnutí klientů, příprava na transformaci zařízení a případné podporované zaměstnávání klientů. Připravovaná transformace služby by měla vést ke snížení počtu klientů. Oproti tomu ředitelka zařízení Jihočeského kraje uvedla, že se do pracovní terapie snaží postupně zapojit všechny klienty. Ředitelka zařízení Jihomoravského kraje nepočítá s rozšířením počtu klientů zařazených do pracovní terapie, neboť ten se za poslední roky stabilizoval, příjem nových klientů je minimální a současným klientům se stále zvyšuje jejich věk, tudíž potřebují klidnější režim.

Otázka č. 5 zjišťovala počet zaměstnanců, jejichž pracovní náplní je pracovní terapie s klienty. Výsledky grafu (graf 4) ukazují, kolik procent z celkového počtu personálu v zařízení je zaměstnáno v oblasti pracovní terapie. Jihočeské a jihomoravské zařízení má stejný procentuelní podíl zaměstnanců v oblasti pracovní terapie. V organizaci kraje Vysočina je tento podíl vyšší. Celkově je také tento podíl ovlivněn tím, že zařízení Jihočeského kraje a kraje Vysočina započítávají do činnosti zaměstnanců v oblasti pracovní terapie i činnosti spojené s nácvikem sebeobsluhy klientů, oproti tomu zařízení Jihomoravského kraje počítá jako zaměstnance v oblasti

pracovní terapie pouze ty, kteří přímo vykonávají pracovní činnost s klienty. Na nácvik sebeobsluhy mají většinou jiné odborníky nebo tento nácvik probíhá v rámci činnosti vychovatele na oddělení. Nižší procentuální počet pracovníků v oblasti pracovní terapie v Jihočeském zařízení ovlivňuje velká nabídka jiných různorodých terapií, které klientům nabízejí.

Diskuze k otázce č. 6

Otázka č. 6 se zabývala nejvyšším dosaženým vzděláním zaměstnance v oblasti pracovní terapie. Tato otázka byla do rozhovoru s vedoucími pracovníky vybraná záměrně, neboť kdyby ji autorka nechala zjišťovat přímo od zaměstnanců prostřednictvím dotazníků, nebyl by vzhledem k 76% účasti respondentů poskytnut celkový obraz této problematiky. K této otázce byly zpracovány grafy dva. První graf (graf 5) znázorňuje přehled dosaženého vzdělání pracovníků v jednotlivých zařízeních zapojených do tohoto výzkumu. Přehled, který je doplněn o absolvované kurzy jednotlivých pracovníků, jejichž dosažené vzdělání neodpovídalo po zavedení nového Zákona o sociálních službách vzdělání požadovanému. Druhý graf (graf 6) představuje celkový pohled na vzdělání všech zaměstnanců zkoumaných zařízení, kteří vykonávají své zaměstnání v oblasti pracovní terapie.

Pokud se nejprve zaměříme na první graf, neunikne naší pozornosti značná prázdnota hodnot na počátku osy X. Když budeme postupovat od prvních kategorií, můžeme u nich pouze zmínit, že první a druhá kategorie, tedy vzdělání základní a střední vzdělání s výučním listem bez patřičného kurzu je ve zkoumaných zařízeních 0%. Jako jeden z hlavních důvodů, proč v oblasti pracovní terapie nepracují zaměstnanci pouze se základním vzděláním nebo s výučním listem se ukazuje to, že zaměstnanci a celá zařízení jsou v tomto případě nuceni postupovat v souladu se Zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb., a svoje vzdělání si zvyšovat. Tento zákon v § 116 odstavci b) jasně definuje nejnižší vzdělání pracovníka v sociálních službách, tedy i zaměstnance, který pracuje s klienty v oblasti pracovní terapie. V případě, že má pracovník v sociálních službách pouze střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou v jiném oboru, je pro něj podmínkou

si své vzdělání doplnit a to patřičným akreditovaným kvalifikačním kurzem **(60)**. Tato skutečnost se projevuje i v odpovědích dotazníku. V následných kategoriích mají střední vzdělání s výučním listem a kurz pro pracovníky v sociálních službách mají 4 zaměstnanci, což je 19 % z celkového počtu. S tímto typem vzdělání jsou zaměstnanci pouze v zařízení Jihočeského kraje a kraje Vysočina. Jihomoravský kraj má v této kategorii 0 %. Z rozhovoru s vedoucími pracovníky dále vyplývá, že pouze jeden pracovník z těchto zaměstnanců je vyučen v oboru, který v zařízení dále uplatňuje. Tímto oborem je dámská krejčová, která ve spojitosti s kurzem pracovníka v sociálních službách může velmi prospěšně uplatit své vzdělání a obohatit klienty v této oblasti. Nejčastější vystudovaný obor je prodavačka. Dalších 9 zaměstnanců, což je 42 %, má jako nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné s maturitou, které je dále doplněné kurzem pro pracovníky v sociálních službách. V každém zařízení je z této skupiny vždy alespoň jeden pracovník, který vykonává pracovní terapii, která souvisí s jeho vystudovaným oborem. Pozoruhodná je odlišnost absolvovaných doplňkových vzdělání. V Jihomoravském kraji absolvovali zaměstnanci kurz pro pracovníka v sociální péči s pedagogickým zařazením a počtu 600 hodin. Oproti tomu zaměstnanci Jihočeského kraje a kraje Vysočina mají jednorocní doplňkové pedagogické studium na VŠ, v oboru vychovatelství. V žádném zařízení nejsou pracovníci, kteří by měli střední vzdělání s maturitou bez žádného kurzu v oblasti povinného vzdělávání. Střední pedagogické vzdělání má 6 zaměstnanců, což je 29 % z celkového počtu. Takto vzdělaní zaměstnanci jsou v zařízení Jihočeského a Jihomoravského kraje. Kraj Vysočina nedisponuje žádným pracovníkem se středním pedagogickým vzděláním. Podle zákona 108/2006 takto a výše vzdělaní zaměstnanci v oboru nemusí absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz **(60)**. Do kategorie vyšší odborné vzdělání nenáleží ani jeden zaměstnanec. Vysokoškolsky vzdělaní zaměstnanci, v oboru speciální pedagogika, jsou pouze v zařízení z Jihomoravského kraje. Jeden zaměstnanec, což je 5 %, má bakalářské vzdělání a druhý, což je také 5 %, má vzdělání magisterské. V Jihočeském kraji a kraji Vysočina je v této kategorii počet zaměstnanců nulový.

Druhý graf slouží pro porovnání s výzkumem Hrotekové, který je uveden v knize Osoby s mentálním postižením ve světle edukačních trendů. Tento výzkum byl proveden v roce 2004 (45).

Ve výzkumu Hrotekové největší skupinu vzhledem k dosaženému vzdělání tvoří zaměstnanci se středoškolským vzděláním ukončeným maturitou, jehož procentuelní počet je 45 %. Podle výzkumu této diplomové práce je skupina středoškolsky vzdělaných pracovníků s maturitou také nejpočetnější a tvoří 66 %. Další početnou skupinou totožnou u obou výzkumů, jsou zaměstnanci s učebním oborem bez maturity. U Hrotekové tato skupina zaujímá 35 % a ve výzkumu, který je součástí této práce, tvoří 24 %. Vzdělání na vyšší odborné škole má u Hrotekové 7 % zaměstnanců, oproti tomu v druhém výzkumu ji má 0 % zaměstnanců. U Hrotekové je vysokoškolsky vzdělaných zaměstnanců 7 % a v tomto výzkumu 10 %. Zaměstnanců se základním vzděláním Hroteková uvádí 7 % a ve výzkumu této práce je jich 0 %. Celkově lze tedy konstatovat, že kvalifikační struktura v průběhu čtyř let se příliš nezměnila a je stále záležitostí samotného jedince. Otázku vzdělávání v odbornosti zaměstnanců řeší až Zákon o sociálních službách 108 / 2006 Sb., který alespoň svým nařízením o povinnosti absolvování akreditovaných kvalifikačních kurzů napomáhá rozšiřování odborného vzdělávání personálu v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením. Trvalý profesní vývoj má zajistit, že se dovednosti a kvalifikace pracovníků budou zvyšovat v souvislosti s novými poznatky v sociálních službách (4).

Na základě srovnání skutečnosti vzdělání zaměstnanců výběrového souboru a Zákona o sociálních službách se domnívám, že hypotéza H2: Kvalifikační struktura pracovníků v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v oblasti ergoterapie není dostatečná, se NEPOTVRDILA. Všichni zaměstnanci, kteří pracují v oblasti pracovní terapie již dosáhli vzdělání požadované zákonem, ačkoliv je nutné podotknout, že je to vzdělání nejnižší nutné.

Na otázku č. 7, která se dotazovala vedoucího pracovníka, zda jako zařízení poskytují svým zaměstnancům nějaké možnosti dalšího rozvoje vědomostí, byly odpovědi prakticky totožné. Z tohoto důvodu nebylo třeba pro tuto otázku zhotovovat graf. Žádné zařízení přímo neposkytuje svým zaměstnancům možnosti dalšího vzdělání,

pokud se zaměstnanec chce sám vzdělávat, je na jeho uvážení, jaký způsob zvolí. Zařízení Jihočeského a Jihomoravského kraje se snaží v rámci finančních možností spolupodílet na hrazení kurzů a seminářů, které jsou zaměstnanci v jeho činnosti prospěšné. Pokud přímo vyžaduje nějaké vzdělání od zaměstnance, většinou mu je uhradí v plné výši. Oproti tomu zařízení v kraji Vysočina navrhnou možné varianty dalšího vzdělávání, ale finančně se na jeho realizaci nepodílí.

Otázky č. 8 a 9 byly přímo směřovány na vedoucího pracovníka a jejich obsah se věnoval tomu, zda je vedoucí organizace spokojený s kvalifikací svých zaměstnanců v oblasti pracovní terapie a jestli se zvyšuje se vzděláním pracovní úroveň poskytované služby. Na otázku č. 8 byl zhotoven ilustrační graf č. 7. Ředitelka jihočeského zařízení je spokojena s kvalifikací svých pracovníků, i když ani jeden zaměstnanec nemá studium speciální pedagogiky. Podle ní u terapeuta nezáleží na vzdělání, ale v první řadě na osobnosti a přístupu k práci. Pokud pohlédneme do grafu vzdělání zaměstnanců, zjistíme, že když sám ředitel nepřikládá vzdělání nejdůležitější roli, odráží se jeho postoj ve sledovaném zjištění. Co se týká souvislosti vzdělání a zvyšování kvality, není podle paní ředitelky vzdělání zárukou zvyšování kvality poskytovaných služeb. Jihomoravské zařízení podle grafu o vzdělání disponuje nejvýše vzdělanými pracovníky, a to dvěma zaměstnanci, kteří absolvovali studium speciální pedagogiky. Odpověď na tuto otázku hluboce korespondovala s dosaženým vzděláním těchto zaměstnanců, neboť paní ředitelka je spokojená s dosaženým vzděláním většiny svých zaměstnanců a ostatní chce podporovat a motivovat k dalšímu vzdělávání. Podle ní se zvýšenou kvalifikací zlepšuje kvalita poskytované služby klientům. Na tuto otázku v zařízení kraje Vysočina odpovídala vedoucí vychovatelka. V odpovědi vyjádřila spokojenost se vzděláním asi 50 % svých pracovníků, u druhé poloviny zaměstnanců spokojená není. Podle ní je důležité jak vzdělávání, tak i osobnost terapeuta. Do budoucna je záměrem, aby terapii vykonávali pracovníci, kteří mají zájem se průběžně vzdělávat. V pracovním kontaktu s klienty potom mají více motivace, kreativity a flexibility v zavádění nových poznatků. Také vidí přínos v tom, že pokud se nějakého dalšího vzdělávání účastní alespoň část pracovníků, mohou nové zkušenosti přinášet i ostatním zaměstnancům zprostředkovanou formou.

Při porovnávání názoru jednotlivých vedoucích pracovníků na úroveň kvalifikace však není zřejmé, jestli tuto problematiku neovlivňují ještě jiné faktory. Jedním z nich je skutečnost, zda by podpora studia a následné vyšší finanční ohodnocení zaměstnanců nezpůsobilo velkou zátěž finančních nákladů na zařízení. Dle autorčina uvážení však bude vzdělání personálu, sledování a zavádění nových trendů v sociálních službách, individuální přístup ke klientům nejenže nezbytné, ale v nedaleké budoucnosti nutné.

Poslední otázka v polostandardizovaném rozhovoru byla zaměřena na péči o zaměstnance. Odpovědi na ni byly opět značně protikladné. Zařízení jihočeského kraje nabízí svým zaměstnancům rozsáhlou možnost relaxace. Zaměstnanci mají tedy možnost využívat relaxační bazén a speciální masážní lůžko. V průběhu pracovní doby, v obědové přestávce, mají možnost posedět v relaxačním koutku a načerpat další energii do práce. Jihomoravské zařízení nabízí svým zaměstnancům možnost relaxace v rámci fondu kulturně sociálních potřeb. Z něho má zaměstnanec možnost si odčerpat ročně 2000 Kč a použít je na sportovní, kulturní či rekreační aktivity spojené s relaxací. Všechny nabízené typy relaxace jsou hojně využívány zaměstnanci těchto dvou zařízení. Oproti tomu zařízení kraje Vysočina zaměstnancům nenabízí žádnou z těchto forem nenabízí.

5.2 Diskuze k dotazníku

První otázka je spíše identifikační a zjišťuje pohlaví respondentů. Výsledky grafu (graf 9) ukázaly, že jak již bývá časté v těchto typech zařízení, 94 % respondentů je žen a 6 % mužů. Další identifikační otázka byla zaměřena opět na vzdělání respondentů a měla sloužit pro představu, kdo s jakým vzděláním vede aktivity. Tato skutečnost se následně ukázala za nedůležitou, a tudíž nebude zařazena ani do výsledků, ani do diskuze.

Otázka č. 3 byla zaměřena na charakteristiku klientů, se kterými respondent pracuje. Tento graf (graf 10) lze porovnat s grafem č. 2. Pozoruhodné na něm je, že zařízení v Jihočeském a Jihomoravském kraji měla v grafu č. 2 o značně méně

procent klientů s lehkou MR a přesto mají v grafu č. 10 zastoupení 100 %. Oproti tomu zařízení kraje Vysočina má v grafu č. 2 vysoké procento klientů s lehkou mentální retardací, ale pracovní terapie se provádí pouze se 75 % z nich. Podobně je na tom i kategorie středně těžké MR, ale u ní již v grafu č. 2 nejsou mezi zařízeními tak markantní rozdíly. Z výzkumu vyplývá, že se někteří pracovní terapeuti neseťkávají při svých aktivitách s klienty s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací. Důvodem může být to, že se klienti v rámci pracovní terapie nestřídají v nabízených činnostech, a tudíž terapeut pracuje převážně se stále stejnou klientelou. Popřípadě je terapeutova práce s klienty pro lehčí typ postižení příliš triviální, tudíž by samo o sobě nemělo význam, aby se této aktivity tito klienti účastnili. Domnívám se, že důvodem, proč pouze jeden respondent, a to zaměstnanec jihočeského zařízení, zaškrtnl možnost, že pracuje v rámci pracovní terapie s klientem, který má hlubokou mentální retardaci, je ten, že tohle zařízení se snaží zapojovat klienty s hlubokým postižením jak do ostatních typů terapií, tak i do pracovní terapie. Oproti tomu zařízení v Jihomoravském kraji nabízí klientům s hlubokou mentální retardací spíše možnosti jiných terapií či jiným způsobem než aktivitou s pracovním terapeutem. V zařízení kraje Vysočina se nepracuje s klienty s hlubokou mentální retardací, neboť v tomto zařízení nejsou.

Diskuze k otázce č. 4

Otázka č. 4 zjišťovala, jaké druhy aktivit v oblasti pracovní terapie nabízí jednotlivá zařízení. Respondentům byl poskytnut výčet nejružnějších druhů aktivit řadících se do pracovní terapie, ze kterých měli vybrat ty, které jejich zařízení klientům nabízí. Výčet aktivit byl respondentům poskytnut bez kategorií, které jsou uvedeny v tabulce (tabulka 1) v prvním sloupci. V kategoriích jsou rozděleny činnosti podle podobnosti materiálů, se kterými se v rámci aktivity tvoří (práce s textilem, zemědělské práce, speciální činnosti), nebo podle formy, jakou činnosti probíhají (díleňské práce, pomocné práce). První kategorie, zaměřená na práci s textilem, obsahuje tyto činnosti: šití, vyšívání, paličkování, tkaní, háčkování a pletení. Největší zastoupení mají činnosti z této kategorie v zařízení Jihočeského kraje, nižší zastoupení je v jihomoravském zařízení. V zařízení kraje Vysočina slouží aktivity této kategorie převážně jako

doplňková činnost k ostatním dílenským aktivitám nebo činnostem na oddělení. Kategorie zaměřená na dílenské práce je zastoupena činnostmi spojenými s výrobou košíků, svíček, keramiky, loutek, panenek. Dále sem patří práce s kovem, modelování a výtvarné činnosti. Nejširší nabídku v této kategorii poskytuje zařízení kraje Vysočina a jihomoravské zařízení. V obou se realizují celkem 4 aktivity. Tato kategorie obsahuje velmi rozmanité možnosti. Jako pozoruhodné lze označit, že každé uvedené zařízení nabízí ve svém spektru činností alespoň jednu originální aktivitu. Pokud budeme postupovat podle toho, jak jdou zařízení popořadě, zaměříme se nejprve na zařízení Jihočeského kraje. To jako jediné nabízí svým klientům práci v dílně na výrobu loutek tvořených kombinací nejrůznějších technik. Mírně podobnou činnost nabízí klientům zařízení Jihomoravského kraje, a to formou výroby panenek, které se tvoří pomocí keramiky a textilií. Zařízení kraje Vysočina má své prvenství v Axmanově technice modelování, která umožňuje klientům absolvovat řemeslné i výtvarné vzdělání v oboru modelování šamotovou hlinou. Kategorie obsahující pomocné práce je zastoupena činnostmi v kuchyni, na oddělení (např. pomoc při jídle), při úklidu, spojené s údržbou zařízení, praní, žehlení, mandlování a pomocné práce v obci. Činnosti této kategorie byly téměř rovnoměrně a plně využity ve všech zařízeních. Pouze pomocné práce na oddělení vykonávají klienti jen v zařízení Jihomoravského kraje a do pomocných prací v obci se zapojují klienti jen v zařízení kraje Vysočina. V Jihočeském kraji a kraji Vysočina začínají tyto aktivity přecházet z terapeutických činností na zaměstnání, za které dostávají klienti patřičný plat. V Jihomoravském kraji zatím takovou alternativu nemají. Kraj Vysočina je jediné zařízení z výběrového souboru, které poskytuje klientům pracovní terapii i mimo zařízení, a to formou pomocných prací v obci. Dílenské práce spojené s prací s kovem není v žádné nabídce. Zemědělské práce jsou čtvrtou kategorií ve zvoleném souboru. Její obsah tvoří práce ve skleníku, na zahradě, se zvířaty a se dřevem. V této kategorii je počet činností, které zařízení nabízejí svým klientům, vyrovnán. Klienti zařízení kraje Vysočina mají možnost se jako jediní účastnit pracovní terapie práce se dřevem, ale oproti ostatním zařízením nenabízí klientům práci ve skleníku. Kategorii zahrnující speciální činnosti, která spočívá

převážně v nácviku sebeobslužných činností a her (např. konstruktivních), poskytují všechna zařízení.

Před rozdělením dotazníků respondentům si autorka připravila tabulku, určila si 5 kategorií, do kterých všechny činnosti rozdělila. Činnosti vybírala na základě sekundární analýzy dat, kterou provedla prostudováním internetových stránek domovů pro osoby se zdravotním postižením v zařízeních Jihočeského a Jihomoravského kraje a kraje Vysočina, kde se zaměřila na nabízené varianty pracovní terapie. Následná podmínka, kterou si autorka předem stanovila, měla určit, zda mají klienti dostatečné možnosti výběru v oblasti pracovní terapie ve zmíněných zařízeních. Při ověřování hypotézy bylo vycházeno z předem připravené kategorizace činností. Podmínkou pro tuto práci tedy je, aby zařízení splňovala nejméně 2 činnosti z každé kategorie a u více jak 50 % odpovědí na otázku č. 9: „Co nejvíce ovlivňuje výběr, které aktivity se bude klient účastnit?“ byla zvolena varianta „klientovo rozhodnutí popř. jeho schopnosti“.

Jelikož tato podmínka byla splněna, domnívám se, že hypotéza H1: Lidé s mentální retardací, kteří navštěvují domov pro osoby se zdravotním postižením nebo v něm žijí, nemají dostatečné možnosti výběru v oblasti ergoterapie, se NEPOTVRDILA.

Otázka č. 5 zjišťovala, o kterou aktivitu mají klienti největší zájem. Na tuto otázku mohli respondenti napsat více odpovědí. Výsledky odpovědí ilustruje graf 11. Nejčastěji se v odpovědích vyskytovala keramika. Výsledek tohoto zjištění potvrzuje literatura, která se zabývá pracovní terapií a uvádí tuto činnost jako jednu z nejčastěji vykonávaných aktivit (**38, 71**). Potvrzení tohoto zjištění souvisí s hmatovým prožitkem klienta, kdy při práci nedochází pouze k činnosti samotné, ale je spojena s příjemným a stimulujícím prožitkem.

Na otázku č. 6, která zjišťovala, zda mají klienti podle názoru terapeuta zájem o nějakou činnost, kterou zařízení nenabízí, odpovědělo 9 respondentů, což je 90 %, že ne, a 10 % respondentů, což je 1, že ano. U této otázky nebyl vytvořen žádný graf, protože jde o otázku doplňkovou. Nejčastější vysvětlení, proč nemají zájem bylo,

že klienti o dalších možnostech, které nabízejí jiná zařízení, většinou neví, nebo si činnost, kterou nezkusili, či neviděli, neumí představit, a tudíž po ní netouží. U odpovědi ano měli respondenti uvést jakou. U této možnosti byl pouze jeden návrh, a to vaření. 6 respondentů tuto otázku nevyplnilo.

Otázka č. 7 a 8 zjišťovala u respondentů, zdali mají v úmyslu zavést ještě další aktivity v oblasti pracovní terapie a pokud ano, tak jaké. Tato otázka slouží k dokreslení představy, zda se nabídka aktivit v zařízeních vyvíjí a inovuje, nebo staví jen na již užívaných druzích aktivit, které jsou pro respondenty dostačující. Překvapivý byl výsledek grafu (graf 12), kde respondenti jihomoravského zařízení jednoznačně odpověděli, že mají v plánu zavádění nových aktivit. Vysvětlení lze chápat z následující otázky, kde měli respondenti uvést druh aktivity. Touto aktivitou byla výroba panenek, která se momentálně v zařízení připravuje a jejichž výroba bude zasahovat všechny druhy dílenských a textilních činností. V jihočeském zařízení byla nejčastější odpověď ne, nedávno jsme zavedli nové činnosti. Z rozhovoru s paní ředitelkou jsem se dozvěděla, že novinkou v oblasti pracovní terapie u nich v zařízení je paličkování a výroba ručního papíru, která probíhá v rámci výtvarné dílny. Zařízení kraje Vysočina mělo největší podíl u odpovědi respondentů v odpovědi ano, ale nemůžeme. Nejčastěji uvedeným důvodem byl nedostatek prostoru a financí. Na otázku jaké aktivity by chtěli zavést, odpověděla jedna respondentka, že by chtěla zavést výtvarnou dílnu. Nedostatek prostoru a financí je v tomto případě pochopitelný, neboť budova, ve které zařízení sídlí, je již nevyhovující a začíná se pomalu rozpadat. Také jsou problémy s nedostatkem místa pro nové aktivity, protože zařízení je umístěno v zámecké budově, kterou nelze radikálněji upravit.

Otázky č. 9 a 10 se týkaly samostatného rozhodování klientů při výběru pracovních aktivit. Otázka č. 9 zjišťovala, co nejvíce ovlivňuje výběr, které aktivity se bude klient účastnit. Při volbě odpovědi si mohli respondenti vybrat ze tří možností. Nejčastěji zvolili možnost, že si klient může vybrat sám, popř. schopnosti. Nejméně výběr ovlivňuje kapacita, kterou je určen počet klientů pro danou činnost. Související informace k tomuto dotazu jsou také v diskuzi k otázce č. 4. v dotazníku. Otázku dokresluje graf 13. U otázky č. 10 měli respondenti odpovědět na dotaz, zda mohou

klienti činnost vystřídat. Na tuto otázku respondenti odpověděli jednohlasným ano. Literatura uvádí, že humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k lidem s postižením, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život. Znamená to tedy, že ve vztahu k lidem s postižením u jakéhokoliv rozhodování o nich, je nutno brát v potaz jejich oprávněné zájmy a potřeby, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování o sobě v co nejvyšší možné míře podíleli **(58)**.

6. ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo porovnat nové trendy ve vzdělávání v oblasti pracovní terapie v zařízeních pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením ve třech krajích ČR (Vysočina, Jihočeský kraj, Jihomoravský kraj). Pro splnění cíle byl zvolen kvantitativní výzkum, metoda dotazování, technika dotazníku a kvalitativní výzkum, metoda dotazování, technika polostandardizovaného rozhovoru a jako doplňková metoda sekundární analýza dat. Autorka se domnívá, že cíl práce byl splněn.

Stanovená hypotéza H1 (*Lidé s mentální retardací, kteří navštěvují domov pro osoby se zdravotním postižením nebo v něm žijí, nemají dostatečné možnosti výběru v oblasti ergoterapie.*) byla vyvrácena.

Stanovená hypotéza H2 (*Kvalifikační struktura pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením v oblasti ergoterapie není dostatečná.*) byla vyvrácena.

Práce se zabývala problematikou ergoterapie. V této diplomové práci je pojem ergoterapie používán v širším slova smyslu, a označujeme jím pracovní terapii, která se realizuje v zařízeních pro osoby s mentálním postižením formou dílenských, interiérových či exteriérových prací a která probíhá také na bázi nácviku sebeobslužných návyků. Tato terapie není řízena ergoterapeutem, nýbrž pracovními terapeuty ve spolupráci s vychovateli a pracovníky v sociální péči. V rámci výzkumného šetření prováděla autorka ve třech krajích polostandarizované rozhovory a dotazníková šetření. Na základě získaných informací se autorka snažila o zpřehlednění nabízených služeb, které zařízení poskytují a jejich následné porovnání. Zároveň se snažila přinést vhled do možností a plánů zaměstnanců v oblasti pracovní terapie. Zjišťovala také jakým způsobem zařízení pečuje o své zaměstnance v oblasti vzdělávání a relaxace a do jaké míry je rozhodování klientů při výběru činností samostatné.

Závěrem lze říci, že tato diplomová práce přinesla především přehled o nabízených aktivitách, které mají ve své nabídce pro klienty v domovech pro osoby se zdravotním postižením v Jihočeském a Jihomoravském kraji a kraji Vysočina. Zároveň podává přehled a srovnání nejnižšího i nejvyššího dosaženého vzdělání, které muselo být po zavedení Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., u některých zaměstnanců doplněno nebo zvýšeno.

Výsledky výzkumu mohou být poskytnuty podobným zařízením, pro které mohou být inspirací při rozšiřování nabídky aktivit pracovní terapie, zvyšování vzdělávání zaměstnanců nebo poskytování možné relaxace zaměstnanců. Do jejího přínosu lze zahrnout také to, že její obsah může sloužit jako studijní materiál studentům zdravotně sociální fakulty.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetřovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
2. BARTOŇOVÁ, M. *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami - Zaměření na edukaci žáků se specifickými poruchami učení*. 1. vyd. Brno : MSD, 2005. 267s. ISBN 80-86633-38-1.
3. BEYER, J. GAMMELTOFT, J. *Autismus a hra : příprava herních aktivit pro děti s autismem*. 1. vydání. Praha : Portál, 2006. 104 s. ISBN 80-7367-157-3.
4. *Bílá kniha* [on line]. [citováno 2007-18-07]. Praha: MŠMT, 2003. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/files/pdf/bilakniha.pdf>>.
5. BOLDIŠ, J. Bibliografická citace dokumentu dle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2 : Část 1- Citace: Metodika a obecná pravidla. Verze 3.3. Poslední aktualizace 28. 3. 2006. 21 s. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
6. BOLDIŠ, J. Bibliografická citace dokumentu dle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2- Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů. Verze 3.1. Poslední aktualizace 28. 3. 2006. 16 s. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
7. CAMPBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi : skupinové výtvarně-terapeutické činnosti pro děti i dospělé*. 2. vydání. Praha : Portál, 2000. 199 s. ISBN 80-7178-428-1.
8. ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s demencí a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
9. ČERNÁ, M.; NOVOTNÝ, J.; STEJSKAL, B. et al. *Kapitoly z psychopedie*. Přepřac. vyd. Praha : UK – Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
10. Česká asociace ergoterapeutů [online]. c 2008 [cit. 2008-09. 06]. Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.org/modules.php?name=informace>>.
11. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 376 s. ISBN 80-246-0139-7.

12. *Dramaterapie* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. . [cit. 2008-23. 05]. Dostupné z: <http://www.fse.ujepurkyne.com/KSP_sik_dramaterapie.asp>.
13. EMUNAH, R. *Acting for real: Drama Therapy Process, Technique and Performance*. 1. vydání. New York : Brunner/Mazel Publisher, 1994. 314 s. ISBN 0-87630-730-6.
14. EISERTOVÁ, J. TICHÁ, V. et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice : Dona, 2007. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
15. FISCHER, S.; ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha : Trinitron, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
16. GLAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše: aneb Canisterapie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.
17. HARALD, L. et al. *Vychováváme a vzděláváme s Marií Montessoriovou (Praxe reformně pedagogické koncepce)*. 1. vyd. Pardubice: Univerzita Pardubice. 132 s. ISBN 80-7194-266-9.
18. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vydání. Praha : Trinitron, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
19. KLIVAR, M. *Ergoterapie mladistvých*. Praha : Balt-East, 2003. 60 s. ISBN 80-86383-17-2.
20. KLIVAR, M. *Nová arteterapie v psychopedii*. Praha : Balt-East, 2002. 64 s. ISBN 80-86383-14-8.
21. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. [online]. Praha: MPSV, Odbor sociálních služeb, 2007. [cit. 2008-11-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.
22. KOŤÁTKOVÁ, S. *Hry v mateřské škole v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 183 s. ISBN 80-247-0852-3.
23. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN: 80-7254-662-7.

24. KOZLOVÁ, L. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. c 2002-2008, [citováno 2007-23-06]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.
25. KRÁLOVÁ, J.; RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*. 2 aktualizované vydání. Olomouc : Anag, 2008. ISBN 978-80-7263-462-0.
26. KREBS, V. Hledání nového přístupu k problematice zdravotně postižených. *Sociální politika*. 2002, roč. 28, č. 2, s. 4-6. ISBN 80-86395-33-2.
27. KREJČÍŘOVÁ, O. *Estetická výchova mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1998. ISBN 80-86096-12-2.
28. KRAHULCOVÁ, B. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha : Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2002. 107 s. ISBN 80-7290-094-3
29. KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. doplněné vydání. Praha : Galen, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8.
30. KUBÍNKOVÁ, D. KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.
31. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie : nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha : Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.
32. LANGMEIER, J. KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 2.aktualizované vydání. Praha : Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
33. MAJZLÁNOVÁ, K. *Dramatoterapie v léčebném pedagogice*. 2. vyd. Bratislava : Iris, 2004. 196 s. ISBN 80-89018-65-3.
34. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
35. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi*. 1. vydání. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
36. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
37. MONATOVÁ, L. *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno : Paido, 2000. 92 s. ISBN 80-85931-86-9.
38. MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita

- Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
39. MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. Brno : Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2512-3.
40. NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata léčí*. 1. vyd. Praha : Albatros, 2006. 156 s. ISBN 80-00-01809-8.
41. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením : rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. 1. vydání. Praha : Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-872-4.
42. Otázky a odpovědi k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a k zákonu č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách [online]. Praha: MPSV, Odbor sociálních služeb, 2006. [cit. 2008-10-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/2974otazky_odpovdi_22-rev2.pdf>.
43. PFEIFFER, J. *Ergoterapie*. Praha : REHABL o.p.s, 2001. 77 s.
44. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.rozšířené a přepracované vyd. Brno : Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
45. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno : MSD, 2006. 208. s. ISBN 80-86633-40-3.
46. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: Úvod do studia oboru*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-299-4.
47. RENOTIEROVÁ, M. LUDVÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 3. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 313 s. ISBN 80-244-1073-7.
48. RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem : aplikovaná behaviorální analýza*. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 128 s. ISBN 80-7367-102-6.
49. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. et al. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
50. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9
51. STRUSKOVÁ, O. *Děti z planety D.S*. 1. vyd. Praha : G plus G, 2000. 165 s. ISBN 80-86103-31-5.

52. SVOBODA, P. *Poetoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita palackého.2007. 187 s. ISBN 978-80-244-1682-3.
53. SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
54. SOVÁK, M. et al. *Defektologický slovník*. Jinočany : Nakladatelství H&H Vyšehradská, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
55. ŠESTÁK, J. *Chráněná dílna – nástroj k rasovému uplatnění a začlenění lidí se zdravotním postižením*. Týn nad Vltavou : Domov sv. Anežky, o.p.s., 2007. 81 s. ISBN 978-80-254-0108-8.
56. ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha : Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
57. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost : Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
58. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd, přepracované. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
59. ŠVAŘÍČEK, R. et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách : pravidla hry*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 384 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
60. Úplné znění: Sociální zabezpečení 2008, č. 645. Ostrava: Sagit, 2006, 240 s. ISBN 978-80-7208-658-0.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.rozš a přeprac. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
62. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
63. VALENTA, M.; KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie*. Olomouc : Netopejř, 1997. 193s. ISBN 80-902057-9-8.
64. VALENTA, M.; MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. 3.rozšířené a přepracované vyd. Praha : Parta, 2007. 386s. ISBN 978-80-7320-099-2.

65. VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1.vydání. Praha : Grada Publishing, 2007. 256s. ISBN 978-80-247-1819-4.
66. VODÁKOVÁ, J et al. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2003. 90 s. ISBN 80-7290-113-3.
67. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 68. publikace. Brno: Paido,1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6.
68. VÍTOVÁ, M. et al. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I*. 273. publikace. Brno: Paido, 2007. 354 s. ISBN 978-80-7315-163-8.
69. VYMĚTAL, J. et al. *Speciální psychopedie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1.
70. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon ČNR o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.
71. VODÁKOVÁ, J., DYTROVÁ, R., CETTLOVÁ, M. et al. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha : UK- Pedagogická fakulta, 2003. 90 s. ISBN 80-7290-113-3.
72. ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha : MPSV ČR, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
73. Zákon č. 100/1998 Sb., o sociálním zabezpečení.
74. *Zámeček Střelice. Výroční zpráva 2007* [online]. Poslední aktualizace neuvedena. [citováno 2007-23-06]. Dostupné z: <<http://www.zamecekstrelice.cz/vyr2007>>.
75. ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie : východiska, koncepty, principy a praktické aplikace*. 1. vydání. Praha : Portál, 2007. 256 s. ISBN 978-80-7367-237-9.
76. ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 1997. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

mentální retardace

domovy pro osoby se zdravotním postižením

terapie ve speciální pedagogice

pracovní terapie

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník

Příloha 2: Okruhy otázek k polostandardizovanému rozhovoru

Příloha 1: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Rybová a studuji sociální práci. Informace, které zde budete vyplňovat, mi pomohou k vypracování mé diplomové práce na téma „Ergoterapie jako prostředek seberealizace klientů s mentálním postižením“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svoji práci.

Předem Vám děkuji za spolupráci a čas, který jste tomu věnovali.

Bc. Michaela Rybová

1. Jste

- žena
- muž

2. Jaké máte vzdělání?

- SOU obor.....
- SŠ obor.....
- VOŠ obor.....
- VŠ (Bc.) obor.....
- VŠ (Mgr.) obor.....
- Jiné, prosím uveďte:

3. Jaké stupně mentální retardace mají klienti, se kterými pracujete v rámci pracovní terapie?

- lehká mentální retardace
- středně těžká mentální retardace
- těžká mentální retardace
- hluboká mentální retardace

4. Jaké druhy aktivit nabízí Vaše zařízení?

- šití
 - vyšívání
 - tkaní
 - keramika
 - výroba košíků
 - výroba svíček
 - výroba loutek
 - práce na zahradě
 - práce ve skleníku
 - práce se zvířaty
 - práce spojené s údržbou zařízení
 - pomocné práce v kuchyni
 - pomocné práce na oddělení (např. při sebeobsluze)
 - úklidové práce
 - praní, žehlení
 - nácvik sebeobslužných činností
 - hry (např. konstruktivní), uveďte jaké:.....
 - jiné aktivity, prosím uveďte:.....
-

5. O kterou aktivitu mají klienti vašeho zařízení největší zájem?

.....

6. Mají klienti zájem o nějakou činnost, kterou vaše zařízení nenabízí?

- Ne, proč?
- Ano, jakou.....

7. Máte v úmyslu zavést ještě další pracovní terapeutické aktivity?

- Ne, nedávno jsme nové zavedli
- Ne, máme jich dostatek
- Ano, máme to v plánu
- Ano, ale nemůžeme, z důvodu (např. finančního, personálního, prostorového):

.....

8. Jaké?

.....

9. Co nejvíce ovlivňuje výběr, které aktivity se bude klient účastnit?

- Klientovo rozhodnutí, popř. jeho schopnosti
- Rozhodnutí pracovníka
- Podle volných míst jednotlivých činností

10. Mohou klienti aktivitu po čase vystřídat?

- Ano
- Ne

Příloha 2: Rozhovor

1. Kolik má vaše zařízení klientů?
2. Jaký je počet klientů v jednotlivých kategoriích hloubky postižení?
3. Kolik klientů se účastní pracovní terapie?
4. Zvyšuje se počet klientů, kteří mají možnost se zapojit do pracovní terapie?
5. Kolik máte zaměstnanců, jejichž náplní práce je pracovní terapie?
6. Jaké mají nejvyšší dosažené vzdělání pracovní terapeuti, kteří pracují ve vašem zařízení?
7. Poskytujete zaměstnancům nějaké možnosti dalšího vzdělávání?
8. Jste spokojen(a) s kvalifikací svých zaměstnanců nebo máte zájem, aby měli vzdělání vyšší?
9. Zvyšuje se dle Vašeho názoru úroveň poskytované služby v souvislosti se vzděláním pracovníka?
10. Poskytujete svým zaměstnancům možnost relaxace, kterou využívají?