



<b>Závěrečná evaluační zpráva projektu</b>
Název projektu: Beta poradna - služby pro rodiny s dětmi a mladistvými se zdravotním postižením
Reg.č.: 03.02.02/00/22_017/0000628 Operační program Zaměstnanost plus
Období realizace projektu: 1.3.2024 - 28.2.2026
Zpracovatel: interní evaluátor projektu Bc. Kristýna Padrtová, Mgr. Veronika Kocourová, PhD., MBA.

## Obsah

<b>1. Manažerské shrnutí</b> .....	2
<b>2. Stručný popis projektu a klíčových aktivit</b> .....	4
<b>3. Design evaluace (včetně změn oproti VEZ)</b> .....	5
<b>4. Metodologie evaluace (včetně změn oproti VEZ)</b> .....	7
<b>5. Výsledky sběru dat</b> .....	9
<b>5.1. Výsledky kvantitativních šetření</b> .....	9
<b>5.1.2. Výsledky psychoterapeutické podpory aktivit KA 1 a KA3</b> .....	10
<b>5.1.3. Výsledky ergoterapeutického hodnocení (KA2)</b> .....	19
<b>5.2. Výsledky kvalitativního šetření</b> .....	27
a. Rozšíření pohledu na vlastní situaci.....	29
b. Změny v životní situaci rodiny .....	30
c. Dostupnost a využitelnost informací.....	31
d. Rozvoj dovedností a kompetencí.....	32
e. Nejeefektivnější projektové aktivity.....	33
<b>6. Hlavní zjištění, závěry, doporučení</b> .....	35
<b>7. Seznam zdrojů</b> .....	37
<b>8. Přílohy</b> .....	38



## 1. Manažerské shrnutí

Evaluace projektu *Beta poradna – služby pro rodiny s dětmi a mladistvými se zdravotním postižením* byla realizována za účelem posouzení naplnění cílů projektu, zhodnocení efektivity realizovaných aktivit a identifikace jejich dopadů na cílové skupiny. Projekt byl realizován v období od 1. 3. 2024 do 28. 2. 2026 v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus a byl zaměřen na podporu rodin pečujících o děti a mladistvé se zdravotním postižením prostřednictvím komplexního systému služeb.

Hlavním cílem projektu bylo rozšíření a zkvalitnění stávajících služeb organizace, zejména o ergoterapeutickou podporu a posílení multidisciplinární spolupráce mezi odborníky (psychoterapeut, ergoterapeut, sociální pedagog). Projekt reagoval na nedostatečnou kapacitu a provázanost služeb pro cílovou skupinu a usiloval o posílení psychické stability pečujících osob a rozvoj dětí se zdravotním postižením.

Evaluace byla realizována jako smíšená (formativní a sumativní) s využitím kvantitativních i kvalitativních metod sběru dat zaměřenou na dopad projektových aktivit KA1, KA2, KA3.

### **Hlavní zjištění:**

Zjištění potvrzují, že projekt byl realizován v souladu s plánem a jeho aktivity odpovídaly potřebám cílové skupiny. Multidisciplinární přístup se v praxi ukázal jako efektivní nástroj pro řešení komplexních potřeb rodin.

Realizované aktivity přispěly k pozitivním změnám u klientů. V oblasti psychické stability pečujících osob došlo ke snížení intenzity psychických obtíží, posílení schopnosti zvládat zátěžové situace a rozvoji copingových strategií. U části klientů byl zaznamenán pokles depresivních symptomů. Psychoterapeutická podpora současně přispěla k posílení osobních zdrojů a prevenci vyčerpání.



V oblasti ergoterapeutických intervencí bylo identifikováno zlepšení zejména v oblasti školní a herní participace, sociální adaptace, mobility a sebeobsluhy dětí a mladistvých se zdravotním postižením. Současně došlo ke zvýšení kompetencí pečujících osob a jejich jistoty při zajišťování péče. Aktivita byla klienty hodnocena jako vysoce přínosná a prakticky využitelná.

### **Závěr:**

Celkově projekt přispěl ke zvýšení kvality života rodin, snížení sociální izolace a posílení soběstačnosti cílové skupiny. Realizovaný model multidisciplinární spolupráce se ukázal jako funkční a přenositelný do praxe. Na základě evaluace lze projekt hodnotit jako úspěšný a přínosný.

### **Doporučení pro praxi:**

Doporučeno je zachovat a dále rozvíjet multidisciplinární přístup, posilovat kapacity služeb a zajistit jejich dlouhodobou udržitelnost. Dále je vhodné rozšiřovat dostupnost psychoterapeutické podpory, systematicky rozvíjet ergoterapeutické služby a podporovat jejich propojení s přirozeným prostředím klientů. Současně je žádoucí pokračovat ve sledování dopadů služeb a na systémové úrovni podporovat integraci zdravotních, sociálních služeb a vzdělávání a rozvoj podpory neformálních pečujících.



## 2. Stručný popis projektu a klíčových aktivit

Projekt Beta poradna byl zaměřen na podporu rodin s dětmi a mladistvými se zdravotním postižením (ZP) prostřednictvím komplexního systému služeb. Realizace projektu probíhala od března 2024 do února 2026.

Hlavním cílem projektu bylo zkvalitnění a rozšíření stávajících služeb organizace, zejména o ergoterapii, aktivizaci dětí/mladistvých se ZP a multidisciplinární spolupráci v triádě psychoterapeut-ergoterapeut- sociální pedagog.

Cílovou skupinu projektu tvořili rodiče (pečující osoby) a děti/mladiství se ZP v nepříznivé sociální situaci a odborníci. Projekt pracoval s celým rodinným systémem a usiloval o posílení psychické stability pečujících rodičů, snížení sociální izolace a podporu soběstačnosti dětí a mladistvých se ZP. Celkem se do klíčových aktivit projektu (KA1- KA6) zapojilo **331 osob**.

### Předmětem evaluace byly následující klíčové aktivity:

- KA1 Psychoterapeutická a poradenská práce s rodiči v ambulanci
- KA2 Ergoterapeutická práce s rodiči a jejich dětmi v ambulanci
- KA3 Psychorehabilitační pobyty rodin s dětmi a mladistvými se ZP

Do sledovaných evaluačních aktivit projektu se celkem zapojilo **104 osob** (pečujících a dětí/mladistvých se ZP), kteří čerpali krátkodobou i dlouhodobou podporu.(viz graf příloha č. 1).



### 3. Design evaluace (včetně změn oproti VEZ)

Evaluace projektu byla od počátku koncipována jako **smíšená (formativní a sumativní)** s využitím **kvaziexperimentálního designu**. Hodnocení probíhalo v několika časových rovinách – při vstupu klientů do aktivit, v průběhu realizace a při ukončení jejich účasti v projektu.

Oproti původní vstupní evaluační zprávě (VEZ) nedošlo v průběhu realizace projektu ke změnám v evaluačním designu tzv. nedošlo k úpravě počtu respondentů, rozšíření či zúžení evaluačního vzorku, harmonogramu ani sledovaným aktivitám.

Základní evaluační otázky definované ve VEZ zůstaly zachovány a byly využity i v závěrečném hodnocení projektu.

#### **Otázka č. 1:**

*Je navržená realizace jednotlivých projektových aktivit reálná a daří se jí plnit s ohledem na cílové skupiny?*

Navržená realizace jednotlivých projektových aktivit je reálná, dařilo se ji plnit s ohledem na CS a odpovídá potřebám CS, což potvrzuje jak dlouhodobá praxe organizace, tak analýza dat klientů zapojených do služeb/projektu. Aktivity projektu byly plánovány tak, aby byly časově, personálně i finančně proveditelné. Projekt vycházel z dlouhodobé zkušenosti organizace s podporou rodin pečujících o děti se zdravotním postižením. Díky multidisciplinárnímu týmu odborníků (psychoterapeut, ergoterapeut a sociální pedagog) bylo možné efektivně reagovat na komplexní potřeby CS v reálném čase a naplňovat jednotlivé projektové aktivity v praxi. Realizace aktivit se dařila také proto, že jsou založeny na reálně identifikovaných potřebách rodin a reflektují nedostatečnou kapacitu podpůrných služeb v současném systému služeb. V České republice je podpora neformálních pečujících stále omezená, byť jsou již v novém legislativním pojetí - zamýšleni. Tento fakt ovšem stále vytváří prostor pro tento projekt financovaný z ESF, který tuto mezeru částečně vyplnil.



### **Otázka č. 2:**

*Přispívají navržené a realizované aktivity ke změnám u klientů, dají se tyto změny kvantifikovat?*

Ano, navržené a realizované aktivity přispívají k významným změnám u klientů, a tyto změny je možné alespoň částečně kvantifikovat. Evaluace prokázala pozitivní posun zejména v oblasti psychické stability, schopnosti zvládat zátěž, orientace v řešených situacích a celkové soběstačnosti klientů. Tyto změny byly zachyceny jak kvalitativně (zpětná vazba klientů), tak kvantitativně prostřednictvím standardizovaných nástrojů a indikátorů, jako jsou škálová hodnocení, výsledky dotazníků (např. PHQ-9), míra dokončení aktivit či sledování pokroku v rámci terapeutických intervencí. Analýza dat ukazuje, že významná část klientů zaznamenala měřitelný pokrok oproti výchozímu stavu, což potvrzuje účinnost realizovaných aktivit a jejich přínos pro cílovou skupinu.

### **Otázka č. 3**

*V čem konkrétně změny klientům pomáhají, co konkrétně se v jejich životě změní a zda si těchto změn jsou vědomi sami klienti?*

Změny klientům konkrétně pomáhají zejména v lepším zvládnutí každodenní zátěže a péče o dítě/mladistvého se zdravotním postižením. Dochází u nich ke snížení psychických obtíží, posílení schopnosti zvládat stres a ke zvýšení jistoty v rodičovské roli. V praktické rovině se zlepšuje organizace péče, manipulace s dítětem a orientace v možnostech podpory, zatímco u dětí dochází k rozvoji soběstačnosti, zapojení do běžných aktivit a sociální interakce. Klienti si těchto změn jsou vědomi – reflektují lepší porozumění potřebám dítěte, větší jistotu ve svých kompetencích a celkový posun v přístupu k vlastní sociální situaci, což vede ke stabilizaci rodinného fungování a zvýšení kvality života.



#### 4. Metodologie evaluace (včetně změn oproti VEZ)

Metodologie evaluace vycházela z kombinace **kvantitativních a kvalitativních metod sběru dat**. Důraz byl kladen zejména na kvalitativní porozumění změn v životní situaci klientů.

##### **Použité metody sběru dat:**

- strukturovaná dotazníková šetření
- škálové hodnocení (Spitzer, Gibbon, Endicott; PHQ-9; upravený Barthel Index)
- kvalitativní polostrukturované rozhovory
- analýza klientské dokumentace

##### **Změny metodologie oproti VEZ:**

V rámci evaluace nedošlo ke změně metodologie pouze došlo ke změně hodnotícího nástroje pro metodu sběru kvantitativních dat v KA2. Tzn. nebyl použit test PEDI-CAT. Tento byl nahrazen rozšířeným standardizovaným testem Barthel Index běžně používaným v ergoterapii a dalších pomáhajících profesích v ČR pro možnost sledování a hodnocení aktivit v oblasti PADL a iADL klientů. V počáteční fázi projektu byly řešeny problémy s licenci a přístupem k Bostonskému standardizovanému testu PEDI-CAT, který je určen pro děti se zdravotním handicapem a slouží ke zhodnocení činností dítěte pro práci ergoterapeuta (návlek sebeobsluhy, mobility, soc.funkcí, míru odpovědnosti, apod.). Vzhledem k faktu, že tento test byl dosud pouze na území ČR využíván pro vědecké účely na půdě 1.LF fakulty UK, nejsou s jeho pořízením širší zkušenosti ani v poslední době. Bostonský test prošel v průběhu „covidové doby“ změnou v možnosti jeho administrace oproti plánovanému použití při zamýšlení realizace projektu před touto dobou. Nebylo tedy již možné zakoupit testovou baterii s licenci pro PC (tak jak bylo plánováno v žádosti v projektu). V realizovaném období bylo možno zakoupit pouze jednotlivý online přístup v hodnotě



cca 2 liber/jedinec k testovým online bateriím. Bohužel poskytovatel v ČR na nějž oficiální webové stránky testu odkazují (Hogrefe – Testcentrum, s.r.o.) nemá tento test k dispozici a poskytovatel z GB neumožnil přístup k primární testovací zakoupené jednotce. Z tohoto důvodu bylo s ohledem na čas a validaci vstupních dat získaných při první ergoterapeutické intervenci přijato trvalé opatření, využití v aktivitě KA2 Barthel index, který byl pro potřeby cílové skupiny upraven o další sledované položky, vhodné pro cílovou skupinu projektu dětí a mladistvých dospělých se ZP viz níže a otestován v praxi. Originál Barthel Index test je dostupný na ÚZIS ČR:<https://www.uzis.cz/formulare/barthelove-test-rozsireny/>).



## 5. Výsledky sběru dat

Tato kapitola shrnuje výsledky získané ze všech použitých metod sběru dat. Výsledky jsou strukturovány podle jednotlivých projektových aktivit.

### 5.1. Výsledky kvantitativních šetření

Kvantitativní sběr dat probíhal průběžně po celou dobu realizace projektu od března 2023 do února 2026, kdy proběhly poslední klíčové aktivity v souladu s evaluačním plánem. Data byla získávána prostřednictvím strukturovaných dotazníků, standardizovaných škálových nástrojů a diagnostických testů. Sběr dat probíhal při vstupu klientů do jednotlivých aktivit a při ukončení jejich účasti v projektu.

#### Charakteristika evaluačního vzorku

Do evaluačního šetření bylo celkem zapojeno **30 klientů z KA1, 40 klientů z KA 2, 34 klientů z KA3.**

#### Struktura evaluačního vzorku KA1, KA2, KA3:

- pohlaví: ve sledovaném vzorku respondentů převažovaly zejména ženy. celkem se jednalo o **30 žen**, které byly zahrnuty do evaulace v rámci aktivity KA1, splnily 40 a více hodin a absolvovaly minimálně 15 individuálních psychoterapií. V KA2 bylo sledováno **20 dospělých** respondentů - žen a **20 dětí** (8 dívek a 12 chlapců). V aktivitě KA3 bylo sledováno **34 pečujících**, kteří se jí zúčastnili. Z toho bylo 11 mužů a 23 žen.

Z hlediska genderového složení v aktivitách KA1, KA2, KA3 výrazně převažovaly ženy, které tvořily 87 % zatímco mužská populace tvořila 13 % respondentů, viz graf v příloze č. 2.



Aktivita KA1 a KA 2 byla realizována výhradně s ženskými účastnicemi tedy 100%, zatímco KA3 byla zastoupena mužskou populací z 68% a 32% ženskou populací.

- věkové rozmezí respondentů ve všech sledovaných KA: od 38 - 60 let
- věk pečovaných dětí: 6 –24 let, v respondentské skupině KA1,KA2,KA3 byla nejvíce zastoupena věková skupina pečovaných dětí od 7-17 let

## 5.1.2. Výsledky psychoterapeutické podpory aktivit KA 1 a KA3

### 5.1.2.1. Výsledky škálového hodnocení psychické stability (KA1, KA3)

#### **Škálové hodnocení Spitzera, Gibbona a Endicotta**

Škálové hodnocení Spitzera, Gibbona a Endicotta (vyplňuje terapeut) odpovídá rozmezí škály 30 (neschopnost fungovat, leží celý den v posteli) až po škálu 91-100 (nemá žádné příznaky, bezchybně funguje v širokém rozsahu činností). Vzor škálového hodnocení viz příloha č. 9. Průměrná škála se v průběhu zapojení do projektu posunula z pásma (80 - 71 mohou se vyskytovat minimální příznaky nebo skóre 70 - 61, což značí mírné příznaky jako depresivní nálada, mírná nespavost apod. do pásma (90 - 81, dočasné příznaky, ale přetrvává dobré fungování ve všech oblastech nebo do škály 100 - 91 (žádné příznaky). U KA1 došlo nejčastěji u klientů k posunu o jednu škálu v pozitivním bodovém hodnocení (zlepšení) v počtu 17 ze 30 klientů, dalších 7 klientů se posunulo o dvě škály a u 6 klientů nebyl zaznamenán posun. V KA3 došlo u 15 klientů ke zlepšení o jednu škálu, 4 klienti se posunuli o 2 skóre a u 15 klientů zůstal stav neměnný.



Tab.č.1 Škálové hodnocení klientů dle Robert L. Spitzera, MD, Miriam Gibbon, MSW, Jean Endicott, PhD.

<b>Aktivita</b>	<b>Počet klientů</b>	<b>Posun o 1 škálu</b>	<b>Posun o 2 škály</b>	<b>Žádný posun</b>
KA1	30	17	7	6
KA3	34	15	4	15

U většiny klientů došlo ke:

- snížení intenzity psychických obtíží,
- zlepšení schopnosti zvládat zátěžové situace,
- posílení osobních zdrojů a copingových strategií.

Na základě realizovaných psychoterapeutických intervencí lze u klientů v pečující roli pozorovat zlepšení v oblasti snížení intenzity psychických obtíží, zvýšení schopnosti zvládat zátěžové situace a posílení osobních zdrojů a copingových strategií. Tento efekt lze vysvětlit komplexním působením psychoterapie, která poskytuje bezpečný prostor pro sdílení a zpracování náročných emocí spojených s dlouhodobou péčí. Dochází k normalizaci prožívání, ventilaci emocí a postupnému snižování kumulovaného stresu, který je pro pečující osoby typický.

Současně jsou v rámci terapeutického procesu cíleně rozvíjeny dovednosti zvládání zátěže. Klienti si osvojují adaptivní copingové strategie, učí se efektivněji pracovat se svými myšlenkami a emocemi a posilují schopnost stanovovat si vlastní hranice. Tím dochází ke zvýšení pocitu kontroly nad náročnými životními situacemi a ke zlepšení jejich zvládání v každodenní praxi.

Významným přínosem psychoterapie je také posilování osobních zdrojů klientů.

Terapeutický proces podporuje uvědomění vlastních kompetencí, aktivaci dostupné



sociální opory a rozvoj dovedností v oblasti péče o sebe sama. U pečujících osob, které mají tendenci dlouhodobě upřednostňovat potřeby druhých, představuje tento aspekt zásadní faktor prevence vyčerpání a syndromu vyhoření.

Zlepšení ve sledovaných oblastech tak lze chápat jako důsledek propojení emoční podpory, nácviku konkrétních dovedností a posilování psychické odolnosti.

Psychoterapeutické intervence tímto způsobem přispívají k celkovému zvýšení kvality života klientů a jejich schopnosti dlouhodobě zvládat nároky spojené s pečující rolí.

Stav klientů, u kterých nebyl zaznamenán jednoznačný škálový posun lze vysvětlit např. krátkou dobou terapeutického působení na konkrétního klienta, formou podpory (skupina, nikoli individuál), podoba (intenzivní prožitkový týden), ale rovněž také dílčí posun v rámci škály, které ze svých diagnostických záznamů a dokumentace vyhodnotil terapeut.

Výsledky škálového hodnocení Spitzera, Gibbona a Endicotta prokázaly **pozitivní posun v celkové úrovni fungování klientů** mezi vstupním a výstupním měřením.

### 5.1.2.2. Výsledky dotazníku PHQ-9 (KA1, KA3)

#### **Dotazník PHQ-9**

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) je krátký screeningový dotazník používaný k posouzení přítomnosti a závažnosti depresivních příznaků v posledních dvou týdnech. Měří devět klíčových symptomů deprese podle diagnostických kritérií a pomáhá odhadnout míru jejich závažnosti od mírné až po těžkou. Dotazník byl vyplňován ve spolupráci s terapeutem při zahájení a po ukončení terapií. (viz příloha č. 8).



Tabulka č. 2 Dotazník PHQ-9 - posouzení stavu klientů a měření jejich tíže deprese v terapeutické podpoře (KA1 a KA3) - identifikace domény

aktivita	počet klientů	žádná deprese (0-4)	mírná deprese (5-9)	středně těžká deprese (10-14)	těžká deprese (15-19)	velmi těžká deprese (20-27)
KA1	30	27	2	1	0	0
KA3	34	34	0	0	0	0

Z KA1 bylo 27 klientů, kteří nevykazovali žádnou depresi, ani po opakovaném měření při vstupu a po výstupu z terapie. 2 klienti vykazovali mírnou depresi (5-9) a jedna klientka středně těžkou depresi (10-14).

Pro potřeby KA3 projektu byla sledována pouze data vzešlá ze vstupního dotazníkového šetření PHQ-9, tedy pouze doména, ve které jsou naši pečující klienti z CS, z důvodu krátkého trvání terapeutického působení v této aktivitě v kontextu hodnotícího nástroje. Výsledky ukázaly, že žádný z klientů nevykazoval depresi. U všech klientů vyšlo skórové hodnocení v rozmezí 0 - 4 body tedy - žádná deprese. Klienti se lišili pouze v rámci tohoto vymezeného skóre, ale nepřesáhli hranici dané domény.



Tabulka č. 3 Dotazník PHQ-9 - zlepšení bodového skóre v rámci domény

aktivita	počet klientů	zlepšení bodového skóre v rámci domény o 0 bodů	zlepšení bodového skóre v rámci domény o 1 bod	zlepšení bodového skóre v rámci domény o 2 body	zlepšení bodového skóre v rámci domény o 3 body	zlepšení bodového skóre v rámci domény o 4 body
KA1	30	2	7	13	6	2
KA3	34	<i>neměřen posun, pouze stav klienta v době pobytu viz tab.č. 2</i>				

V rámci KA1 došlo ke zlepšení bodového skóre v rámci domény u 13 klientů o 2 body, u 7 klientů došlo ke zlepšení o 1 bod, u 6 klientů o 3 body, u 2 klientů o 4 body a u 2 klientů zůstalo skóre neměnné. 2 klienti z domény mírná deprese se zlepšili o 2-3 body a překonali tak doménu mírná deprese do domény žádná deprese. 1 klientka z domény středně těžká deprese byla současně doporučena do ambulantní psychiatrické péče.

Analýza dotazníku PHQ-9 ukázala u části klientů **pokles míry tíže depresivních symptomů** v průběhu psychoterapeutické podpory.

U části klientů, kteří dlouhodobě pečují o osobu či dítě/mladistvého se zdravotním postižením, lze pokles míry tíže depresivních symptomů v průběhu psychoterapeutické podpory vysvětlit kombinací několika vzájemně se ovlivňujících faktorů.

Psychoterapie poskytuje bezpečný a podpůrný prostor pro sdílení dlouhodobě zatěžujících zkušeností, které pečující osoby často nemají možnost běžně sdílet. Dochází tak k uvolnění nahromaděného emočního napětí, snížení pocitů izolace a osamělosti a k normalizaci jejich prožívání. Uvědomění, legitimizace a sdílení i jinými osobami v obdobné situaci, může samo o sobě přispět ke zmírnění depresivní symptomatiky.



Dalším významným faktorem je práce s negativními myšlenkovými vzorci, které se u pečujících osob často objevují (např. pocity selhání, nadměrná odpovědnost či bezvýchodnost situace). Psychoterapie napomáhá tyto vzorce identifikovat a postupně nahrazovat realističtějšími a adaptivnějšími způsoby uvažování, čímž dochází ke snížení beznaděje a zlepšení nálady.

Významnou roli hraje také posilování kompetencí v oblasti zvládnání zátěže. Klienti si osvojují konkrétní strategie, jak pracovat se stresem, jak organizovat péči a lépe rozpoznávat vlastní limity. Součástí terapeutického procesu bývá i podpora v oblasti sebepečce, která je u pečujících osob často dlouhodobě opomíjena. Zařazení i drobných prvků péče o sebe může mít pozitivní dopad na psychickou pohodu a snížení depresivních projevů.

Terapeutický vztah, může rovněž představovat stabilní a podpůrný prvek v jinak náročné životní situaci. Pocit přijetí, porozumění a kontinuity kontaktu přispívá k posílení psychické stability klientů.

Pokles depresivních symptomů může být dále ovlivněn i nepřímými faktory, jako je zapojení do dalších podpůrných služeb, sdílení zkušeností s jinými pečujícími nebo postupná adaptace na pečující roli. V neposlední řadě může hrát roli i individuální variabilita klientů, jejich osobní zdroje a aktuální životní situace.

Celkově lze tedy pokles míry depresivních symptomů chápat jako důsledek komplexního působení psychoterapeutické podpory, která ovlivňuje jak emoční prožívání, tak kognitivní nastavení a praktické strategie zvládnání dlouhodobé zátěže.

*→ Výsledky ukazují pozitivní vliv individuální a skupinové psychoterapeutické podpory na psychickou stabilitu pečujících osob.*



### 5.1.2.3. Hodnocení spokojenosti klientů s aktivitou KA1 projektu

#### **Analýza výsledků dotazníkového šetření – individuální psychoterapie (KA1)**

Dotazníkové šetření bylo realizováno mezi klientkami, které ukončily individuální psychoterapii v rámci aktivity KA1. Celkem dotazník vyplnilo 30 respondentek. Všechny respondentky byly ženy ve věku 30–60 let, pečující o dítě/mladistvého se zdravotním postižením 4–26 let. Většina klientek měla 2–3 děti, přičemž jedno z nich se ZP; část respondentek pečovala jen o jedno, zpravidla mladší dítě se ZP. (viz příloha č. 5).

Výsledky ukazují velmi vysokou míru spokojenosti s průběhem i přínosem individuální psychoterapeutické péče. Na otázku, zda práce probíhala v souladu s definovaným kontraktem (tj. směřovala k naplnění dohodnutých cílů), odpovědělo 26 klientek „ano“ a 4 „spíše ano“. Lze tedy konstatovat, že všechny respondentky vnímaly terapeutickou podporu jako cílenou a strukturovanou.

Doplňkové odpovědi na otázku č. 2 potvrzují vysokou míru porozumění mezi klientkami a terapeutem. Klientky uváděly například, že „s terapeutem jsme si rozuměli velmi dobře“, „měla jsem jasno v tom, jaké změny jsou pro mě důležité“, „terapeut mi pomohl lépe pojmenovat cíle a kroky ke změně“ nebo „cítla jsem podporu a společné směřování“. Objevovaly se také formulace zdůrazňující bezpečné prostředí a pocit přijetí, který umožnil otevřeně sdílet obtížná témata.

Na otázku, zda terapie přinesla nové pohledy na situaci klientek, odpovědělo 29 respondentek „ano“ a 1 „spíše ano“. Podobně pozitivně byly hodnoceny i konkrétní dopady na orientaci v možnostech změny – 25 klientek uvedlo „ano“, 4 „spíše ano“ a 1 „nevím“. Všechny respondentky (100 %) pak vyjádřily přesvědčení, že aktivity realizované v terapii jim pomohou dosáhnout žádoucích změn.



Významnou část šetření tvořily otevřené odpovědi popisující konkrétní změny v životě klientek. Nejčastěji uváděné přínosy zahrnovaly zlepšení psychické pohody (např. lepší spánek, snížení napětí, menší podrážděnost), větší schopnost věnovat se vlastním potřebám a psychohygieně (čas pro sebe, pohyb, pobyt v přírodě), ale i změny v rodinném fungování. Klientky popisovaly například lepší organizaci péče, stanovení priorit, zapojení dalších členů rodiny (např. prarodičů), zlepšení partnerské komunikace či větší pozornost věnovanou ostatním dětem. Často se objevovalo i téma většího nadhledu, přijetí situace a schopnosti zaměřit se na pozitivní aspekty každodenního života.

Velmi pozitivně byl hodnocen také vztah s terapeutem – všech 30 klientek uvedlo, že vztah vnímaly jako respektující. V otázce, zda by si přály něco v terapeutické práci změnit, odpovědělo 24 klientek „ne“ a 6 „nevím“, přičemž žádná respondentka neuvedla konkrétní návrh na změnu.

Na základě získaných dat lze konstatovat, že individuální psychoterapie v rámci aktivity KA1 byla klientkami vnímána jako vysoce přínosná, a to jak z hlediska naplnění stanovených cílů, tak z hlediska konkrétních dopadů na jejich každodenní život. Výsledky zároveň potvrzují klíčovou roli kvalitního terapeutického vztahu a individuálně nastaveného, srozumitelného procesu individuální psychoterapeutické podpory.

#### **5.1.2.4. Hodnocení spokojenosti klientů s aktivitou KA 3 projektu**

##### **Analýza výsledků dotazníkového šetření – psychorehabilitační pobyt (KA3)**

Dotazníkové šetření bylo realizováno mezi účastníky psychorehabilitačního pobytu v rámci aktivity KA3, zaměřeného na skupinovou psychoterapeutickou a intenzivní prožitkovou práci klientů. (viz příloha č. 7). Celkem dotazník vyplnilo 34 klientů, z toho 23 žen a 11 mužů ve věku 35–50 let. Jednalo se o rodiče dětí se zdravotním postižením či oslabením ve věku 4–26 let. Rodiny měly nejčastěji 2–3 děti, přičemž jedno z nich mělo ZP, případně šlo o rodiny s jedním malým dítětem se ZP.



Z odpovědí na otevřenou otázku č. 1 jednoznačně vyplývá, že účastníky nejvíce oslovila atmosféra pobytu a kvalita skupinového prostředí. Klienti opakovaně zmiňovali „milou a přátelskou atmosféru“, „klid a pohodu bez spěchu“, „soudržnost skupiny“, „podporující kolektiv“ či „inspirativní tým“. Tyto aspekty ukazují na vysokou kvalitu vytvořeného bezpečného prostoru, který je klíčový pro efektivní terapeutickou a prožitkovou práci.

Na otázku č. 2 respondenti uváděli, že jim pobyt přinesl především nový pohled na vlastní životní situaci a uvědomění, že ve své situaci nejsou sami. Významným přínosem bylo také navázání nových přátelství, sdílení zkušeností, psychické uvolnění, možnost „zastavení se“ a načerpání nových sil pro další péči o dítě. Pobyt tak splnil nejen terapeutickou, ale i významnou podpůrnou a sdílející společenskou funkci.

V otázce č. 3 se respondenti téměř jednomyslně shodli, že nic zásadního nepostrádali. Organizační stránka pobytu (otázka č. 4) byla hodnocena jako bezchybná, bez negativních připomínek. Také společný program pro rodiny (otázka č. 5) byl hodnocen velmi pozitivně; klienti jej považovali za přínosný a smysluplný. Zároveň zazněly podněty pro jeho další obohacení, například o návštěvu bazénu, fyzioterapeutické aktivity pro rodiče, večerní promítání či skupinová setkání rodičů s paralelním hlídáním dětí.

Program pro děti (otázka č. 6), který připravoval sociální pedagog spolu s ergoterapeutem a asistenty byl hodnocena jednoznačně pozitivně – všech 34 respondentů uvedlo plnou spokojenost. Tento aspekt se ukazuje jako klíčový, neboť umožňuje rodičům plně se zapojit do terapeutického programu s vědomím, že jejich děti mají plnohodnotný a dostatečně kvalitní odborný program.

V odpovědích na otázku č. 7 klienti nejčastěji oceňovali skupinovou práci, realizační tým, podpůrnou skupinu rodičů, terapeutické aktivity, program pro děti i doprovodné aktivity, jako byly výlety a pobyt v přírodě. Na otázku č. 8 všichni respondenti uvedli, že nemají žádné připomínky, což dále potvrzuje celkově velmi vysokou spokojenost.



Kvantitativní část dotazníku rovněž ukazuje převážně pozitivní hodnocení. Na výrok, že na pobytu získali nové znalosti a dovednosti, odpovědělo 25 respondentů „spíše ano“, 5 „nevím“ a 4 „spíše ne“, což naznačuje, že přínos byl vnímán spíše v rovině prožitkové a podpůrné než čistě vzdělávací. Naopak u využitelnosti získaných poznatků v praxi odpovědělo 30 klientů „rozhodně ano“ a 4 „spíše ano“, což potvrzuje vysokou míru praktického dopadu programu. Všichni respondenti (100 %) zároveň uvedli, že měli dostatečný prostor vyjádřit svůj názor a klást otázky, a že jejich dotazy byly vždy uspokojivě zodpovězeny.

Z výsledků tohoto šetření vyplývá velmi vysoká spokojenost účastníků s psychorehabilitačním pobytem v rámci aktivity KA3. Klienti oceňovali zejména bezpečné a podporující prostředí, možnost sdílení, kvalitní terapeutickou práci a prostor pro regeneraci. Přínos pobytu spočíval především v posílení psychické odolnosti rodičů, získání nového náhledu na situaci, sdílení zkušeností a načerpání sil pro další péči. Významným faktorem úspěchu byla také kvalitní organizace a zajištění doprovodných služeb, zejména bohatý výchovně, pohybový a ergoterapeutický program pro děti. Aktivita KA3 tak naplňuje svůj cíl podpory rodin pečujících o děti/mladistvé se zdravotním postižením a představuje efektivní nástroj psychosociální pomoci.

### **5.1.3. Výsledky ergoterapeutického hodnocení (KA2)**

Sběr dat z jednotlivých ergoterapeutických indikací probíhal od června 2023 do září 2025. Ergoterapeutické indikace probíhaly ambulantně v sídle organizace, v terapeutické místnosti vybavené pro tento druh terapie na adrese Na Vrcholu 2595, Praha 3, 130 00. Celkově se do zkoumaného hodnocení KA2 zapojilo 40 účastníků. Z toho 20 dětí - 8 dívek a 12 chlapců ve věkovém rozmezí 4 - 23 let (nejvíce zastoupenou věkovou skupinou z 80% byly děti ve věku 4 - 7 let) a 20 pečujících rodičů/matek ve věku 35 - 48 let.

Pro měření efektivity terapeutické intervence a míry spokojenosti/přínosu pro pečující rodiče byl využit: Barthel index, který byl z důvodu dosud neexistujících jasně specifických ergoterapeutických komplexních testů v ČR pro potřeby této cílové



skupiny (děti, junioři, mladiství a mladí dospělí se ZP) upraven a záměrně rozšířen o položky školní a herní participace se subpoložkami: zapojení do hry, grafomotorika/práce u stolu, vytrvalost/pozornost a doména sociální adaptace se subpoložkami spolupráce a reakce na instrukci. Tato data byla sbírána vždy na vstupu a výstupu ze služby u každého klienta.

Dále byla data doplněna o výstupy analýzy vstupních ergoterapeutických vyšetření, analýzy klientské dokumentace, rozhovory s rodiči, pozorování v terapii a hodnotících dotazníků, které každý pečující rodič vyplnil po ukončení/výstupu ze služby. Hodnotící dotazník obsahoval 7 otázek s jednou doplňkovou otázkou.

Do cílové skupiny respondentů byli vybráni takoví probandi, kteří podstoupili minimálně 6 a více ergoterapeutických intervencí, aby bylo možné validně interpretovat získaná data z terapie, nikoli tedy klienti, kteří podstoupili např. jednorázovou ergoterapeutickou indikaci např. funkční ergoterapeutické hodnocení stavu klienta či jednorázové poradenství.

Kapacita služby v projektu (KA2) byla plně naplněna. Nábor klientů probíhal pomocí metody sněhové koule z okruhů klientů, kteří s organizací již v minulých projektech spolupracovali a kteří v předchozím období upozorňovali na kapacitní nedostatek ergoterapie v systému zdravotních a sociálních služeb. Dále napříč kontakty ze síťování, zejména s efektivní spoluprací služby rané péče a dalších spolupracujících subjektů a organizací. Informace o službě byly dále uvedeny na internetových stránkách organizace a sociálních sítích.

Cílem evaluace v této KA2 bylo otestovat možnost použití a přínos nejen samotné ergoterapeutické intervence v projektu pro pečující/děti/mladistvé/mladé dospělé se ZP, ale rovněž možnost použití rozšíření BI o zmíněné položky a subpoložky v praxi ergoterapeuta s převážně dětskou klientelou.



#### Analýza dat ukázala:

- Nejvýraznější efekt předkládaného testu byl zaznamenán v oblasti školní a herní participace, dále sociální adaptace, mobilita a sebeobsluha,
- zvýšení kompetencí rodičů v oblasti přístupu - manipulace, handling a orientaci v možnostech speciálních a kompenzačních pomůcek,
- vyšší míra jistoty rodičů při poskytování péče.

#### **5.1.3.1. Hodnocení zlepšení klienta v rámci terapie - upravený Barthel index pro potřeby CS**

Test hodnotil 4 domény: A - Sebeobsluha se subpoložkami: jídlo, oblékání, hygiena, toaleta, B- Mobilita a manipulace se subpoložkami: přesuny/chůze, jemná motorika, manipulace s předměty, C- Školní a herní participace se subpoložkami: zapojení do hry, grafomotorika/práce u stolu, vytrvalost/pozornost, D-Sociální adaptace se subpoložkami: spolupráce, reakce na interakci. V každé subpoložce lze získat 0-3 body (nezvládá/plná asistence- samostatnost). Maximální skóre 36 bodů. Cílem bylo ověřit validitu a reliabilitu nově vytvořeného testu dětí v ergoterapeutické péči.

Typ: kvantitativní observační studie

Výběr: 20 dětí (4–12 let)

Diagnózy: DMO, vývojová dysfázie, PAS, ADHD, opožděný psychomotorický vývoj

U 8 klientů ze sledovaných 20 došlo k posunu(= zlepšení) pouze v jedné sledované doméně, ve dvou doménách došlo k posunu u 9 klientů a 3 klienti ze sledovaných se posunuli ve 3 sledovaných doménách.

v doméně AB - 4 klienti, BC - dva klienti, CD - 4 klienti, BD - 2 klienti, AC - 4 klienti, AD- 1 klient.



U celkového počtu sledovaných klientů byl zaznamenán pozitivní efekt terapie, který se projevil posunem v jednotlivých sledovaných oblastech: v položce A u 7 klientů, v položce B u 8 klientů, v položce C u 11 klientů a v položce D u 9 klientů.

Nejvýraznější efekt byl zaznamenán v doméně C „Školní a herní participace“. Tato oblast zahrnuje zapojení do hry, grafomotoriku a práci u stolu, stejně jako vytrvalost a schopnost udržet pozornost.

Tento výsledek lze terapeuticky vysvětlit charakterem působení ergoterapie, která je primárně zaměřena na podporu funkčního zapojení dítěte do smysluplných činností, mezi něž hra a školní aktivity v dětském věku zásadně patří. Ergoterapie využívá cílené aktivity k rozvoji jemné motoriky, koordinace oko–ruka, posturální stability a senzoričného zpracování, což jsou klíčové předpoklady pro úspěšné zvládnání grafomotorických úloh i práce u stolu.

Současně dochází prostřednictvím strukturovaných činností k tréninku exekutivních funkcí, zejména pozornosti, vytrvalosti a schopnosti dokončit úkol. Terapie často probíhá formou hry, která je pro dítě přirozeně motivující, čímž podporuje aktivní zapojení a delší setrvání u činnosti. Opakované zapojování do těchto aktivit vede k upevňování dovedností a jejich lepšímu přenosu do běžného prostředí, například do školního kolektivu.

Výraznější změna právě v této doméně tedy souvisí s tím, že ergoterapie přímo cílí na dovednosti nezbytné pro školní a herní participaci a zároveň pracuje v kontextu aktivit, které jsou pro děti vývojově aktuální a významné. Výsledky tak odpovídají věku a vývojovému období sledovaných probandů, kdy v předškolním a mladším školním věku dochází k intenzivnímu rozvoji těchto funkcí a dítě je na terapeutické ovlivnění v této oblasti velmi receptivní.

Další výrazný posun byl zaznamenán v doméně D „Sociální adaptace“, kde došlo ke zlepšení u 9 klientů. V rámci této oblasti byla hodnocena především schopnost spolupráce a adekvátní reakce na instrukci.



Tento výsledek lze rovněž terapeuticky podpořit charakterem ergoterapeutické intervence, která probíhá ve strukturovaném, ale zároveň přirozeném a pro dítě srozumitelném kontextu. Terapeut při práci s dítětem systematicky využívá jasně formulované instrukce, modelování chování a nácvik sociálních interakcí v rámci společné činnosti. Dítě je tak opakovaně exponováno situacím, ve kterých se učí reagovat na zadání, sdílet pozornost a spolupracovat s druhou osobou.

Významnou roli hraje také terapeutický vztah, který poskytuje bezpečné prostředí pro zkoušení nových forem chování. Prostřednictvím hry a společných aktivit dochází k přirozenému rozvoji sociálních dovedností, jako je střídání se, respektování pravidel či přijímání vedení druhou osobou. Tyto dovednosti jsou následně přenositelné do běžného prostředí, například do školního kolektivu nebo rodiny.

Zlepšení v oblasti sociální adaptace tak souvisí nejen s cíleným nácvikem, ale i s celkovým rozvojem regulačních schopností, pozornosti a porozumění situaci, které ergoterapie podporuje v rámci smysluplných a funkčně zaměřených aktivit.

V doméně B bylo zaznamenáno zlepšení u 8 klientů. Tato oblast se zaměřovala na mobilitu a manipulaci, konkrétně na přesun a chůzi, jemnou motoriku a manipulaci s předměty.

Z terapeutického hlediska lze tento posun vysvětlit cíleným působením ergoterapie na rozvoj motorických a senzomotorických funkcí. Ergoterapeutická intervence podporuje integraci sensorických podnětů, zlepšení posturální kontroly a koordinace pohybu, což se přímo promítá do kvality lokomoce i účelné manipulace s předměty. Nácvik je realizován prostřednictvím funkčně zaměřených aktivit, které vyžadují aktivní zapojení horních i dolních končetin, koordinaci oko–ruka a adekvátní plánování pohybu (praxe). Opakované provádění těchto činností vede k postupnému zefektivnění motorických strategií a k lepší adaptaci na požadavky běžného prostředí.



Zlepšení v této doméně zároveň úzce souvisí s rozvojem jemné motoriky, která je systematicky stimulována při činnostech zaměřených na úchop, manipulaci s drobnými předměty či grafomotorické aktivity. Tyto dovednosti tvoří základ nejen pro samostatný pohyb a manipulaci, ale také pro další oblasti funkčního zapojení dítěte.

V položce A, tedy v doméně „Sebeobsluha“, bylo zaznamenáno zlepšení u 7 klientů. Tato oblast zahrnovala dovednosti jako jídlo, oblékání a zvládání hygieny (toaleta).

Menší, avšak stále významný posun v této doméně lze vysvětlit vyšší komplexností těchto aktivit, které vyžadují integraci motorických, kognitivních i sociálních dovedností. Sebeobslužné činnosti kladou nároky nejen na jemnou a hrubou motoriku, ale také na sekvenování činností, porozumění instrukcím, míru samostatnosti a motivaci dítěte. Ergoterapie se v této oblasti zaměřuje na nácvik konkrétních denních aktivit (ADL – activities of daily living), jejich strukturování a postupné osamostatňování dítěte.

Proces osvojování sebeobslužných dovedností bývá zpravidla pomalejší, jelikož vyžaduje generalizaci naučených schopností do přirozeného prostředí (domov, škola) a aktivní spolupráci rodiny. Zlepšení v této doméně tak odráží nejen terapeutické působení, ale i postupné zrání dítěte a jeho rostoucí schopnost samostatného fungování v běžném denním režimu.

Při interpretaci výsledků je však nutné zohlednit i určité limity studie, které mohly mít vliv na míru zaznamenaného efektu terapie.

Významným faktorem je především **heterogenita sledovaného souboru**, a to jak z hlediska věku, tak i typu a závažnosti zdravotního postižení (diagnózy). Jednotliví klienti se nacházeli v odlišných vývojových fázích, což ovlivňuje jejich aktuální schopnosti i potenciál pro změnu. Současně různé diagnózy podmiňují odlišnou dynamiku rozvoje funkcí a rozdílnou míru odpovědi na terapeutickou intervenci.

Dalším důležitým aspektem jsou **rodinné zdroje**, zejména finanční a organizační možnosti rodiny. Ty mohou významně ovlivnit intenzitu a kontinuitu terapie. Některé



děti byly zapojeny pouze do jedné formy intervence, zatímco jiné současně absolvovaly více typů terapií (např. fyzioterapii, logopedii, hypoterapii apod.), což mohlo pozitivně ovlivnit jejich celkový vývoj a tím i výsledky hodnocení.

Tyto skutečnosti je proto nutné brát v úvahu při interpretaci výsledků, jelikož mohou částečně zkreslovat přímý efekt samotné ergoterapie. Zároveň však odrážejí reálné podmínky klinické praxe, kde je terapeutický proces vždy ovlivňován individuálními charakteristikami klienta i jeho rodinného zázemí.

Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že použitý (vytvořený) hodnotící nástroj se v praxi ukázal jako vhodný a přínosný pro sledování efektivity ergoterapeutické intervence. Test umožnil zachytit změny v jednotlivých sledovaných doménách a poskytl strukturovaný přehled o vývoji dovedností klientů v čase.

Vzhledem k uvedeným limitům studie se podařilo prokázat pozitivní posun napříč oblastmi, přičemž výsledky zároveň odpovídají zaměření ergoterapie i vývojovým specifikům cílové skupiny. Hodnotící nástroj tak prokázal dostatečnou senzitivitu k zachycení změn v důsledku terapeutického působení na CS.

Lze proto konstatovat, že test je v podmínkách praxe dobře využitelný, a to nejen pro evaluaci efektivity terapie, ale i jako podklad pro plánování individuální intervence a sledování pokroku klientů. Zároveň představuje vhodný nástroj pro systematické vyhodnocování výsledků realizovaného projektu.

### **5.1.3.2. Hodnocení spokojenosti klientů s aktivitou KA2 projektu**

V rámci evaluačního šetření aktivity KA2 bylo osloveno celkem 20 pečujících osob, které využily služeb ergoterapie zaměřené na nácviky a poradenství v péči o dítě a jejich dítě podstupovalo individuální ergoterapii. Respondentky odpovídaly na sedm hodnotících otázek pomocí škály „ano“, „spíše ano“, „spíše ne“, „ne“ a „nevím“. (Viz příloha č. 3 a 6).



Získaná data ukazují na velmi vysokou míru spokojenosti s realizovanou aktivitou. Ve všech sledovaných oblastech výrazně převažovaly pozitivní odpovědi, přičemž negativní hodnocení („spíše ne“, „ne“) se nevyskytlo vůbec.

Nejvyšší míra jednoznačně pozitivního hodnocení byla zaznamenána u otázky zaměřené na celkový přínos ergoterapie, kde všech 20 respondentek uvedlo odpověď „ano“. Obdobně vysoká míra souhlasu byla zaznamenána také u otázky týkající se praktického využití získaných informací v každodenní péči (17× „ano“, 3× „spíše ano“) a zájmu o pokračování spolupráce (19× „ano“, 1× „spíše ano“).

V oblasti získávání nových informací a dovedností respondentky rovněž hodnotily aktivitu velmi pozitivně (8× „ano“, 12× „spíše ano“). Podobný trend byl patrný i u rozšíření povědomí o kompenzačních pomůckách, kde převažovala odpověď „spíše ano“ (15 respondentek), přičemž pouze jedna respondentka uvedla odpověď „nevím“.

Z hlediska posílení jistoty v praktických dovednostech (např. manipulace s dítětem, oblékání, organizace denního režimu či komunikace) všechny respondentky uvedly pozitivní posun (7× „ano“, 13× „spíše ano“). To naznačuje, že aktivita KA2 přispěla ke zvýšení kompetencí pečujících osob v každodenní péči.

Specifickou oblastí bylo také vnímání nových pohledů na vlastní situaci, kde převažovala odpověď „spíše ano“ (18 respondentek), což může indikovat postupný proces změny perspektivy a reflexe vlastní role pečující osoby.

Celkově lze shrnout, že aktivita KA2 byla hodnocena velmi pozitivně. Výsledky potvrzují její významný přínos jak v rovině praktických dovedností, tak v oblasti podpory a orientace pečujících osob. Zároveň vysoký zájem o pokračování spolupráce naznačuje potřebnost a relevanci této aktivity v rámci projektu.



## 5.2. Výsledky kvalitativního šetření

Kvalitativní část evaluace byla realizována formou **polostrukturovaných rozhovorů** s vybranými klientkami projektu. Do výzkumu bylo zapojeno celkem **13 respondentek**, které byly vybrány na základě následujících kritérií: zapojení alespoň do dvou klíčových aktivit projektu a absolvování minimálně 30 hodin podpory. Ve sledovaném vzorku se všechny respondentky účastnily **tří projektových aktivit (KA1, KA2 a KA3)** a splňovaly minimální požadovaný rozsah podpory.

Všechny oslovené klientky se zapojením do rozhovoru souhlasily. Rozhovory probíhaly převážně **ve druhé polovině realizace projektu, od září 2024**, přičemž průměrná délka jednoho rozhovoru byla přibližně **30 minut**. Rozhovory byly vedeny **koordinátorem projektu/sociálním pracovníkem**. Jednotlivé respondentky byly zároveň psychoterapeutem interně doporučeny k účasti na rozhovoru, přičemž psychoterapeut byl v rámci KA2 obeznámen se situací klientek a posoudil vhodnost jejich zapojení do kvalitativního šetření.

Pro účely výzkumu byl předem připraven **scénář polostrukturovaného rozhovoru**, který obsahoval **šest otevřených hlavních otázek doplněných třemi podotázkami** (viz příloha č. 4). Otázky byly zaměřeny na mapování zkušeností rodin s dětmi se zdravotním postižením a na hodnocení přínosu jednotlivých projektových aktivit, zejména v kontextu **multidisciplinárního přístupu, získávání praktických informací, nácviku dovedností a osobních změn účastníků**.

Otázky byly formulovány s cílem zhodnotit dopad a přínos služeb poskytovaných v rámci projektu „Beta poradna – služby pro rodiny s dětmi a mladistvými se zdravotním postižením“ (CZ.03.02.02/00/22\_017/0000628). Evaluace se zaměřuje na zkušenost účastníků s aktivitami projektu, zejména v oblasti ergoterapie, psychoterapie, odborného poradenství a podpůrných pobytových aktivit pro rodiny.

Otázky sledují především **změny v životní situaci účastníků a jejich rodin**, které mohly nastat v důsledku zapojení do projektových aktivit. Zkoumán je zejména přínos služeb z hlediska rozšíření perspektivy účastníků na jejich vlastní situaci, posílení jejich



orientace v možnostech podpory a schopnosti zvládat náročné životní situace spojené s péčí o dítě se zdravotním postižením.

Další významnou oblastí byla **identifikace konkrétních změn v každodenním fungování rodiny**, včetně dopadů na kvalitu života rodinného systému, organizaci péče o dítě se zdravotním postižením a zvládání psychosociální zátěže. Součástí evaluace je rovněž identifikace faktorů, které mohly dosažení těchto změn podpořit nebo naopak limitovat.

Výzkum se dále zaměřoval na **dostupnost, srozumitelnost a praktickou využitelnost informací**, které účastníci prostřednictvím projektu získali, a na jejich přínos pro každodenní péči o dítě se zdravotním postižením a fungování rodiny.

Další sledovanou oblastí byl **rozvoj rodičovských, pečovatelských a psychosociálních kompetencí účastníků**, například v oblasti péče o vlastní duševní pohodu, komunikace v rodině, vztahů mezi partnery či podpory dítěte v jeho každodenních aktivitách.

Součástí evaluace je také **identifikace aktivit projektu, které účastníci vnímají jako nejpřínosnější a nejefektivnější**, a to zejména z hlediska podpory pozitivní změny, získání nových dovedností a zlepšení kvality života rodiny.

Získaná data byla analyzována pomocí tematické analýzy. Přepisy rozhovorů byly opakovaně čteny a jednotlivé výpovědi byly kódovány podle významových témat souvisejících s výzkumnými otázkami. Následně byly identifikované kódy seskupeny do širších tematických kategorií, které umožnily zachytit hlavní zkušenosti respondentek a vnímané přínosy projektových aktivit.



## Výsledky kvalitativní části evaluace

Analýza rozhovorů byla provedena metodou tematické analýzy, při které byly výpovědi respondentek tematicky tříděny podle významových kategorií souvisejících s jednotlivými otázkami. Níže jsou uvedeny hlavní tematické okruhy, které z rozhovorů vyplynuly.

### **a. Rozšíření pohledu na vlastní situaci**

První výzkumná otázka se zaměřovala na to, zda účast v projektových aktivitách přispěla k **rozšíření pohledu respondentek na jejich životní situaci a možnosti řešení náročných situací spojených s péčí o dítě se zdravotním postižením.**

Z odpovědí respondentek vyplynulo, že projektové aktivity v řadě případů přispěly k lepšímu porozumění jejich situaci a k větší orientaci v možnostech podpory. Respondentky zmiňovaly zejména:

- větší porozumění potřebám dítěte

(R4: “Nenapadlo mě, že to X takhle potřebuje.”; R7: “..asi teda potřebuje víc pochopení.”; R10: “ X potřebuje víc podnětů zřejmě.”; R12: “Musím na X jít pomaleji, prostě to takhle nedává”, R13: “ X potřebuje víc prostoru a třeba jen můj dozor.” atd.)

- nové informace o možnostech podpory a služeb
- sdílení zkušeností s dalšími rodiči
- získání širšího pohledu na vlastní situaci

(R2: “Nenapadlo mě, že to takhle vypadá.”; R4: “Když se nad tím zamyslím, tak to asi takhle máme.”, R9: “Teď to vidím, kde jsem se zasekla.”; R11: “Dochází mi, že jsme prostě jen v tý péči.” atd.)

Některé respondentky uváděly, že jim účast v projektu pomohla **uvědomit si, že v podobné situaci nejsou samy**, což mělo pozitivní vliv na jejich psychickou pohodu.



(R3: "Je to dobrý tady vidět ty ostatní rodiče."; R8: "Nenapadlo mě, že i ti jiní to taky řeší."; R1: "Je skvělý, že si tady o tom můžu s ostatními popovídat"; R3: "Ta Y tohle řeší úplně stejně s X, jako my."; R11: "Mám teďka pocit, že v tom vlastně jako nejsem jen já s mužem." atd.)

## b. Změny v životní situaci rodiny

Druhá výzkumná otázka se zaměřovala na to, zda v důsledku účasti v projektu došlo k **konkrétním změnám v životě respondentek a jejich rodin**.

Z rozhovorů vyplynulo, že u části respondentek došlo k různým typům změn, například:

- zlepšení organizace péče o dítě
- větší jistota při řešení každodenních situací
- změny v přístupu k výchově a komunikaci s dítětem
- větší důraz na vlastní psychohygienu a péči o sebe

(R1: "Došlo mi, že to musíme vyřešit nějak celkově organizačně", R3: "Budeme se s manželem víc střídat.", R7: "Asi víc zapojíme i babičku.", R8: "Už jsem si na to takhle zvykla a naučila jsem se to.", R9: "Ze začátku mi přišlo, že to nedám, ale ten systém mě asi podrží, když si ho nastavím.", R10: "Musím to brát víc jak to je a taky si dát občas volno.", R12: "X to takhle prostě mít nebude, není to jednoduchý, ale dívám se na to už nějak víc střízlivěji.", R13: "Potřebuju taky odpočívat, jinak to nezvládnou.")

Respondentky zároveň popisovaly, že tyto změny měly **pozitivní dopad na kvalitu jejich života i na fungování celé rodiny**.

V případech, kdy respondentky významnější změny neidentifikovaly, byly jako možné důvody uváděny zejména:

- již dříve získané zkušenosti s podobnými službami



(R3: "Tohle už mi říkali v raný péči."; R6: "Znala jsem to od známé a asistentka mi to ukázala."; R8: "Chodili jsme tam u nás do takový služby a tam mi tohle trochu už ukazovali." atd.)

- omezené časové možnosti pro implementaci nových přístupů
- náročnost péče o dítě v konkrétní životní situaci rodiny.

(R2: "Máme 8 měsíční dceru a tohle už je nad mojí kapacitu za ten den.", R3: "Jak se narodil druhý syn, tak to nejde.", R6: "Starám se ještě o mojí mámu a nevím, jak bych to stihla.", R7: "To teď nedáme, malá jde do školy."; R12: "Chodím na část úvazku do práce a je toho už moc." atd.)

### c. Dostupnost a využitelnost informací

Další oblastí, kterou rozhovory sledovaly, byla **dostupnost a využitelnost informací**, které respondentky prostřednictvím projektu získaly.

Většina respondentek uvedla, že získané informace považuje za **užitečné a prakticky využitelné v každodenním životě**. Informace se týkaly zejména:

- možností sociální podpory
- dostupných služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením
- praktických postupů v péči o dítě
- doporučení pro rozvoj dítěte a práci s jeho potřebami.

Respondentky zároveň uváděly, že jim tyto informace pomáhají **lépe se orientovat v systému podpory a efektivněji řešit každodenní situace spojené s péčí o dítě**.

(R1: "Jsem ráda, že to takhle můžu slyšet uceleně.", R2: "Informace za těch pár let mám, ale nikdo mi to neřekl takhle návazně.", R6: "To jsem nevěděla, pořád mi říkali, že takhle to nejde, že na to nedosáhneme.", R8: "Zkusím to takhle navrhnout a vyřešit asistenta.", R12: "Tenhle druh terapie je pro mě nová informace, mohlo by nám to pomoci.", R13: "Tohle nám pomůže, řešíme to každý den.")



#### d. Rozvoj dovedností a kompetencí

Významným tématem rozhovorů byl také **rozvoj dovedností a kompetencí respondentek**, které mohly získat během projektových aktivit.

Respondentky uváděly zejména rozvoj v oblastech:

- praktických dovedností v péči o dítě
- komunikace s dítětem
- zvládání náročných situací

(R2: "Vím, co teď mám dělat.", R4: "Mám pocit, že jsem teď taková připravenější, když to přijde.", R5: "S tou pomůckou mi to teďka půjde líp.", R7: "Teď zvládnou jeho sed líp pohlídat v tom vozíku.", R9: "Mám plán a budu podle něj postupovat.", R10: "Musím do toho X víc zapojit, aby si řekl co chce." R11: "Budu se snažit s ním víc mluvit.", R12: "Asi už není úplně malý a je potřeba s ním o tom víc komunikovat.")

- péče o vlastní psychickou pohodu
- partnerské komunikace a rodinných vztahů.

(R1: "Potřebuju si vždycky ráno srovnat hlavu.", R2: "Běh mi pomáhá si vyčistit myšlenky, abych se nezbláznila.", R3: "Potřebuju si to kafe dát, jinak bych se zbláznila.", R4: "Manžel u toho byl a slyšel to, viděl, změnil názor.", R5: "Víc už o tom mluvíme, to dřív nebylo, ale taky to tu viděl.", R8: "S X jsme se teď hodně posunuli, víc plánujeme a komunikujeme, jak to uděláme, kdo, kde bude.", R9: "Jsem schopná to teď manželovi vysvětlit, nedokázala jsem o tom mluvit." atd.)

Tyto nově získané dovednosti/uvědomění podle respondentek přispěly ke **zlepšení jejich každodenního fungování a celkové pohody v rodině.**



### e. Nejefektivnější projektové aktivity

V závěru rozhovorů byly respondentky dotazovány na to, **které projektové aktivity vnímaly jako nejpřínosnější.**

Z odpovědí vyplynulo, že mezi nejvíce oceňované aktivity patřil zejména:

- pobyt rodičů s dětmi (který umožnil uplatnění získaných zkušeností v praxi s možnostmi porady v čase a tréninku pod supervizí odborníka)

a možnost využití psychoterapie pro ně samotné a ergoterapie, jako nástroj pro podpory dítěte (přímá terapie) a jich samotných v podobě poradenství, guidingu a nácviku. Dále hodnotily respondentky kladně zejména:

- možnost sdílení zkušeností s dalšími rodiči
- prakticky zaměřené aktivity a nácvik dovedností
- čas strávený s rodinou při současné podpoře odborníků

Respondentky často zdůrazňovaly také značný význam **multidisciplinárního přístupu**, který jim umožnil získat podporu z více odborných perspektiv.

Analýza rozhovorů identifikovala následující hlavní tematické okruhy:

#### ⇒Vnímání změny a přínosu projektu

Respondenti popisovali zejména:

- lepší orientaci ve své životní situaci,
- větší jistotu v rodičovské roli,
- snížení pocitu izolace a zlepšení vztahů v rodině,
- získání nových dovedností, přístupů a technik.



### ⇒Přínos multidisciplinární spolupráce

Klientky pozitivně hodnotily propojení psychoterapeutické, ergoterapeutické a sociálně-pedagogické podpory dostupné na jednom místě, flexibilitu a včasnou reakci na měnící se potřeby dítě/mladého dospělého se ZP v čase.

### ⇒Udržitelnost změn

Respondentky uváděly, že získané dovednosti a strategie jsou dlouhodobě využitelné i po ukončení účasti v projekt (relaxační techniky, informace o typech služeb, kontakty, lepší orientace v možnostech využití druhů služeb pro jejich děti apod.)

→ *Kvalitativní zjištění potvrzují výsledky kvantitativního šetření.*



## 6. Hlavní zjištění, závěry, doporučení

### Klíčové zjištění k eval. otz. č. 1.

- Realizace projektových aktivit byla reálná a úspěšně naplňována s ohledem na potřeby cílové skupiny.
- Aktivity byly dobře nastavené (časově, personálně i finančně) a vycházely z dlouhodobé praxe organizace.
- Multidisciplinární přístup umožnil efektivně reagovat na komplexní potřeby klientů.
- Projekt byl založen na reálně identifikovaných potřebách rodin, což přispělo k jeho funkčnosti.
- Projekt reagoval na nedostatečnou kapacitu podpůrných služeb pro neformální pečující v ČR.
- Realizace projektu přispěla k částečnému zaplnění této systémové mezery.

### Klíčové zjištění k eval. otz. č. 2

- Realizované aktivity vedou k významným pozitivním změnám u klientů.
- Zlepšení se týká zejména psychické stability, zvládnání zátěže, orientace v situaci a soběstačnosti.
- Změny jsou měřitelné (alespoň částečně kvantifikovatelné).
- Byly zachyceny kombinací kvalitativních i kvantitativních metod (dotazníky, škály, indikátory).
- Významná část klientů dosáhla prokazatelného pokroku oproti výchozímu stavu.
- Výsledky potvrzují účinnost a přínos projektových aktivit pro cílovou skupinu.



### Klíčové zjištění k evl. otz. č. 3

- Zlepšení zvládání každodenní zátěže spojené s péčí o dítě se zdravotním postižením.
- Snížení psychických obtíží a lepší zvládání stresu u klientů.
- Zvýšení jistoty v rodičovské roli a ve vlastních kompetencích.
- Praktické zlepšení péče: lepší organizace, manipulace s dítětem a orientace v možnostech podpory.
- Pozitivní změny u dětí: větší soběstačnost, více zapojení do běžných aktivit a lepší sociální interakce.
- Větší porozumění potřebám dítěte a celkový posun v přístupu k vlastní sociální situaci.
- Stabilizace rodinného fungování a celkové zvýšení kvality života.

### Doporučení pro praxi

- Zachovat a dále rozvíjet multidisciplinární přístup
- Posilovat kapacity služeb a zajistit jejich dlouhodobou stabilitu.
- Rozšiřovat dostupnost psychoterapeutické podpory.
- Systematicky rozvíjet ergoterapii.
- Podporovat propojení ergoterapie s přirozeným prostředím klientů.
- Pokračovat v monitorování dopadů služeb.
- Na systémové úrovni podporovat propojení zdravotních a sociálních služeb.
- Podporovat vzdělávání a rozvoj podpory neformálních pečujících.



## 7. Seznam zdrojů

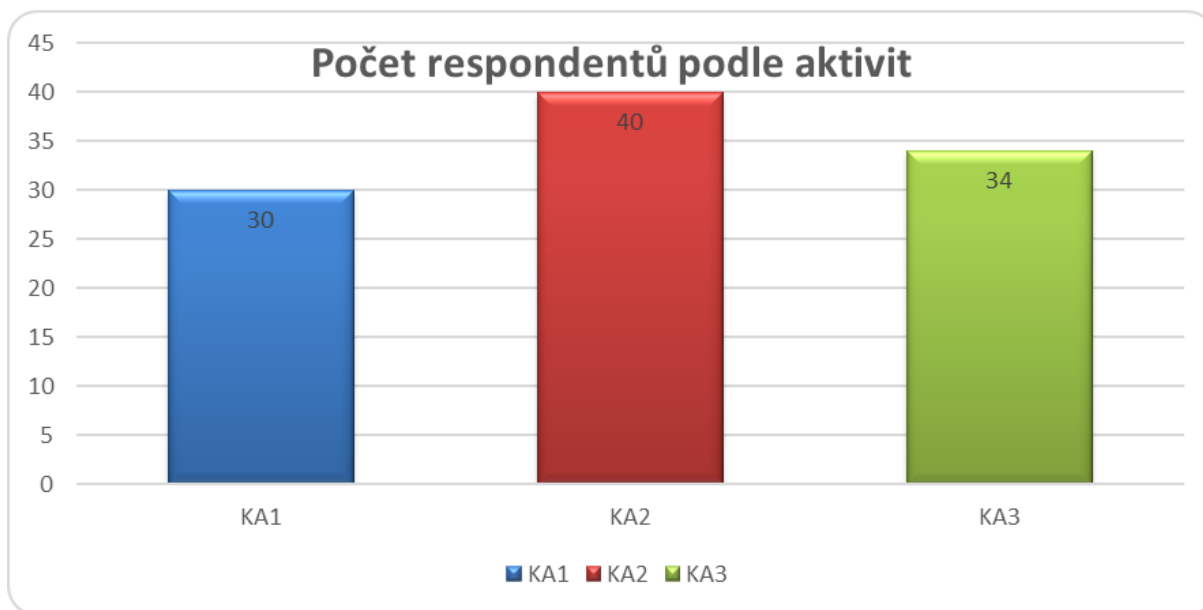
- interní projektová dokumentace
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Barthelové test základní* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2018 [cit. 2026-04-15]. Dostupné z: [Barthelův test – PDF](#)
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Průvodce evaluací projektu ve výzvách 014, 017 a 027 OPZ+* [online]. Praha: MPSV, 2024 [cit. 2026-04-15]. Dostupné z: <https://www.esfcr.cz/documents/21802/19601878/Pr%C5%AFvodce+evaluac%C3%AD+projektu+ve+v%C3%BDzvach+014+017+027+OPZ%2B.pdf/6707df04-ece3-4070-875d-8be0ed536185>



## 8. Přílohy

### Příloha č. 1

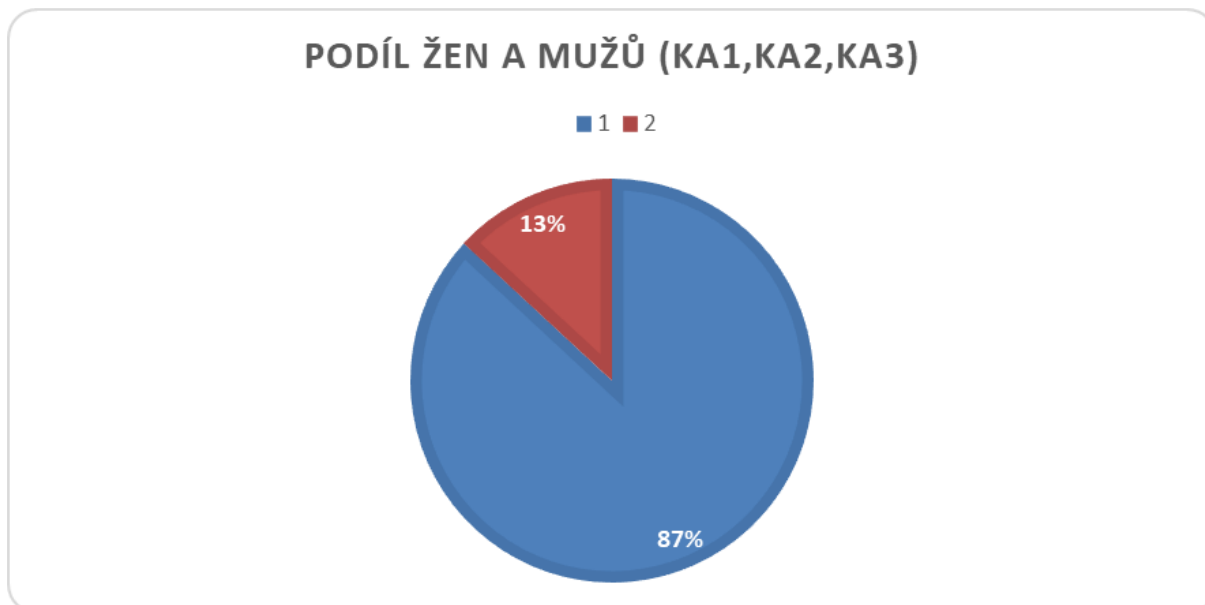
#### Graf celkového počtu klientů, zapojených do evaluace





## Příloha č. 2

### Graf rozložení mužů a žen zapojených do evaluace projektu





### Příloha č. 3

#### Přehledová tabulka výsledků KA2 (n = 20)

Otázka	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	Nevím	Celkem
1. Přínos ergoterapie	20	0	0	0	0	20
2. Nové informace/dovednosti	8	12	0	0	0	20
3. Povědomí o pomůckách	4	15	0	0	1	20
4. Jistota v manipulaci	7	13	0	0	0	20
5. Praktický přínos v péči	17	3	0	0	0	20
6. Nové pohledy na situaci	2	18	0	0	0	20
7. Zájem pokračovat	19	1	0	0	0	20

→**Souhrnná tabulka (všechny odpovědi)**

Celkem odpovědí: **140 (7 otázek × 20 respondentek)**

Odpověď	Počet	Podíl (%)
Ano	77	55 %
Spíše ano	62	44 %
Spíše ne	0	0 %
Ne	0	0 %
Nevím	1	1 %
<b>Celkem</b>	140	100 %

#### Doplňující otevřená otázka (Otázka č. 4)

**Oblasti, ve kterých respondentky uváděly zlepšení:**

- manipulace s dítětem
- oblékání
- denní režim
- komunikace



## Stručná interpretace

- Výsledky jsou **výrazně pozitivní** – dominují odpovědi „ano“ a „spíše ano“ (99 %).
- Nejvyšší absolutní spokojenost:
  - přínos ergoterapie (100 % „ano“)
  - zájem pokračovat (95 % „ano“)
- Nejvíce „spíše ano“:
  - nové pohledy na situaci (naznačuje spíše postupnou změnu perspektivy než okamžitý efekt)
- Minimální nejistota (pouze 1 odpověď „nevím“).



## **Příloha č. 4: Scénář polostrukturovaného rozhovoru kvalitativního šetření**

### **Navržené otázky polostrukturovaného rozhovoru:**

1. Přispěly Vámi absolvované aktivity projektu k rozšíření pohledu na Vaši situaci?
2. Došlo u Vás k nějakým konkrétním změnám po ukončení/během užívání služeb?
  - 2.a V případě, že ano k jakým konkrétním změnám u Vás došlo a jak ovlivňují kvalitu Vašeho žití a žití celé rodiny?
  - 2.b. V případě, že ne, co tomu bránilo a co by Vám konkrétně pomohlo
3. Máte dostatek informací v oblastech, ve kterých jste informace hledali?
4. Pomáhají Vám tyto získané informace ve Vaší každodenní péči a v chodu rodiny?
  - 4.a. Jak Vám pomáhají?
5. Podařilo se Vám získat nové dovednosti, které přispívají ke zlepšení Vašeho osobního života a života celé rodiny (v péči o sebe, v kontaktu s dětmi, s partnery, atd...)
6. Která z absolvovaných aktivit byla pro Vás nejefektivnější ve smyslu změny a proč?



## Příloha č. 5:

### Strukturovaný dotazník zpětné vazby při ukončení práce s klientem v individuální psychoterapii

#### OTÁZKY

1. Probíhala práce v souladu s definovaným kontraktem (tj. směrem k dosažení cílů, na kterých jste se s terapeutem vzájemně domluvili)? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
2. Jak jste si s terapeutem rozuměli v tom, jaké změny by pro vás byly dobré?
3. Přinesla vám terapie nové pohledy na vaši situaci? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
4. Přinesla vám terapie jasnější představu o vašich možnostech změny v péči? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
5. Cítíte, že věci, které jste v rámci terapie dělal/a, vám pomohou dosáhnout změn, které chcete? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
6. Jaké změny ve vašem životě jste zaznamenal/a v době během terapie? Napište jaké.
7. Hodnotíte Váš vztah s terapeutem v rámci individuální psychoterapii respektující?(ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)



8. Chtěl/a byste, aby něco v terapeutické práci/vztahu bylo jinak?

(ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)

9. Pokud ano, jak by to mělo být?



## Příloha č.6:

### Strukturovaný dotazník míry spokojenosti pečujících rodičů v ergoterapii

#### OTÁZKY

- 1. Byla pro Vás ergoterapie nácvik/poradenství přínosný/á? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
- 2. V rámci nácviků/předávání informací o možnostech provádění přesunů či manipulaci s dítětem jste se dozvěděl/a nové informace/poznatky/dovednosti? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
- 3. Máte širší povědomí o kompenzačních pomůckách, které můžete v péči využít (nyní i v budoucnu)? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
- 4. Jste si jistější v provádění nějaké konkrétní manipulaci/handlingu/technice, kterou používáte v péči o své dítě? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
- Prosím napište o jakou oblast se jedná\_\_\_\_\_
- 5. Pomohly Vám získané informace/nácvik prakticky ve vaší každodenní péči? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
- 6. Přinesla Vám ergoterapie nové pohledy na Vaši situaci? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)
- 7. Měl/a byste zájem s nácviky/poradenstvím v rámci ergoterapie pokračovat? (ano, spíše ano, ne, spíše ne, nevím)



## Příloha č. 7:

### Strukturovaný dotazník míry spokojenosti pečujících rodičů na psychorehabilitačním pobytu:

#### OTÁZKY

##### I. část: zhodnocení pobytu - celkově

- 1. Co vás na pobytu nejvíce zaujalo?
- 2. Co vám pobyt přinesl?
- 3. Co vám naopak chybělo?
- 4. Co vám vyhovovalo/nehovovalo po organizační stránce?
- 5. Jak hodnotíte společný program pro rodiny? Doporučil (a) byste jiné aktivity na společném programu?
- 6. Byl (a) jste spokojena s hlídáním asistentů?
- 7. Napište, prosím, alespoň 2 věci, které se Vám líbily, se kterými jste byl/a spokojen/a.
- 8. Další připomínky, poznámky, které byste nám chtěl/a sdělit?

##### II. část: zhodnocení psychoterapeutické podpory na pobytu

Na stupnici od 1 do 5 označte u následujících otázek svou odpověď (1=rozhodně ano, 2=spíše ano, 3=nevím, 4=spíše ne, 5=ne)

- 9. Na pobytu jsem získal/a mnoho nových znalostí a dovedností.
- 10. Většinu z obsahu odborného programu pro rodiče mohu použít ve svém životě.



Financováno  
Evropskou unií



- 11. Měl/a jsem možnost vyjádřit svůj názor nebo se zeptat.
- 12. Mé otázky byly vždy uspokojivě zodpovězeny



Příloha č. 8:

<b><u>Dotazník posuzovací stupnice tíže deprese PHQ-9</u></b> (modifikovaná verze dg. nástroje pro dg. běžných psychických onemocnění v primární péči PRIME _MD)				
<b>Objevují se u Vás během posledních 2 týdnů následující obtíže?</b>	<b>Vůbec ne</b>	<b>Několikrát</b>	<b>Více než polovinu času</b>	<b>Téměř pořád, téměř každý den</b>
<b>1. Smutná nebo veselá nálada nebo pocity beznaděje?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>2. Malá nebo žádná radost; malé nebo žádné potěšení z práce, koníčků, věcí?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>3. Špatný spánek, problémy s usínáním, buzením nebo naopak nadměrné spaní?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>4. Únava nebo nedostatek energie?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>5. Nechuť k jídlu nebo naopak sklon k přejídání?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>



<b>6. Pocity vlastní nedostatečnosti nebo selhání, viny?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>7. Potíže soustředit se – např. při studiu, problém číst noviny, knížku, sledovat pořad v televizi?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>8. Pomalé myšlení, mluvení nebo pohybování, nebo naopak nervozitu a neschopnost vydržet chvíli v klidu?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>9. Myšlenky na to, že by bylo lepší vůbec nebýt nebo si dokonce vzít život?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>



### Vyhodnocení

<b>Dosažení bodového skóre Hodnocení tíže deprese podle bodového skóre</b>	
0-4	Žádná deprese
5-9	Mírná deprese (F320)
10-14	Středně těžká deprese (F321)
15-19	Těžká deprese (F322)
20-27	Velmi těžká deprese (F322)



## Příloha č. 9:

### Škála celkového hodnocení Spitzer, Gibbon, Endicot

Robert L. Spitzer, MD, Miriam Gibbon, MSW, Jean Endicott, PhD

Ohodnoťte současnou úroveň fungování klienta výběrem ze škály. Pokud zvažujete mezi dvěma, zvolte prosím tu nižší.

100	<input type="checkbox"/>	Nemá žádné příznaky, bezchybně funguje v širokém rozsahu činností; životní problémy se mu zjevně nevymykají kontrole; díky jeho vřelosti a integritě jej vyhledávají ostatní lidé.
-		
91		
90	<input type="checkbox"/>	Mohou se vyskytnout dočasné příznaky, ale přetrvává u něj dobré fungování ve všech oblastech; projevuje zájem o široké spektrum činností a účastní se jich; je společensky činný, obecně spokojený s životem; „každodenní“ starosti mu jen příležitostně přerostou přes hlavu.
-		
81		
80	<input type="checkbox"/>	Mohou se vyskytovat minimální příznaky, ale dochází u něj pouze k velmi mírné poruše fungování; „každodenní“ starosti a problémy různé intenzity se občas vymykají jeho kontrole.
71		
70	<input type="checkbox"/>	Má některé mírné příznaky (např. depresivní náladu a mírnou nespavost) NEBO trpí potížemi v některých oblastech fungování, ale jinak obecně funguje dobře, udržuje významné mezilidské vztahy a většina neškolených lidí by ho nepovažovala za „nemocného“.
-		
61		
60	<input type="checkbox"/>	Má mírné příznaky NEBO obecně funguje s určitými potížemi (např. má málo přátel a málo projevuje city, má depresivní nálady, patologické pochyby o sobě samotném, euforické nálady, hovoří překotně, jeho chování je středně těžce asociální).
-		
51		
50	<input type="checkbox"/>	Trpí některými vážnými příznaky nebo poruchou fungování, které by podle většiny klinických psychologů zjevně vyžadovaly léčení nebo péči (např. sebevražedné myšlenky nebo gesta, silné obsedantní rituály, časté ataky úzkosti, těžké asociální chování, nutkavé pití).
-		
41		



40	<input type="checkbox"/>	Má vážné poruchy v některých oblastech, například v zaměstnání, v rodinných vztazích, úsudku, myšlení či rozpoložení (např. depresivní žena se vyhýbá přátelům, zanedbává rodinu, nedokáže se starat o domácnost), NEBO trpí některými poruchami v ověřování reality nebo komunikaci (např. řeč bývá občas nesrozumitelná, nelogická či irelevantní), NEBO se jednou vážně pokusil o sebevraždu.
31		
30	<input type="checkbox"/>	Je neschopen fungovat v téměř všech oblastech (např. zůstává v posteli celý den), NEBO jeho chování výrazně ovlivňují přeludy či halucinace, NEBO má vážné poruchy v komunikaci (např. někdy mluví nesouvisle nebo nereaguje) nebo úsudku (např. jedná velmi nevhodně).
21		
20	<input type="checkbox"/>	Potřebuje určitou míru dohledu, aby neublížil sobě či ostatním nebo k zajištění minimální osobní hygieny (např. opakované pokusy o sebevraždu, časté projevy násilí, manické rozrušení, rozmazává výkaly), NEBO těžké narušení komunikace (např. mluví převážně nesouvisle nebo nemluví vůbec).
11		
10	<input type="checkbox"/>	Potřebuje neustálý dohled po dobu několika dní, aby neublížil sobě či ostatním, nebo nedělá nic pro zajištění osobní hygieny.
1		

“Toto dílo Výstupní evaluační zpráva projektu č. CZ.03.02.02/00/22\_017/0000628 Beta poradna - služby pro rodiny s dětmi a mladistvými se zdravotním postižením je licencováno pod licencí Creative Commons CC BY-SA 4.0. Licenční podmínky navštivte na adrese CC BY-SA 4.0. Právní ujednání | Uveďte původ-Zachovejte licenci 4.0 Mezinárodní | Creative Commons.”