

MASARYKOVA UNIVERZITA

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

**Faktory ovlivňující kvalitu života v Domově pro osoby se zdravotním
postížením z pohledu ošetřujícího personálu**

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph. D.

Vypracovala:

Bc. et Bc. Alena Machulková

Brno 2011

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem závěrečnou diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných literárních pramenů, dalších informací a zdrojů v souladu s Disciplinárním řádem pro studenty Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.“

V Brně 2011

.....

Poděkování

Mé poděkování patří

paní PhDr. Dagmar Přinosilové, Ph. D., za odborné vedení, ochotu, vstřícný přístup a zejména cenné rady, které mi poskytla jako vedoucí diplomové práce na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity.

Dále děkuji vedoucím a zaměstnancům jednotlivých Domovů pro osoby se zdravotním postižením za poskytnutá data a informace.

OBSAH

ÚVOD	5
1 ZDRAVÍ A NEMOC	7
1.1 Zdraví	8
1.2 Nemoc.....	8
1.3 Choroba	10
1.4 Kvalita života.....	11
2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM SE ZAMĚŘENÍM NA MENTÁLNÍ RETARDACI	13
2.1 Pojmové vymezení – mentální retardace.....	14
2.2 Sociální význam mentální retardace.....	17
2.3 Demence	18
2.4 Typy demencí	21
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO ŽIVOTNÍ POMOC	23
3.1 Charakteristika ústavní péče.....	25
3.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.....	27
3.3 Léčba a péče o mentálně postižené.....	27
3.4 Programy aktivit	29
4 MOŽNOSTI VYUŽITÍ VOLNÉHO ČASU V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	31
4.1 Nabídka volnočasových aktivit v Domově pro osoby se zdravotním postižením.....	31
4.2 Pracovní terapie, terapeutické postupy v péči o osoby s mentálním postižením.....	32
4.3 Aktivity a běžný den v Domově pro osoby se zdravotním postižením	35
5 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA UŽIVATELŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM Z POHLEDU OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU	36
5.1 Cíl práce, hypotézy, metody, harmonogram práce.....	36
5.2 Charakteristika výzkumného vzorku osob (ošetřující personál)	38
5.3 Vlastní výzkumná činnost	39
5.4 Analýza výzkumného šetření, diskuze, závěry a doporučení pro praxi	41
ZÁVĚR	56
SHRNUTÍ.....	57
SUMMARY	57
SEZNAM LITERATURY	58
PŘÍLOHY	62

ÚVOD

Mnoho zdravých lidí má potíže při komunikaci s postiženými spoluobčany. Jde o obranné reakce, neboť každý z nás se instinktivně vyhýbá rozhovoru o nepříjemných věcech. Často se mylně domníváme, že postižený nechce mluvit o svých problémech a záměrně zavádíme téma rozhovoru na nepodstatné, všeobecné věci. Někteří lidé jsou v rozhovoru s postiženým tak nejistí, že se vyhýbají očnímu kontaktu s ním, případně pohledu na postižený orgán. Nemocný tuto nejistotu rychle vycítí, komunikace vážne. Zpravidla ale postižená osoba uvítá každou příležitost ke styku se zdravým okolím.

Proto se nevyhýbáme rozhovorům s postiženými lidmi, ale snažíme se jim porozumět, poznat jejich prostředí i potřeby. Na 37. valném shromáždění OSN v roce 1982 byla přijata rezoluce, ve které se říká: „*Více než 500 miliónů lidí na celém světě je postiženo v důsledku mentálního, fyzického nebo smyslového poškození. Jsou oprávněni mít stejná práva a stejné příležitosti k rozvoji jako všichni ostatní.*“ (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2003, s. 97).

Demokratická společnost usiluje o to, aby co nejvíce zdravotně postižených spoluobčanů mohlo být zařazeno (integrováno) mezi zdravou populaci, aby jim bylo poskytnuto odpovídající vzdělání, příprava na povolání, aby pro ně byla vytvořena pracovní místa, aby mohli být samostatní a nezávislí. Zařadit postižené spoluobčany do společnosti znamená ale také vychovávat zdravou populaci k tomu, aby uměla s postiženými občany žít, porozumět jejich potřebám, jejich zvláštnostem, aby postižení občané mohli prožít pokud možno plnohodnotný a radostný život.

Ve své diplomové práci jsem si vybrala jako téma Domov pro osoby se zdravotním postižením a zaměřila jsem se na faktory ovlivňující kvalitu života. Pobývala jsem zde s jeho uživateli i ostatními lidmi pomáhajících profesí, seznamovala se s každodenním životem, radostmi i starostmi v průběhu celého roku. Zaměřila jsem se na pracovní i odpočinkový čas běžného dne a zájmy jednotlivých uživatelů.

Cílem diplomové práce je obecně formulovat kvalitu života osob se zdravotním postižením a pomocí výzkumu zaměřeného na zájmové aktivity a využívání volného času uživatelů alespoň nastínit preference nabízených činností a prožívání obyčejných i svátečních dnů v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Diplomová práce je strukturována do pěti hlavních kapitol s dílčími podkapitolami. První tři kapitoly jsou teoretické, vytvořené na základě analýzy odborné literatury a zpracovávají problematiku osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální retardaci. Také věnují pozornost potřebám péče o osoby s mentálním postižením, charakteristice péče v ošetrovatelském procesu. Čtvrtá kapitola je

zaměřena na volný čas a terapeutické postupy v péči o osoby s mentálním postižením, s praktickými poznatky a zkušenostmi získanými v průběhu návštěv a pobytu v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Kunovicích – Cihlářská. Pátá kapitola prezentuje výsledky výzkumného šetření, které mělo charakter kvantitativního výzkumu. Byl použit vlastní dotazník a výsledky jsou prezentovány ve formě grafů.

Myslím, že motto, které si lidé se zdravotním postižením v tomto domově vybrali, zcela vystihuje atmosféru i život v jednom z mnoha Domovů pro osoby se zdravotním postižením.

„Pro všechny je na slunci místa dost, stačí, když si každý jenom trochu poposedne.“

František Nepil

1 ZDRAVÍ A NEMOC

Podle Stehlíkové (sec. cit. Bártlová, 2003, s. 82) je nutné, aby si lidé uvědomovali, že zdraví, podobně jako talent, vzdělání, životní prostředí aj. jsou v našich podmínkách „vzácné statky“, do kterých je nutné v zájmu jak individuální, tak společenské prosperity investovat. To znamená, že by *„každý člověk měl mít vymezeno své místo, svůj díl kompetence a také odpovědnost za ochranu svého zdraví“*.

Chybou, která se v dřívějších letech často ve výchově ke zdraví dělala, bylo chápání zdraví jako cílové hodnoty, které má být všechno podřazeno. V řadě západních zemí se dnes užívá postupů užívaných sociálním marketingem. Dle Kučery (sec. cit. Bártlová, 2003, s. 82) se zde zdraví nechápe jako hodnota cílová, ale instrumentální. Zdraví tedy není cílem samo o sobě, ale je prostředkem, kterého můžeme využít k dosažení úspěchů, výkonu, pohody atd. *„Moje tělo a můj mozek se přeladily na primitivní nouzový agregát, který mám k dispozici... Sociální kontext mi musí dát oporu, kterou mi nemůže poskytnout mé tělo...“* (Vágnerová, 2004, s. 75). Definování zdraví a nemoci je složitý a multidimenzionální problém. Někteří autoři se dokonce domnívají, že je nelze jednoznačně vymezit. Zdraví představuje v lidské společnosti tradičně jednu z nejvýznamnějších hodnot, uznávanou prakticky ve všech dobách a všech kulturách. Zdraví a nemoc jsou obvykle chápány jako dvě ostře odlišné kvality, které jsou v přísné opozici.

Aby se lidé mohli plně realizovat, potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatným předpokladem pro naši spokojenost a naplnění životních tužeb. Zdraví je chápáno jako důležitý prostředek k dosažení cíle, i když naše cíle mohou být velmi rozdílné. David Seedhouse (sec. cit. Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 15) podává čtyři různé náhledy na pojem zdraví.

LÉKAŘ

- pojmem „zdraví“ rozumí nepřítomnost nemoci, choroby či úrazu.

SOCIOLOG

- pojmem „zdravý člověk“ rozumí člověka, který je schopen dobře fungovat ve všech jemu příslušných sociálních rolích.

HUMANISTA

- slovy „zdravý člověk“ označuje takového člověka, který je schopen pozitivně se vyrovnávat s životními úkoly, které se před ním naskytnou.

IDEALISTA

- pod pojmem „zdravý člověk“ si představuje člověka, kterému je dobře – tělesně, duševně, duchovně i sociálně.

1.1 Zdraví

V průběhu staletí se pojetí zdraví měnilo. I dnes, ve 21. století, se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví. Může být vnímáno úzce v souvislosti se zdravím těla, tedy fyzickým stavem člověka, jako zboží v oblasti komerčního pojetí nebo také jako genetický předpoklad, který se v průběhu života mnohými vlivy mění. Křivohlavý (sec. cit. Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 15 – 16) definuje vztah zdraví a kvalitu zdraví s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“* Velmi rozšířené pojetí zdraví člověka vychází z definice, která je od roku 1947 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizace (WHO): Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.

Zdraví je v této definici vymezováno třemi vzájemně rovnocennými složkami – tělesnou, duševní a sociální. Lidské zdraví je tedy pokládáno za relativně složitý systém, v němž subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří společný, se svým okolím existenčně spjatý dynamický celek.

S pomocí těchto tří rovin se pojem zdraví člověka s konečnou platností vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které v medicíně v minulosti hluboce zakořenilo. Vymezení zdraví člověka se vztahuje na jedince neoddělitelně spjatého se sociálním prostředím.

1.2 Nemoc

Nemoc je z tohoto hlediska poruchou systému člověk – prostředí. V posledních desetiletích je přijímán názor, že nemoc má stejně jako zdraví mnohofaktorový bio-psycho-sociální základ. V posledních desetiletích se poukazuje na omezenost výslovně biologického přístupu k nemoci a požaduje se respektování psychologických i sociálních dimenzí.

Slovo **nemoc** je dle Křivohlavého (2007) definováno jako **porucha zdraví**. Nemocný člověk je stížený nemocí. Anglický termín pro nemocného člověka „ill“ je chápán jako stav,

kdy je něco v nepořádku, kdy to, co má něco dělat, funguje jen s obtížemi, kdy se určitá funkce vychyluje z běžných mezí.

Bártlová (sec. cit. Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 16 – 17) definuje:

„Nemoc je stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu. Staňková definuje nemoc (illness) jako osobní vztah, ve kterém se osoba necítí být zdráva. Může a nemusí být ve vztahu k chorobě.“ Nemoc je chápána jako porucha schopnosti individua plnit očekávané úkoly a role.

Každé onemocnění lze posuzovat ze tří hledisek:

- 1. Somatický aspekt** vymezují příznaky onemocnění. Tělesné potíže, které jsou pro určitou chorobu typické, představují specifický problém a konkrétní omezení. Aktuální potíže, ale i představa závažnosti a prognózy této nemoci vyvolávají určité psychické reakce.
- 2. Psychický aspekt** tvoří souhrn emočních prožitků vyvolaných změnami souvisejícími s chorobou, jejich rozumové hodnocení a z toho vyplývající chování nemocného. Psychická reakce na nemoc není dána jen specifíčností tohoto onemocnění, ale i osobnostními vlastnostmi nemocného člověka, jeho vývojovou úrovní, zkušenostmi, schopností chápat význam choroby pro svůj další život, jeho emoční vyrovnaností, i zafixovanými způsoby zvládnání potíží.
- 3. Sociální aspekt** onemocnění je dán společenským hodnocením nemoci a z něho vyplývajícími postoji a chováním laické veřejnosti. Postoj k nemocnému člověku rovněž závisí na typu choroby, na osobnosti nemocného, jeho věku, premorbidním sociálním postavení apod., ale i na dané společnosti, její vzdělanostní a kulturní úrovni. (Vágnerová, 2004, s. 75 – 76).

Dle Blažka, Olmrové (sec. cit. Vágnerová, 2004, s. 89): *„S nástupem choroby náhle řada situací, které předtím byly nanejvýš důležité, ztrácí na své síle. Svět člověka se stává malým.“*

Nemoc, na rozdíl od pocitu zdraví, přináší potíže. Je pro většinu lidí náročnou životní situací, která je vnímána často jako obtížně zvládnutelná, někdy jako nezvládnutelná. Dochází k neuspokojování celé řady potřeb. Náročné jsou i situace, kdy nemocný musí podstoupit různá diagnostická vyšetření, se kterými se dosud nesešel, nemá o nich dostatečné informace, nebo má informace zkreslené. V neposlední řadě může nemoc přinášet i zhoršení sociálně-

ekonomické situace. Nemocný člověk musí s ohledem na svůj stav přijmout některá omezení, která silně působí na jeho psychiku.

1.3 Choroba

Mohapl (2007) uvádí, že od nemoci se odlišuje choroba, která zahrnuje dvě komponenty, a to proces poškození škodlivinou a soubor obranných a adaptačních reakcí.

Rozdíl mezi nemocí a chorobou bývá někdy také spatřován v tom, že nemoc je považována za soubor příznaků u konkrétního člověka, zatímco choroba je abstraktní výčet příznaků, jež by měly být přítomny pro stanovení diagnózy. David Field (2007) termínem choroba (disease) rozumí lékařské pojetí patologické abnormality, která se dá indikovat z řady znaků a příznaků. Termínem zdravotní nepohoda (illness) rozumí v první řadě to, že dané osobě není dobře. Vzhledem k tomu, že choroba se dá diagnostikovat podle příznaků, které ukazují, že něco nefunguje normálně, a zdravotní nepohoda se dá poznat podle emocionálních problémů bolesti a emocionálního rozladu, je možno použít následující vyjádření dle Křivohlavého (sec. cit. Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 17): „*Choroba je chápána jako abnormalita, kdežto zdravotní nepohoda je charakterizována negativní emocionální kvalitou*“.

Z hlediska přístupu různých vědních oborů k otázce zdraví je choroba jevem organickým, kdežto zdravotní nepohoda jevem psychologickým a sociologickým. U každé nemoci je nutno rozlišovat tři roviny:

- biologickou (somatickou)
- psychologickou
- sociální

Současná medicína stále více připouští nezbytnost zkoumání psychologické a sociální dimenze nemoci, ale v tradičním pojetí dominovalo biologizující pojetí nemoci. **Medicínský** (biologizující) **model nemoci** se plně vyvíjel během minulého století na základě rozvoje přírodovědného poznání v době, kdy se začaly objevovat různé mikroorganismy jako vlastní příčiny infekčních onemocnění. Tento etiologický konstrukt se pak stal jakýmsi ideálním zdrojem, jak by asi měl vypadat „vědecký“ výklad vzniku a rozvoje každého onemocnění.

Psychologický model nemoci vychází z psychoanalýzy. Jedno z nejpropracovanějších pojetí psychoanalytického modelu nemoci vytvořil již v 70. letech 20. století Balint.

Sociologický model nemoci chápal nemoc jako sociální jev. Nemoc podle Mohapla znamená obvykle změnu v chování individua a s ní související odezvu jeho okolí. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

1.4 Kvalita života

V západní Evropě a USA se rozvíjí patientské hnutí, které vyžaduje, aby byl nemocný člověk respektován jako celistvá a autonomní osobnost, aby byl brán zřetel na základní lidské a společenské hodnoty, jimiž jsou úcta k životu, lidská důstojnost, svoboda a solidarita. Stále více se prosazuje svoboda individua a nezadatelné právo na rozhodování o vlastním životě. I vlastní smrt má být záležitostí každého člověka a nikdo nemá právo do toho mluvit. Jsou kladeny otázky: Kam až sahá autonomie člověka? Co to znamená „být osobou“? Co je to „kvalita života“? (Bártlová, 2003).

Někteří do kvality života začleňují kvalitu životního stylu, např. hojnou aktivitu a rekreaci nebo domácí rodinné štěstí v souvislosti s péčí o děti. Kvalitu života samotného ovšem vyjadřují spíše veličiny jako zdraví, naplnění potřeby být milován a milovat, možnost využívat všechny schopnosti. Kvalita života je subjektivní, vnitřní pojem. O kvalitě cizího života si můžeme udělat jen přibližnou představu, která bude ovlivněna jen našimi postoji a zkušenostmi (Kutnohorská, 2007).

Kvalita života (přesněji kvalita života spojená se zdravotním stavem) se v posledních letech stále více prosazuje a stává se základním měřítkem závažnosti stavu nemocného. Po marných snahách ji objektivně klasifikovat, dospěli odborníci k závěru, že je to výrazně subjektivní hodnota. Dobrou kvalitu života lze charakterizovat dobrými životními podmínkami, bez omezení požadovaných aktivit a pocitem štěstí. Špatnou kvalitu života charakterizuje pocit diskomfortu, bolest, omezení aktivit a nespokojenost.

V rovině psychického prožívání však nemusí nutně docházet k redukci pocitů vážících se ke kvalitě života. Kvalita života je souhrnem mnoha faktorů a je velmi obtížné tyto faktory kvantifikovat a spolehlivě hodnotit a srovnávat pro převahu subjektivních prvků, které obsahuje.

Celkové zhodnocení kvality života z hlediska společnosti je zaměřené na to, zda poskytnutá péče je v souladu s nejzákladnějšími hodnotovými principy lidského života, jeho smyslem a cíli. Vždy je důležité zdůraznit subjektivitu tohoto hodnocení. Reiser (sec. cit. Bártlová, 2003) říká, že subjektivní názory pacientů jsou považovány za katalyzátor budoucích změn v léčebné péči.

První kapitola diplomové práce je zaměřena na zdraví a nemoc. Úvodní část se věnuje vymezení pojmů. Zdraví, jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nemoc jako porucha zdraví. Další části jsou věnovány příčinám, kompetencím, ale i náhledům na pojem zdraví. Následně je vymezen pojem choroba jako abnormalita. Závěr první kapitoly se zabývá kvalitou života spojenou se zdravotním stavem.

2 OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM SE ZAMĚŘENÍM NA MENTÁLNÍ RETARDACI

Blažek, Olmrová (sec. cit. Vágnerová, 2004, s. 102) uvádí: „*Postižení byli vždy v dějinách vnímání a přijímání svým okolím ambivalentně... Lidé se jich obávali, vyhýbali se jim, litovali je a ignorovali.*“

POŠKOZENÍ, OMEZENÍ, POSTIŽENÍ

Hledání způsobu, jak definovat pojem postižení, vyvrcholilo v roce 1980, kdy Světová zdravotnická organizace vydala *Mezinárodní klasifikaci poškození, omezení a postižení* (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO 1980). V definici se rozlišuje mezi **poškozením**, **omezením** a **postižením**. Výhoda diferenciací spočívala především v oddělení tří výše uvedených dílčích procesů. Existující poškození tělesné, smyslové nebo mentální u jednoho člověka nemusí vždy vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. I v případě, že omezení u něho způsobí zúžení některých kompetencí, pak to ještě nemusí znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění (handicapu). S tím souvisí oddělení individuálního poškození (ve smyslu deficitu nebo nedostatku) od postižení, které vzniklo na jeho základě (ve smyslu sociálních následků poškození). Postižení je v tomto klasifikačním modelu WHO označeno jako sociální kategorie.

POŠKOZENÍ, AKTIVITA, PARTICIPACE

Vývoj pojmového aparátu ve WHO pokračoval dál a v roce 1998 došlo k nahrazení pojmů poškození (impairment), omezení (disability) a postižení (handicap) novými pojmy poškození, aktivita a participace. Nový přístup ke klasifikaci WHO směřuje podstatně více k umožnění samostatnějšího života osob s poškozením při rozsáhlé společenské integraci. K tomu je třeba, aby se bral v úvahu celý **kontext životního prostředí jedince**. Dle Lindmeiera (sec. cit. Bartoňová, Vítková, 2007) společenská integrace směřuje k perspektivním cílům podpořeným pedagogicky, aby se jedinec byl schopen se svým postižením vyrovnat. Tím se stává pojem postižení **relativní kategorií**, kterou lze přesně chápat jen **v závislosti na personálních, sociálních a ekologických zdrojích člověka**. **Postižení** se proto vždy definuje v určitém **sociálním kontextu**.

Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí. Z psychologického hlediska platí, že jakékoli postižení se neprojeví jen poruchou funkcí jednoho orgánového systému, ale ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení.

Handicap představuje znevýhodnění dané nejen určitým omezením nebo postižením, ale i mírou jeho subjektivního zvládnutí a sociální pozicí jedince. Handicap je psychosociální kategorií, která označuje míru zatížení daného nejen biologicky.

Změny v oblasti jednotlivých psychických funkcí, resp. celé osobnosti zdravotně postiženého nemusí mít stejnou příčinu. Proto je třeba rozlišovat primární a sekundární postižení, které má jinou etiologii a s tím je spojena i odlišnost prostředků, jež mohou přispět k jejich zlepšení, event. možnosti nápravy. (Vágnerová, 2004).

Dle Parsona (sec. cit. Vágnerová, 2004, s. 90) „*je somatická nemoc jednou z mála odchylek sociální identity, jež svému nositeli zaručuje i určitá privilegia, např. ohledy, sympatii, trpělivost a ochotu tolerovat některé nedostatky. Somatická nemoc je takovou odchylkou od normy, která bývá sociálně tolerována. Pokud nejde o stigmatizující nebo málo známé onemocnění, na něž nemá laická veřejnost vyhraněný názor. Tento postoj je dán skutečností, že každý člověk si uvědomuje svou zranitelnost, vysokou pravděpodobnost takového ohrožení, potvrzovanou četností výskytu nemocných lidí v populaci*“.

2.1 Pojmové vymezení – mentální retardace

Podle Koukolíka (sec. cit. Švarcová, 2003, s. 55): „*Vznik a vývoj funkčních soustav lidského mozku je jednou z nejzajímavějších, nejsložitějších a nejméně poznáných oblastí lidského vědění, zatížených snad největším počtem předsudků.*“

Koluchová (2004) uvádí, že termín „mentální retardace“ byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci (American Association of Mental Deficiency – AAMD) asi ve 30. letech minulého století. Postupně tímto termínem byly nahrazovány termíny, které se v praxi i odborné literatuře používaly u nás v minulosti.

Dle Krejčířové (2004) vymezení pojmu mentální retardace má velký význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu speciálně pedagogické péče.

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice mentální retardace od Dolejšího, která se snaží o syntézu všech hledisek. „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“ (Vítková, 2004, s. 293).

Dle Černé (2004) změny v terminologii lze zaznamenat i při užívání termínu mentálně postižený, který se mění v termín osoba, člověk s mentální retardací. Upřednostňováním označení člověk, osoba s mentální retardací se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti, individuality, na druhém místě postižení.

KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Klasifikace podle etiologie

Mentální retardace nemá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností více faktorů. V literatuře je velmi často uváděna klasifikace etiologických faktorů podle Penrose (sec. cit. Vítková, 2004, s. 294 – 297):

Příčiny endogenní (genetické, dědičné)

1. dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
2. čerstvé – spontánní mutace

Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí)

1. v raném těhotenství – poškození oplozeného vajíčka
2. v pozdním těhotenství – intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
3. intranatální – abnormální porod
4. postnatální – nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Z hlediska časového faktoru dělíme příčiny vzniku mentální retardace na:

- prenatální
- perinatální
- postnatální

Dále se v odborné literatuře (Vítková, 2004) uvádí dělení mentální retardace na:

- **Vrozenou mentální retardaci** – je spojena s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním, zhruba do dvou let života dítěte.
- **Získanou mentální retardaci** – demenci, jde o proces zastavení, rozpadu mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastější příčina se uvádí zánět mozku (encephalitis), zánět mozkových blan (meningitis), úrazy mozku, poruchy metabolismu, intoxikace, degenerační onemocnění mozku, duševní poruchy. Porucha může mít progresivní tendenci nebo se může zastavit a nevede k dalšímu zhoršení stavu.
- **Sociálně podmíněnou mentální retardaci** – pseudooligofrenii (starší termín sociální debilita), která vzniká nejčastěji v důsledku působení vnějšího prostředí. Není způsobena poškozením CNS, ale nedostatečnou stimulací prostředí. Sociální faktory se mohou podílet na variaci inteligenčního kvocientu v rozmezí 10 až 20 bodů.

Symptomatologická klasifikace se zabývá typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motorického, psychického vybavení mentálně postižených.

Klasifikace podle vývojových období vychází z jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací. Při popisování zvláštností jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací je potřeba vycházet ze znalostí vývojových období intaktní populace a ze zákonitostí, jimiž se procesy vývoje řídí.

Další členění je **podle typu chování** na:

- eretické (verzatilní)
- torpidní (apatické)
- nevyhraněné

V současné době se používá členění podle desáté revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F.

V Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů – Desátá revize 1993 se uvádí: „*Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace*

v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik.

Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí.“ (Vítková, 2004, s. 294 – 297).

- F 70 Lehká mentální retardace
IQ 50 – 69 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let)
- F 71 Středně těžká mentální retardace
IQ 35 – 49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let)
- F 72 Těžká mentální retardace
IQ 20 – 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let)
- F 73 Hluboká mentální retardace
IQ dosahuje nejvýše 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky)
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

2.2 Sociální význam mentální retardace

Adrian D. Ward (sec. cit. Švarcová, 2003, s. 11): „Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“ Významnou roli ve zdokonalování péče o mentálně postižené vedle státních institucí zaujímají i zájmová sdružení, církevní organizace, občanské iniciativy i některé nadace. Je možno oprávněně předpokládat, že tento proces se bude dále rozvíjet a přispěje ke zdokonalení a obohacení péče o naše spoluobčany s mentální retardací.

Mentální retardace bývá majoritní společností často chápána jako **stigmatizující postižení**. Stejně jako v případě duševně nemocných je hlavním problémem obtížnost dorozumění s těmito lidmi, omezenější možnost odhadnout jejich reakce, které nebývají vždycky standardní, jejich snížená schopnost sebeovládání a z toho vyplývající odlišnost chování od očekávané normy. Jejich limitované, resp. méně standardní reakce a zvýšená závislost na okolí vedou k podceňování mentálně postižených, k jejich negativnímu hodnocení. Často jim nejsou přisuzována stejná práva jako ostatním, ale nejsou na ně kladeny ani stejné požadavky. Sociální status mentálně postižených bývá velice nízký, pro ostatní jsou to mnohdy jen „blbci“, kteří stejně nic nechápou a na něž není třeba brát ohled. Tento postoj

ovlivní i chování ostatních členů rodiny, snižuje pocit pohody, zhoršuje emoční ladění a zvyšuje potřebu obranných reakcí. Ze strany dospělých nejde obvykle o přímé vyjádření jejich negativního postoje, to se spíše projeví v dětské skupině a trpí jím sourozenci postiženého dítěte. Jak uvádí Strusková (2004), například se mu posmívají a pokřikují na něj: „To je ten postiženej, co má blbýho bráchu“, „Má bráchu debila“ apod.

Sociální stigmatizace bývá přímo úměrná nápadností vzhledu i chování postižených, resp. míře jejich odlišnosti od očekávaného standardu. Proto se v průběhu dětství spíše zvyšuje, u malých dětí, kojenců a batolat nejsou rozdíly tak zřejmé. Mentální postižení je spojeno i s opožďováním v oblasti socializace. To se projeví především zvýšenou závislostí se všemi důsledky.

Hong a kol. uvádí (sec. cit. Vágnerová, 2004, s. 306, 307, 310), „že problémem stárnoucích rodičů dospělého mentálně postiženého je obava z budoucnosti“. Ukázalo se, že matky pociťovaly menší obavy, pokud měly dostatečné sociální zázemí a pocit jistoty dosažitelné pomoci, pokud by to potřebovaly – ať už šlo o poskytnutí potřebných informací, faktickou pomoc, či emoční oporu.

2.3 Demence

Podle Smitka (sec. cit. Vágnerová, 2004, s. 265): „Z tzv. objektivního hlediska spatřujeme jen vnější výkonovou stránku lidí trpících demencí a podle toho především jejich stav poměřujeme. Můžeme mít úzkost z toho, že uzříme sami sebe v takové potencionální situaci. Jak se dementní člověk cítí intrapsychicky, ve svém vnitřním prožívání, o tom víme vskutku málo.“ Dle Jiráka (2004) je **demence organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti**. Ten negativně ovlivní úroveň sociální adaptace. Za průkazné je považováno snížení úrovně rozumových schopností o 20 %.

V rámci tohoto syndromu bývají v různé míře postiženy i další psychické funkce, postupně dochází k degradaci celé osobnosti.

- **Demence je získané postižení.** Dochází ke ztrátě již rozvinutých intelektových schopností. Může k němu dojít až po dosažení určitého stupně rozumového vývoje. Z toho důvodu lze demenci diagnostikovat až po druhém roce života (do té doby vzniklé postižení je posuzováno jako mentální retardace).
- Demence je poruchou chronického charakteru, která má různou míru progresu.

VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU

Podle Smolíka (1996), Geldera a kol. (1996), Hanuše a kol. (2000, sec. cit. Vágnerová, 2004) demence postihuje především starší populaci. Její četnost se v přímé úměrnosti a pokračujícím stárnutím zvyšuje. Demencí trpí asi 5 % lidí starších 65 let, u 75letých se vyskytuje v 10 % a po 85. roce postihuje až 30 % seniorů, kteří se tohoto věku dožili. Její výskyt v různých věkových kategoriích závisí na příčině, která k tomuto postižení vedla, tj. na typu demence, např. u mladších lidí jde spíše o důsledky úrazů, u starších o degenerativní postižení Alzheimerova typu. **Demence vzniká na základě organického poškození CNS.** Příčina vzniku tohoto postižení může být různá, mohou ji vyvolat různé faktory, které se mohou ve svém účinku vzájemně ovlivňovat.

- **Genetické dispozice** mohou být primární příčinou demence nebo na nich alespoň závisí reakce organismu na jiné postižení či omezení.
- **Biologickým základem** demence je funkční či morfologická změna mozku.
- **Exogenní fyzikální, chemické a biologické faktory** mohou rovněž přispět ke vzniku demence, event. mohou být její přímou příčinou (v případě úrazů a otrav).
- **Sociální faktory** mohou do určité míry ovlivnit nástup i průběh onemocnění, jehož důsledkem je demence. (Vágnerová, 2004).

KLINICKÉ PROJEVY DEMENCE

Gelder a kol. (1996), Jiráček (1996), Smolík (1996), Jiráček a kol. (1999) uvádějí, že její průběh i prognóza závisejí na příčině, typu a závažnosti základního postižení, které k této poruše vedlo. Klinický obraz je ve značné míře ovlivněn premorbidní osobností nemocného, jeho celkovým psychickým a somatickým stavem, způsobem života i aktuálními sociálními faktory. Primární poruchou je zhoršení úrovně poznávacích procesů, především inteligence a paměti, objevují se rovněž změny emočního ladění a chování a postupně celé osobnosti.

- **Poruchy kognitivních schopností**
Postižení paměťových funkcí. Nejdříve dochází k poškození krátkodobé a střednědobé paměti. Úpadek paměti ovlivňuje i myšlení a řešení problémů. Každý organický proces, a tudíž i demence, se projevuje **narušením pozornosti**. **Úpadek myšlení** se projevuje v oblasti formální i obsahové: Myšlení se stává bradypsychickým, nevýbavným, ztrácí flexibilitu a stává se rigidním, stereotypním, zabíhavým, obsahově zúženým a ochuzeným. Typickým projevem postupující demence je úbytek kritičnosti a soudnosti, v určité fázi si už neuvědomují nesprávnost

vlastních úvah či nepřijatelnost svého chování. V rámci demence dochází k **postižení gnostických funkcí**. Důsledkem komplexní poruchy kognitivních schopností je **narušení orientace** v čase, prostoru, osobách a nakonec i v sobě samém. Nemocný své okolí nepoznává, nerozumí mu nebo rozumí nesprávně, a podle toho rovněž nepřiměřeně reaguje. **Poruchy řeči**, tj. schopnosti rozumět mluvenému sdělení i schopnosti verbálně se vyjadřovat a tímto způsobem se svým okolím komunikovat.

- **Poruchy emotivity**

U většiny nemocných dochází ke **zúžení motivace** a **redukci zájmů**, eventuálně k jejich úplné ztrátě. Již v počátečním období je zřejmá **preferencí stereotypní rutiny**. V pokročilejším stadiu demence obvykle převládá **citová oploštělost**, otupělost a apatie.

- **Nápadnosti v chování**

Úroveň aktivity může kolísat, může se objevit neklid spojený s nutkáním k nějaké bezcílné a stereotypní činnosti. U nemocných demencí se objevují i **apraxie**, tj. úpadek naučených motorických dovedností, resp. stereotypů, ztrácí se schopnost adekvátně užívat určité nástroje, např. nůžky nebo příbor.

- **Úpadek osobnosti**

V průběhu času se mění osobnost nemocného, postupně může dojít k jejímu celkovému úpadku a dezintegraci. Na počátku se mohou v důsledku choroby **akcentovat i některé osobnostní rysy**, např. extrovert začne být dotěrný a vlezlý, šetrný člověk se stává lakotným. (Vágnerová, 2004).

Staří lidé mnohdy nechtějí hovořit o psychických příznacích (emoční reaktivita je nápadná a méně přiměřená), často se za ně stydí. Proto chodí k lékaři s různými stesky, které se často mění a jejichž pravá příčina nemusí být zřejmá, prodělávají různá zbytečná vyšetření. Deprese je častým onemocněním ve středním věku a velmi častým onemocněním ve věku seniorském. Jedná se o chorobnou změnu nálady, o dlouhodobý smutek, špatnou náladu, jejíž důvod není zřejmý, či neexistuje. V mladém a středním věku se deprese projevuje zejména pocity smutku a beznaděje, ve vyšším věku jsou lidé spíše apatičtí, rezignují na svou situaci a zanedbávají veškerou péči o sebe (Holmerová, Jurašková, Zikmundová, 2003).

2.4 Typy demencí

Dle Jiráka (2004) se demence vzhledem k etiologii postižení obvykle dělí do těchto základních skupin:

ATROFICKO-DEGENERATIVNÍ DEMENCE – jejich primární příčinou je degenerativní postižení mozku.

- **Alzheimerova choroba** je progresivním neurodegenerativním onemocněním, které se projevuje atrofií mozkové kůry i subkortikálních oblastí. Tato choroba je dle Jiráka a kol., Köhlera, Rahna a Mahnkopfa (sec. cit. Vágnerová, 2004) nejčastějším typem demence, představuje 50 – 70 % všech demencí. Většina případů se rozvíjí mezi 65 – 80 lety. Raná forma postihuje častěji ženy.
- **Parkinsonova choroba** – lze ji uvést jako příklad tzv. podkorové demence. Jedná se o chronické progresivní onemocnění postihující především extrapyramidový systém. Růžička a Roth, Jiráka, Zvolský (sec. cit. Vágnerová, 2004) uvádějí, že celková četnost lidí trpících Parkinsonovou chorobou v populaci je 0,1 %, ve věkové kategorii nad 60 let je to již 1 %, touto chorobou většinou onemocní starší lidé, po 65. roce. Parkinsonova nemoc postihuje o něco častěji muže než ženy (1,2:1). Co je její příčinou, není zatím zcela jasné.

SEKUNDÁRNÍ DEMENCE – vznikají v důsledku jiné primární poruchy, která určitým způsobem poškozují CNS. Ty se dále člení na:

- **Ischemicko-vaskulární demence** – jsou následkem kardiovaskulárního onemocnění, vznikají na základě hypoxicko-ischemických změn mozku. Příčinou ischemicko-vaskulární demence je onemocnění cév, které vede k postižení mozkové tkáně. Ke vzniku demence dochází buď po několika menších infarktech, nebo po jedné rozsáhlejší mozkové příhodě. Hanuš a kol., Rahn a Mahnkopf, Jiráka (sec. cit. Vágnerová, 2004) uvádějí, že tato demence je druhou nejčetnější skupinou, zahrnuje 15 – 30 % všech demencí. Choroba se obvykle objevuje po 60. roce života, její četnost se v průběhu každých dalších pěti let zdvojnásobí.
- **Ostatní sekundární demence** – jsou vyvolané jinými příčinami (např. metabolické, infekční, poúrazové či vzniklé v důsledku otravy).

DEMENCE SMÍŠENÉHO TYPU – asi 10 % demenci vzniká na smíšeném podkladě, nemocný trpí jak Alzheimerovou chorobou, tak vaskulárním poškozením mozku. (Vágnerová, 2004).

Kapitola se zabývá mentální retardací, spolu s vymezením pojmů poškození, omezení, postižení vs. poškození, aktivita, participace. Pozornost je dále zaměřena na sociální význam mentální retardace a problematiku stárnoucích rodičů dospělého mentálně postiženého člověka. Posledními dvěma celky druhé kapitoly je rozsáhlá problematika demence, její typy, projevy a důsledky poruchy na osobnost člověka.

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO ŽIVOTNÍ POMOC

Je na místě zmínit, že již od svých začátků se sociální práce zaměřuje na naplnění lidských potřeb a lidských možností s ohledem na dodržování humanistických a demokratických idejí. Klíčovými jsou pro ni principy lidských práv a společenské spravedlnosti. Hodnoty sociální práce jsou součástí národních a mezinárodních etických kodexů (Mühlpachr, 2006).

Novosad (2003, s. 24) definuje sociální práci jako „*společenskou práci, respektive prosociální aktivitu, práci pro společnost – v její prospěch. Tato práce v sobě zahrnuje jednak ochranu ohrožených či oslabených občanů před působením určitých společenských tlaků a změn, jednak ochranu společnosti před jedinci, kteří by mohli svým chováním a jednáním škodit, resp. ohrožovat svoji činností (ale i nečinností) ostatní občany.*“

Sociální práci lze členit z řady hledisek, a to jak z hlediska obsahu nebo činností či jejího charakteru, tak z hlediska adresáta. Pokud adresátem sociální práce bude zdravotně postižený jedinec, popř. senior, nejběžnější službou poskytovanou těmto cílovým skupinám bude sociální péče. (Mühlpachr, 2006).

Sociální práce jako odborná disciplína vychází z obsáhlého systému teoretických poznatků mnoha společenských věd, zejména z psychologie, pedagogiky, sociologie, z lékařských, právních a ekonomických věd a v neposlední řadě i z filozofie, odkud čerpá sociální práce svůj ideologický základ. Specifičnost sociální práce spočívá v aplikaci vědeckých poznatků do praktické činnosti. Jedná se o kvalitativně nový přístup k sociálním problémům současné společnosti. Charakteristickým znakem je systémovost.

Sociální práce se často definuje jako praktická aktivita, méně často jako věda, nejvýstižněji lze sociální práci vnímat jako empiricko-teoretickou disciplínu.

Sociální práce v užším slova smyslu

Sociální práce v užším slova smyslu je charakterizována přímým, záměrným a připraveným kontaktem sociálního pracovníka s klientem (skupinou, komunitou) za účelem stanovení sociální diagnózy a provádění sociální terapie. Ta spočívá v sociálně výchovném působení a ovlivnění či usměrnění klientů (dnes již uživatelů) ke změně postojů a své sociální situace. Její součástí je rovněž sledování a hodnocení výsledků poskytované péče.

Sociální práce v širším pojetí

Sociální práce v širším pojetí zahrnuje též sociálně technická opatření (poskytnutí služeb a dávek sociální péče) a jejich organizaci, odborné a účelné použití nálezů, posudků i rozhodnutí z jiných oblastí a spolupráci s dalšími odborníky v oblasti péče o člověka. Týká se rovněž administrativně-správních postupů vytvořených sociálními a zdravotnickými institucemi, které péči poskytují.

Sociální práce jako umění jednat s lidmi

Sociální práce je umění jednat s lidmi a vést je, a to na základě získaných odborných znalostí i praktických zkušeností. Ty tvořivě aplikuje sociální pracovník při navazování kontaktů, při sociální diagnostice a sociálně výchovném působení tak, aby pomohl jednotlivcům, skupinám i komunitám uspokojit sociální potřeby a urovnat narušené vztahy ve společnosti, které mohou vzniknout v kterémkoliv období životního cyklu a různých životních situacích.

Umění zacházet s člověkem vyžaduje nejen znalost praktických metod, ale i přirozený takt a etický zájem, citlivost, upřímnost, ušlechtilost a lidskost vůbec, neboť jde o umění zacházet s osobností člověka, který je nějak ve společnosti znevýhodněn, handicapován.

Sociální práce jako pracovní metoda

Sociální práce jako pracovní metoda má své postupy a zákonitosti, jejichž ovládnutí usnadní a urychlí orientaci v různých životních situacích a v nežádoucích sociálních a psychických problémech.

Profesionalizace sociální práce

Profesionalizací získává sociální práce více práv a větší zodpovědnost, potřebnou k odborným zásahům do důležitých a ryze soukromých sfér života jednotlivce, skupin a společenských celků.

Institucionalizace

Institucionalizace sociální práce, která je podložena právními normami konkrétní společnosti, znamená přechod z oblasti výhradně soukromé iniciativy církevních a soukromých organizací do oblasti veřejných, územně správních a státních institucí (přestože obě tyto formy se rozvíjejí současně). Převaha jedné či druhé formy je závislá na politických programech příslušných vlád. V naší pluralitní společnosti se předpokládá postupný přechod některých forem sociální péče do působnosti dobrovolných či soukromých spolků a sdružení. I u nás

bude třeba, aby odbornou sociální práci v těchto nestátních institucích vykonávali zásadně kvalifikovaní sociální pracovníci.

Polyvalence a specializace v sociální práci

V souvislosti s institucionalizací a profesionalizací se vytvořily dva základní přístupy k praktickému provádění sociální práce: polyvalence a specializace. Neustále dochází k oscilaci mezi těmito přístupy v různých oblastech sociální a sociálně zdravotní péče.

(Mühlpachr, 2006).

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb a předpoklad pro výkon činnosti v sociálních službách.

Zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo zvláštních právních předpisů, při pomoci v hmotné nouzi, v sociálněprávní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. (Bartoňová, Vítková, 2007).

3.1 Charakteristika ústavní péče

Péče je forma napojení se na druhé, čímž lze zjišťovat, jak ostatní lidé vnímají a prožívají svět kolem sebe. Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Péče je poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem a naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny (případně komunity). Pečování je přirozené, univerzální pro celé lidstvo (péče matky o dítě).

Výzkum americké profesorky ošetřovatelství Madelaine Leiningerové (Kutnohorská, 2007) prokazuje, že péče má přímý vztah k lidskému zdraví. Uvádí, že antropologické údaje o dlouhodobém přežití lidí nás vedou k úvaze o roli péče v evoluci lidstva, že rozdílné ekologické, kulturní, sociální a politické kontexty ovlivnily lidskou zdravotní péči a přežití lidské rasy. Výzkum Leiningerové rovněž dokazuje, že pečovatelské jednání, které slouží ke snížení interkulturních stresů a konfliktů, praktikují všechny kultury a komunity.

Pokud se hodnotí etický význam péče z hlediska role multikulturního ošetřovatelství, tak rovněž i zde jsou obsaženy dvě stejně hodnotné etické povinnosti

- ochrana lidské důstojnosti,
- udržování zdraví lidí. (Kutnohorská, 2007).

Ústavní sociální péče se dostala v naší zemi do popředí zájmu po roce 1989. Do této doby byla ústavní sociální péče téměř tabu, zvláště co se týče postižených a starých lidí. Úroveň péče v ústavech byla velmi nízká, a to nejen co do materiálního vybavení, ale též po personální stránce. Neuplatňovala se základní lidská práva pro postižené osoby jako jsou zdraví, bezpečnost, sociální jistota, výchova a vzdělávání, zaměstnávání a pracovní příležitosti, akceptace rodinného života, občanské soužití, vlastní volba, rozhodování, nezávislost (Mühlpachr, 2004).

Iva Holmerová, zakladatelka ČALS (Česká alzheimerovská společnost), uvedla ve známost některá kritéria, která je třeba mít na paměti při rozhodování o ústavním zařízení¹ (sec. cit. Venglářová, 2007, s. 90):

- Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?
- Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímáni?
- Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty (uživatelé)?
- Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?
- Snažit se zařízení navštívit také v době podávání jídla, abyste viděli, že ti, kteří potřebují pomoc při jídle, ji také dostanou a jak se o ně personál stará.
- Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.
- Je možné umístit klienta (uživatele) pouze na zkoušku?
- Zeptejte se a nechte si ukázat jednotlivé aktivity, které jsou určeny klientům (uživatelům) – kuchyňka, místnost pro ruční práce, dostatečné vybavení pro jednotlivé činnosti.
- Snaží se pečující podporovat co nejvíce samostatnost klientů (uživatelů)?
- Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upravení? Jak je personál oslovuje?
- Snažte se komunikovat s co největším počtem zaměstnanců, na postoji k vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům (uživatelům).
- Jak spokojeně klienti (uživatelé) vypadají? Jsou spokojeni skutečně jako doma?
- Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat?

¹ Dnes již dle Zákona č. 108/2006 Sb. pojmy ÚSTAV/DOMOV, KLIENT/UŽIVATEL.

3.2 Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu

Etika je filozofická disciplína, byla nazývána praktickou filozofií. Jako samostatný obor lidského bádání byla systematizována starořeckým filozofem Aristotelem. Etika je podle něj naukou o dobrých charakterových vlastnostech, tj. o lidských ctnostech.

„Etika je vědecká disciplína, jejímž objektem je mravnost. Morálka je představována systémem pravidel a norem, které určují chování a jednání lidí. Každý obor lidské činnosti má svou morálku a má ji také ošetrovatelství a pečovatelství.“ (Kutnohorská, 2007, s. 11 – 12).

Standardy kvality sociálních služeb²

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytování sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

3.3 Léčba a péče o mentálně postižené

Silverman a kol. (sec. cit. Vágnerová, 2004) uvádí, že stárnutí mentálně postižených probíhá v závislosti na etiologii jejich postižení. Například u mnoha dospělých s Downovým syndromem se projevují známky zrychleného nebo předčasného stárnutí již ve 40 – 50 letech, jejich biologický věk může být vyšší než chronologický. Obecně platí, že mentální postižení je trvalého charakteru a nelze jej vyléčit. Veškeré terapeutické metody tudíž slouží k podpoře

² Dostupné z: <http://www.socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/98/standardy-kvality-socialnich-sluzeb/>

přijatelného rozvoje takto postižených lidí a úpravě prostředí, v němž žijí, včetně jejich rodiny.

Cílem efektivní péče je podpořit kvalitu života, která respektuje důstojnost, identitu a potřeby jak postižené osoby, tak pečovatele. K takové péči může dojít jenom v prostředí důvěry a vzájemného respektu. Pokud vznikne skutečný vztah, může se péče stát obohacující zkušeností. Pokud se ovšem takový vztah nevytvoří, může se pečování stát předmětem nejrůznějších sporů.

Výraz vztah je používán v souvislosti se spojením mezi pečovatelem a klientem (uživatelem), ve kterém pečovatel směřuje k takovému zabezpečení a zdokonalení schopností postižené osoby, aby umožnily uspokojit základní lidské potřeby. Potřebami jsou míněny bezpečí, kontrola, náklonnost a příslušnost ke společenství (Zgola, 2003). Zajištění základních fyziologických potřeb je podmínkou pro zachování lidské existence. Pokud je tato podmínka splněna, otevírá se prostor potřeb psychických.

Zgola (2003) uvádí, že chování dementních seniorů bývá vnímáno jako projev onemocnění. Lze na ně však pohlížet jako na chování směřující k uspokojení potřeb, které je často neefektivní. Chápeme-li chování dementních lidí jako truc či schválnost vůči personálu, přirozenou emoční reakcí je vztek, vyčerpání, ztráta sil něco změnit.

Základní potřeby utváří rámec problémů v chování. Starý člověk, který trpí poruchami mnoha vyšších nervových funkcí: myšlení, chápání, orientace, schopnost učení např. jazyka, schopnost úsudku, musí volit náhradní způsoby uspokojování svých potřeb. (Venglářová, 2007).

Podle Maslowa má každý jedinec individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádan, protože některé z motivů jsou silnější než jiné a některé z těch silných jsou nejsilnější. „Člověk je bytost s potřebami a dosahuje zřídka stavu plnějšiho uspokojení, vyjma krátké doby. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, stává se na její místo druhá... Pro lidskou bytost je v celém jejím životě charakteristické, že prakticky stále něco vyžaduje.“ (Trachtová a kol., 2003, s. 13 – 14).

Hierarchicky organizovaný systém potřeb podle Maslowa

1. Fyziologické potřeby
2. Potřeba jistoty a bezpečí
3. Potřeba lásky a sounáležitosti
4. Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty
5. Seberealizace, sebeaktualizace

3.4 Programy aktivit

Aktivity denního života je odborný termín používaný a rozpracovaný v německé i anglické literatuře. Aktivity denního života jsou běžné denní činnosti, jako je hygiena, oblékání, výživa, vyprazdňování. Zdravý dospělý člověk je vykonává zcela samostatně, bez pomoci druhých. Charakteristická pro denní aktivity je jejich pravidelnost, automaticnost, spojená často s určitými rituály. Denní činnosti jsou součástí návyků, ve své podstatě odpovídají aktivitě denního života základním biologickým potřebám člověka. V Maslowově pyramidě potřeb tvoří základnu.

Každodenní aktivity si osvojuje jedinec v průběhu sociálního učení, stávají se součástí jeho života, vyjadřují jeho individualitu (stravovací návyky, hygienické návyky, spánkové zvyklosti...). V průběhu ontogenetického vývoje se jednotlivé návyky postupně upevňují, mění a rozdílná je také míra participace jedince při jejich zvládnutí. „*Novorozenec a kojeneček je v uspokojování základních potřeb zcela závislý na matce, závislost se během ontogenetického vývoje mění na nezávislost, v období stárnutí a stáří se stává člověk opět více či méně závislý v uspokojování potřeb a ve vykonávání denních aktivit.*“ (Trachtová a kol., 2003, s. 19).

Program aktivit neznamená pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces, ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti, sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Takový program musí být prováděn uvážlivě a rozumně. Pečovatelé by měli znát hodnotu a význam programů. Měli by být obeznámeni a vyškoleni v technikách aktivace. Měli by mít plnou podporu, aby programy aktivit dělali dobře. Je tomu jako s kterýmkoli jiným aspektem péče. Špatně vedené nebo nevhodné programování je v lepším případě neúčinné, v nejhorším případě může ublížit (Zgola, 2003).

Většina činností, které jsou určeny lidem v dlouhodobé nebo denní péči, je prováděna ve skupinách. Jenom těm, pro které je nesnadné tolerovat velkou, často heterogenní skupinu, je věnována pozornost individuální. Skupina svým členům dává také zpětnou vazbu. Základem úspěšného nebo efektivního programu je několik podstatných rysů nebo komponent, kterými jsou podle Zgoly (2003):

1. Mravní závazek obsažený ve filozofii programů aktivit. Jeho cílem je umožnit každému účastníkovi, aby pokračoval v činnostech a žil život, který by si vybral, kdyby byl ještě zdatný.

2. Závazek mimořádné úcty a zájmu o zkušenosti každého účastníka programu. To znamená, že členové personálu se musí stát odborníky při nabízení alternativ a rozpoznat, které postupy nerespektují klienty (uživatelé) nebo ostatní členy týmu.
3. Pružnost a spolupráce mezi jednotlivými pracovišti.
4. Dovednost soustavně hodnotit klienty (uživatelé). Znamená to znát člověka po všech stránkách (jeho paměť, jazyk, kterým se vyjadřuje, jazyk, který vnímá, pozornost, abstraktní myšlení, úsudek, motoriku, vnímání).
5. Systém shromažďování informací. Pokud je neznáme, nebudeme je moci využívat, a možná, že půjdeme dokonce proti nim.
6. Fórum pro sdílení informací.
7. Dovednost personálu využívat vhodných metod a technik, vytvářet nápomocné prostředí a používat vhodné pomůcky a nástroje.

Jsou-li uvedené principy v organizaci přítomné, veškerý personál se zapojí do programu aktivit jako jeden tým. Všichni budou mít dovednosti a pravomoci k tomu, aby zapojovali účastníky programů do činností smysluplně a v průběhu celého dne. Takto se aktivity stanou také zábavou pro všechny zúčastněné.

Třetí kapitola vymezuje charakteristiku ústavní péče v širším i užším slova smyslu. Dále charakterizuje potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu a vznik Standardů sociálních služeb a jejich vliv na kvalitu péče osob se zdravotním postižením. Třetí část kapitoly se zaměřuje na hierarchicky organizovaný systém potřeb člověka v průběhu jeho života. Aktivita a programy aktivit zdůrazňují efektivní využívání času v průběhu dne a smysluplnost jednotlivých činností, které jsou uživatelům Domova pro osoby se zdravotním postižením nabízeny.

4 MOŽNOSTI VYUŽITÍ VOLNÉHO ČASU V DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Člověk se chápe jako nedělitelná sociální bytost, ne jako jedinec složený z pracujícího tvora na jedné straně a „volnočasové osoby“ na straně druhé. Práce a volný čas nemohou být proto posuzovány jako navzájem oddělená autonomní životní pole. V obou oblastech života musí být uspokojena lidská základní potřeba úplné seberealizace, relativní nezávislosti a permanentního poskytování smyslu života, což přispívá jak k mnohostrannému vývoji osobnosti, tak podněcuje okolní prostředí.

4.1 Nabídka volnočasových aktivit v Domově pro osoby se zdravotním postižením

„Volný čas je charakterizován jako disponibilní časový prostor, v němž by volný čas mohl pro jedince znamenat svobodu.“ (Vážanský, 2001, s. 30).

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská zajišťuje uživatelům nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Organizuje a vytváří podmínky pro aktivní prožívání volného času formou účasti uživatelů na rekreačních pobytech, kulturních a sportovních akcích dle zájmu uživatelů a jejich zdravotního stavu, v místě i okolí, ale i v rámci DZP³. Kulturní akce jsou plánovány v časovém předstihu, konzultovány s uživateli na jejich schůzkách a jsou zveřejňovány na nástěnce u vrátnice. Autorka práce se aktivně zúčastnila činností pořádaných pro uživatele, např. táborák s opékáním špekáčků, vánoční besídka, masopustní karneval, pěvecká soutěž (Superstar), sportovní aktivity a soutěže pořádané Sdružením pro pomoc mentálně postiženým v Kunovicích aj.

V Domově pro osoby se zdravotním postižením jsou prostory určené a také využívané k rozvoji všech schopností jejich obyvatel. Velká denní místnost využívaná pro ergoterapii, k práci s výtvarnými materiály, keramickou hlinou, pro práci s textilem, různými druhy papíru, přírodními materiály. Tato místnost slouží také jako cvičná kuchyňka. Uživatelé pořádají individuální oslavy svých životních jubileí, slaví zde narozeniny i svátky vánoční, velikonoční. Zhotovují zde dárky pro své blízké i aktuální výzdobu. Dobrá spolupráce je navázána i se Základní uměleckou školou v Kunovicích. ZUŠ se částečně podílí svými výtvarnými pracemi na výzdobě interiéru Domova pro osoby se zdravotním postižením.

³ DZP (Domov pro osoby se zdravotním postižením)

DZP poskytuje doprovod pracovníků v přímé obslužné péči a to podle svých možností a individuálních přání uživatele. Například k nákupům potřebného ošacení, doprovod za účelem vyřizování osobních záležitostí, návštěva lékaře, obecního úřadu, pošty, rodiny apod. V rámci využívání volného času uživatelů se vhodně využívá doporučených aktivit s prvky terapií, např. muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie, pohybová terapie, aromaterapie atd. Formou zájmových kroužků – pěvecký kroužek, dramatický kroužek, výtvarný kroužek, práce na zahrádce, taneční kroužek, vaření, společenské hry, paměťové cvičení (křížovky, kvízy, básničky, hádanky), skupinová i jednotlivá cvičení, čtenářský kroužek, různorodé ruční práce – je rovněž vyplněn čas uživatelů formou volnočasových aktivit s ohledem na potřeby a jejich zájmy.

4.2 Pracovní terapie, terapeutické postupy v péči o osoby s mentálním postižením

Zásadně platí, že jakákoliv metoda a technika, kterou se dotýkáme některé ze substruktur osobnosti, zejména hodnotového systému, tzv. vyšších citů, sebehodnocení, emocí a afektů, dotýkáme se celé osobnosti a nemodifikujeme jen izolovaně tu její substrukturu, která je citlivá pro danou terapii.

Ze zpětnovazebního principu reaktivity vyplývá, že zážitek, ale zejména aktivní činnost klienta v terapeutické technice léčebně pedagogického procesu, zpětně modifikuje jeho osobnost a tím ulehčuje adaptaci na motivující a společností akceptované modely chování v sociálním kontextu. (Pipeková, Vítková, 2001).

Již Platon před více než 2000 lety prohlašoval, abychom umění učinili základem výchovy. V průběhu staletí se tak stala součástí tradice a kulturního odkazu dalších lidských pokolení estetická výchova, kterou Vladimír Spousta (1996, s.35) volně definuje jako *„praktickou činnost, kterou navozujeme v psychice člověka potřebu estetických prožitků a estetického sebevyjádření a která směřuje k utváření hodnotícího vztahu člověka k estetickým jevům“*.

Teorie estetické výchovy pak vychází z vědních oborů estetiky a pedagogiky. Přičemž právě pedagogika a speciální pedagogika jsou s to teoreticky zdůvodnit určitou nutnou didaktizaci jednotlivých estetických oborů. Estetický vztah ke světu je rozvíjen v zásadě dvěma způsoby:

1. vnímáním, prožíváním, chápáním a hodnocením krásy (pro jmenované se vžilo označení **receptivní**)

2. vlastním vytvářením krásy v umění i v mimouměleckých činnostech (zde se užívá označení **aktivní**, protože jde o rozvíjení praktických kreativních činností)

Ergoterapie se v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská realizuje v rámci volnočasových aktivit. V tomto smyslu fungují velmi prospěšná terapeutická pracoviště, kde pracují vychovatelé, instruktorky a ošetřující personál s dospělými, kteří mají poruchy v oblasti komunikačních schopností (narušenou komunikační schopnost), s osobami s různým stupněm mentálního postižení, s osobami s tělesným postižením a postižením vícečetnými vadami.

I osoby s těžkým postižením mohou rozvíjet své kvality, uplatnit všechny své lidské schopnosti a navazovat mezilidské vztahy. Terapeutická pracoviště pomáhají uživatelům kompenzovat do jisté míry jejich odlišnosti a respektovat je jako rovnoprávné členy společnosti. Pracovní terapii je možno realizovat v dílně keramické a textilní, zahradnicko-aranžérské a dřevařské. Zde probíhají formou kroužků činnosti podle zájmu uživatelů, zejména ergoterapie, arteterapie, estetická výchova, muzikoterapie a aromaterapie (viz Příloha č. 2 Denník činnosti terapie 2009). DPZ využívá balneoterapii, perličkové masáže, prvky bazální stimulace, relaxační místnost a veškerých kompenzačních pomůcek k usnadnění polohování, zvedání, celkové mobility uživatelů s těžkým zdravotním postižením.

Velmi oblíbená je mezi uživateli rovněž **muzikoterapie**. Cílem muzikoterapie je podle E. Gastona (sec. cit. Pipeková, Vítková, 2001):

- vytvoření interpersonálních vztahů,
- dosažení uvědomění si sebe sama prostřednictvím seberealizace,
- dosažení pořádku, začlenění do struktury skupiny, do procesu hudebního dění na základě unikátního rytmického potenciálu hudby.

Pro dokreslení celé situace je uvedeno chápání muzikoterapie z u nás nejdostupnější nové odborné literatury slovenské Zlatice Mátejové a Stanislava Mašury (1992, s. 16 – 17), přeloženo: „*Podstatou našeho chápání pojmu muzikoterapie je především to, že ji pokládáme za léčebně-výchovnou metodu vysoce komunikačního charakteru s mimořádnou šířkou indikačního zaměření. Prostřednictvím neverbálních a verbálních médií muzikoterapie můžeme preventivně a kurativně působit na ohrožené, postižené a narušené jedince všech věkových kategorií bez ohledu na pohlaví, sociální příslušnost, vzdělání a povolání. Další důležitou skutečností při vymezování pojmu muzikoterapie je, že nevyzdvihujeme pouze možnosti léčebného působení hudby, které pozitivně ovlivňují patologicky změněné funkce organismu člověka, ale současně záměrně využíváme také výchovné možnosti hudby, kterými*

můžeme cílevědomě a systematicky působit na celou osobnost ohroženého, postiženého a narušeného jedince. V tomto smyslu pokládáme základní prvky hudby (rytmus, melodii, harmonii) za důležitý faktor léčebně-výchovného působení. Výchovná síla hudebního umění působí na zdravou i narušenou osobnost, liší se však způsoby a postupy jeho zprostředkování.“

Arteterapie využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, spíše než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky. Arteterapie s mentálně postiženými je rozsáhlá a rozličná, tak jako jsou rozmanité i formy mentální retardace – od lehčích forem přes střední až po těžké formy – pásma. Hlavním cílem arteterapie je tu kompenzace intelektových deficitů této populace, poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňování a chápání jevů v souvislostech. Müller se domnívá, že je vhodné, aby se těmito klientům aplikovaly terapie vycházející z behaviorálních psychoterapeutických modelů, a tak se zlepšovaly jejich komunikační dovednosti, schopnosti zaujmout společenské role, aktivizaci a vytváření nových, žádoucích vzorců chování. (Šicková – Fabrici, 2002).

Valenta (2001) uvádí, že hlavním cílem arteterapie u této skupiny klientů je reedukace, resocializace, integrace osobnosti, rozvoj kreativity, nácvik empatie, odblokování komunikace, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle. Pro tuto populaci jsou vhodné tělesně orientované techniky, které probíhají konkrétně tělesně – hmatově. Pro mentálně handicapované jedince znamená silný emotivní zážitek zprostředkovaný výtvarnými aktivitami způsob učení se o světě, jeho souvislostech. Racionální cesta je často neschůdná nebo by znamenala zbytečnou okliku.

Uživatelé mohou ve svém volném čase navštěvovat terapeutické místnosti, součástí jednotlivých pavilonů pro uživatele jsou speciálně vybavené koupelny s masážními přístroji, perličkovými masážemi a různými polohovacími pomůckami (např. lehátka, vibrační lůžka, závěsné vaky aj.). Kromě terapií poskytuje Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská tyto fakultativní služby: pedikúra, perličková koupel, masáž, sauna, bazén, telefonické služby a připojení k internetu a kopírování, soukromé elektrospotřebiče na pokoji, šití nad rámec drobných oprav, drobné řemeslné práce nad rámec běžné údržby na pokoji uživatele, použití služebního vozidla pro uživatele, pronájem garáže, použití kulturní místnosti pro soukromé akce uživatelů, pokoj pro hosty a rodinné příslušníky.

4.3 Aktivity a běžný den v Domově pro osoby se zdravotním postižením

Dle Mühlpachra (2005) jednou ze základních lidských potřeb je potřeba sociálního kontaktu a komunikace, která člověku umožňuje uspokojení řady sociálních potřeb. Důvody pro sociální kontakt mohou být různé a liší se v závislosti na sociálních vztazích.

Jedním z nejvýznamnějších motivů pro sociální kontakt je zejména afiliace, která dle Výrosta (2001, s. 289) vyjadřuje „*potřebu člověka navazovat pozitivní a těsné vztahy s jinými lidmi, které mohou mít podobu spolupráce, přátelství či lásky*“. Sociální kontakt a vztahy s ostatními lidmi přináší dle tohoto autora řadu výhod, jako jsou potvrzení jedincova chápání reality, možnost sdílení radosti, popř. možnost úlevy v případě potíží, poskytnutí citového bezpečí a pocitu sounáležitosti, ujištění o vlastní hodnotě, kompetenci a další. Sociální vztahy také mohou přinášet upevnění sebehodnocení. V rámci sociální psychologie existuje hned několik teorií snažících se o zdůvodnění potřeby sociálního kontaktu.

Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská je poskytovat celoroční pobytové sociální služby tak, aby se co nejvíce přibližovaly přirozenému prostředí, podporovaly nezávislost osob s mentálním postižením, respektovaly uživatele služeb jako jednotlivce a směřovaly k zajištění jejich důstojnosti, individuality a respektovaly jejich práva a odpovědnost (viz Příloha č. 3 Plán společenských a kulturních akcí na rok 2009). Služby jsou poskytovány v duchu Standardů kvality sociálních služeb, které má DPZ zpracované a všichni pracovníci je přijali jako veřejný závazek.

Cílem je poskytovat sociální službu zaměřenou na podporu a pomoc osobám s mentálním postižením, kterou potřebují při plnění svých přání, potřeb a osobních cílů, zohledňující jejich individuální schopnosti a dovednosti. (Projekt Podpora sociální integrace ve Zlínském kraji, 2008).

Čtvrtá kapitola v první části vymezuje pojem volný čas a nabízí možné vonočasové aktivity v DZP. Ve druhé části předkládá terapeutické postupy v péči o osoby s mentálním postižením a pracovní terapie. Třetí část kapitoly se zaměřuje na běžný den a aktivity nabízené osobám se zdravotním postižením v rámci individuálních možností uživatelů a jejich zájmu o jednotlivé činnosti a terapie.

5 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ KVALITU ŽIVOTA UŽIVATELŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM Z POHLEDU OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU

Cílem je rozvíjet osobnost všech uživatelů, vytvářet jim zázemí a podmínky pro seberealizaci, pro získávání nezávislosti a pro zlepšení kvality jejich života tak, aby mohli využívat své možnosti vedoucí k sociálnímu začlenění a aby byli schopni stát se součástí místního společenství. Podporovat uživatele v jejich orientaci ve vlastních právech a povinnostech, umožnit jim podílet se na plánování a průběhu sociální služby, která je jim poskytována, vytvářet podmínky pro aktivní trávení volného času, podporovat je v udržování vztahů s blízkými lidmi, respektovat lidskou důstojnost uživatelů, jejich právo vyjadřovat své potřeby, přání a stížnosti. Jsou zohledňovány schopnosti, dovednosti, potřeby, přání a osobní cíle každého uživatele, proto je k uživatelům přistupováno individuálně.

Služby nejsou poskytovány osobám mladším 19 let, osobám trpícím psychiatrickou poruchou, která znemožňuje soužití s kolektivem, osobám závislým na alkoholu, drogách a patologickým hráčům, osobám trpícím akutní infekční nemocí a osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci. (Propagační leták o zařízení)

5.1 Cíl práce, hypotézy, metody, harmonogram práce

CÍL PRÁCE

Cílem diplomové práce je obecně formulovat kvalitu života osob se zdravotním postižením na základě porovnání a zhodnocení údajů z výzkumu ve čtyřech Domovech pro osoby se zdravotním postižením ve Zlínském kraji. Zjistit, které aktivity dávají uživatelé přednost, kterou činnost nebo terapii preferují, co je předmětem jejich zájmu vedoucímu ke spokojenosti a radosti ve volném čase.

HYPOTÉZY

1H₀ Ergoterapie je nejvíce preferovanou činností ve sledovaných Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

1H_A Ergoterapie není nejvíce preferovanou činností ve sledovaných Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

2H₀ Většina respondentů se domnívá, že terapie a zájmové aktivity plní především podpůrnou a aktivační funkci.

2H_A Většina respondentů se nedomnívá, že terapie a zájmové aktivity plní především podpůrnou a aktivační funkci.

3H₀ Většina uživatelů DZP netráví víkendy a svátky ve svém rodinném prostředí.

3H_A Návštěvy uživatelů v rodině nebo u příbuzných o víkendech a svátcích jsou časté v každém DZP.

4H₀ Z pohledu ošetřujícího personálu není spolupráce s rodinami uživatelů dostatečná.

4H_A Z pohledu ošetřujícího personálu je spolupráce s rodinami uživatelů dostatečná.

5H₀ Více než 50 % uživatelů je spokojeno s činnostmi, které jsou jim nabízeny.

5H_A Více než 50 % uživatelů není spokojeno s činnostmi, které jsou jim nabízeny.

6H₀ Většina respondentů se domnívá, že vznik Standardů sociálních služeb nemá vliv na zlepšení péče o osoby se zdravotním postižením.

6H_A Většina respondentů se domnívá, že vznik Standardů sociálních služeb má vliv na zlepšení péče o osoby se zdravotním postižením.

METODY

Pro zpracování diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda výzkumu. Teorie byla aplikována na problematiku kvality života v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Byly zformulovány hypotézy, určeny proměnné a zobecněny závěry získané zpracováním dotazníků ze čtyř sociálních zařízení.

Pro získání potřebných údajů byl použit nestandardizovaný anonymní dotazník s uzavřenými a polootevřenými otázkami vlastní konstrukce. Otázek bylo celkem 13, z toho 9 uzavřených a 4 polootevřené. Všechny otázky byly přizpůsobeny možnostem respondentů a byly zaměřeny především na zjištění konkrétních údajů o respondentech, jejich věku, pohlaví, vzdělání a se zaměřením na funkci, kterou vykonávají v DZP.

Dále byla pozornost dotazníku soustředěna na uživatele v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, kdo jsou tyto uživatelé, s jakým typem zdravotního postižení a jaké druhy terapií jsou jim poskytovány a nabízeny. V globálním pohledu s funkcemi jednotlivých terapií úzce souvisí i další péče a nabízené aktivity, ale i využívání Standardů sociálních služeb pro zlepšení kvality života uživatelů.

Dotazník zkoumá i spolupráci ze strany rodiny, rodinných příslušníků, spoluúčast na akcích pořádaných DZP a finančním zabezpečení uživatelů. Požadavek spolupráce je jedním z důležitých předpokladů pro zajištění kvality života uživatelů v každém ze zkoumaných

Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Přesné znění dotazníku je Přílohou č. 1 této práce.

HARMONOGRAM PRÁCE

Září 2009 – zadání diplomové práce

Říjen – listopad 2009 – koncepce teoretické části práce (vyhledávání literárních pramenů, analýza odborné literatury)

Prosinec 2009 – koncipování dotazníků vlastní konstrukce pro pracovníky DZP, sejmutí dotazníků

Leden – březen 2010 – zpracování získaných dat

Duben – červen 2010 – pokračování ve zpracování teoretické i praktické části diplomové práce

Září – listopad 2010 – zpracování výzkumného šetření do grafů a tabulek

Prosinec 2010 – únor 2011 – závěry z výzkumného šetření, metodické řízení a odborné konzultace s vedoucí diplomové práce

Březen – duben 2011 – závěrečné konzultace, dokončení a odevzdání vypracované diplomové práce

5.2 Charakteristika výzkumného vzorku osob (ošetřující personál)

Cílem všech zaměstnanců a ošetřujícího personálu je vzájemná solidarita, profesionalita a spolupráce navzájem. Neméně důležitý je přístup ke každému uživateli, respektování jeho důstojnosti, ale i hodnoty, individuální a partnerský přístup, i celkové vnímání situace a společné dobro. Cílovou skupinou, o které pečují, jsou osoby s mentálním a vícečetným (kombinovaným) postižením, muži a ženy ve věku od 19 do 80 let.

Mezi zaměstnance v jednotlivých sociálních zařízeních patří:

- vedoucí zařízení
- zdravotní úsek – lékař, vedoucí sestra
- odborná péče – všeobecné sestry, sociální pracovník
- obslužná péče – pracovníci v sociálních službách a instruktorky
- účetní
- pracovníci stravovacího provozu
- pracovníci technicko-hospodářského úseku
- pracovníci údržby, úklidu, prádelny

Tab. č. 1: Přehled respondentů v jednotlivých Domovech pro osoby se zdravotním postižením

VYKONÁVANÁ FUNKCE	VELEHRAD - Vincentinum	STARÉ MĚSTO - Kopánky	VELEHRAD- Buchlovská	KUNOVICE - Cihlářská	CELKEM
Speciální pedagog	0	0	0	0	0
Jiný pedagog	0	0	0	0	0
Pracovník/pracovnice v přímé obslužné péči	10	13	15	17	55
Vedoucí zařízení	1	1	1	1	4
Zdravotník/zdravotnice	4	3	5	4	16
Sociální pracovník	2	1	2	2	7
Vychovatel/vychovatelka	0	0	3	2	5
Terapeut/terapeutka	0	0	0	0	0
Jiná	0	0	5	1	6
CELKOVÝ POČET RESPONDENTŮ V DZP	17	18	31	27	93

Zdroj: vlastní

Z tabulky č. 1 s přehledem respondentů (osoby ošetřujícího personálu) v jednotlivých DZP lze usuzovat, že nejvíce respondentů poskytuje služby v přímé obslužné péči. Složka pedagogická není zastoupena v žádném z uvedených Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Chybí pedagog i speciální pedagog. Ve složce zdravotnické jsou respondenti v téměř vyrovnaném počtu ve všech DZP.

Výzkumník v diplomové práci komplexně hodnotí všechny zkoumané DZP. Nejvíce času strávila autorka práce v DZP Kunovice – Cihlářská, proto se jím v určitých kapitolách podrobněji zabývá, blíže jej specifikuje a popisuje pro názornější ukázkou toho, jak tato zařízení fungují. S uživateli i respondenty zmíněného DZP se autorka práce v průběhu dvou let účastnila různých aktivit i akcí pořádaných Domovy pro osoby se zdravotním postižením.

Sociální služba Domova pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská je pobytovou sociální službou a je uživatelům poskytována nepřetržitě, tzn. 24 hodin denně. Pracovníci v sociálních službách a zdravotní sestry jsou uživatelům k dispozici nepřetržitě, vedoucí zařízení, vedoucí sestra a sociální pracovník jsou uživatelům k dispozici v pracovní dny od 7:00 do 15:30. Péče lékařů, kteří ordinují přímo v zařízení, je uživatelům k dispozici v ordinační dobu jednotlivých lékařů. Pracovnice terapie v pracovních dnech od 7:00 do 15:30, případně i v jinou dobu podle předem připraveného sportovního či kulturního programu v areálu zařízení i mimo něj. Příklad organizační struktury zaměstnanců v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská je uveden v Příloze č. 5.

5.3 Vlastní výzkumná činnost

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská (dále jen DZP) je zařízením příspěvkové organizace SSL Uherské Hradiště, Štěpnická 1139, 686 06 Uherské Hradiště, jejichž zřizovatelem je Krajský úřad Zlínského kraje. Domov je registrován jako

poskytovatel sociálních služeb. DZP leží v klidné části města Kunovice, směrem na Hluk. Je tvořen dvěma moderně vybavenými budovami, které jsou vzájemně propojeny. V centrálním pavilonu (ve vstupní budově) je umístěn stravovací provoz, ordinace lékařů, vodoléčba, kanceláře vedení, místnosti pro volnočasové aktivity. Druhá budova je rozdělena na tři pavilony, z nichž jeden patří prádelně. V dalších dvou pavilonech s jedním nadzemním podlažím jsou celkem čtyři oddělení označené jako D1 a D2 – oddělení muži, E1 a E2 – oddělení ženy. Přízemí a patro jsou vzájemně propojeny výtahem. Areál DZP obklopuje okrasná zahrada s hřištěm a altánem, kde uživatelé mohou trávit volný čas a odpočívat. Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská je zcela bezbariérový.

Připravené dotazníky byly vytištěny a osobně předány vedoucím zařízení celkem ve čtyřech Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

- **Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská**
- **Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město – Kopánky**
- **Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská**
- **Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Vincentinum**

Všechny zmíněné Domovy pro osoby se zdravotním postižením byly vhodně vybrány pro zpracování výzkumu z hlediska dostupnosti, vzdálenosti od místa bydliště výzkumníka, ale především ochoty ke spolupráci a vstřícnosti vedoucích pracovníků o poskytnutí informací. Prioritní byl zájem o danou problematiku ze strany výzkumníka, návštěvy a účast na aktivitách během jednoho roku v jednom z vybraných sociálních zařízení, konkrétně Domově pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská.

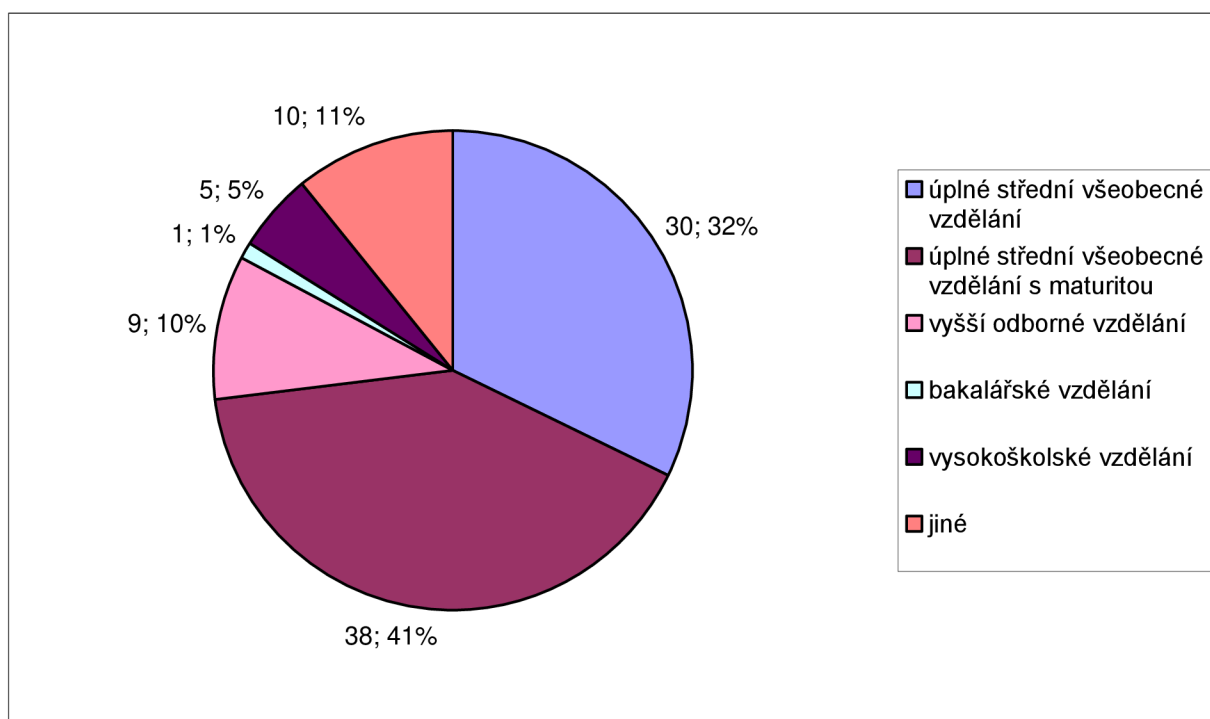
Celková doba pro vyplnění dotazníků v každém DZP byla 14 dnů. Dotazníky byly následně vyhodnoceny a graficky zpracovány v programu Microsoft Excel z balíku Microsoft Office firmy Microsoft. V každém ze čtyř DZP bylo předáno 30 dotazníků. Celkem 93 respondentů vyplnilo dotazníky ke zpracování. Vyhodnoceny byly pouze správně vyplněné dotazníky.

Po dohodě s vedením jednotlivých Domovů pro osoby se zdravotním postižením a osobní intervencí výzkumníka, byly dotazníky vyplněny respondenty ošetřujícího i ostatního personálu na jednotlivých pracovištích během provozní porady. Vraceny byly ke zpracování v prosinci roku 2009. Na základě zpracovaných dat a vyhodnocení byly uvedeny sloupcové a výšečové grafy jako součást kvantitativního výzkumu.

5.4 Analýza výzkumného šetření, diskuze, závěry a doporučení pro praxi

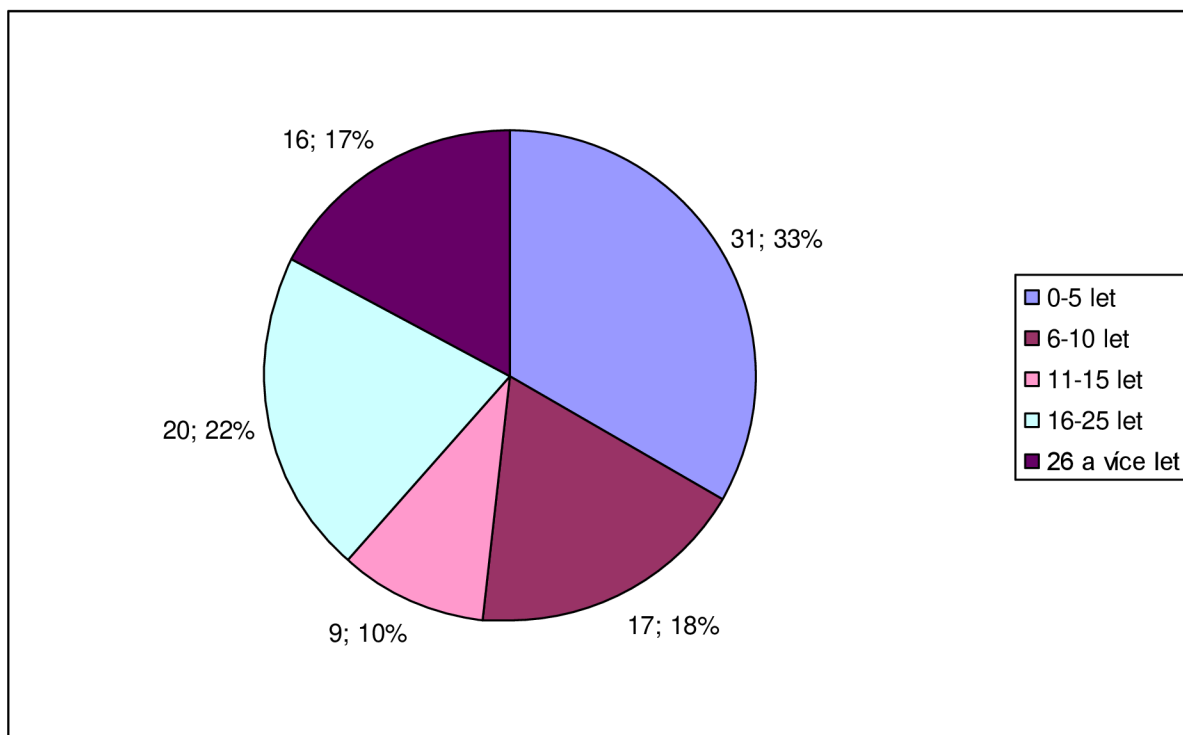
Bylo zjištěno, že mezi respondenty, kteří se zúčastnili výzkumu ve všech DZP, převládají z 95 % ženy. 10 respondentů, což je 11 % dotazovaných ze všech DZP, je ve věku 18 – 30 let. 27 respondentů, což je 29 % dotazovaných, je ve věku 31 – 45 let. 24 respondentů, což je 26 % dotazovaných, je ve věku 46 – 50 let. 29 respondentů, což je 31 % dotazovaných, je ve věku 51 – 60 let. Nad 61 let pracují ve všech DZP 3 respondenti, což jsou 3 % všech dotazovaných.

Funkce respondentů ve všech DZP jsou již uvedeny v tabulce č. 1 v bodě 5.2. této práce.



Obr. č. 1 Dosažené vzdělání respondentů

Na obr. č. 1 je pro názornost vidět grafické zpracování dosaženého vzdělání respondentů. Ve všech DZP převažuje úplné střední všeobecné vzdělání s maturitou.

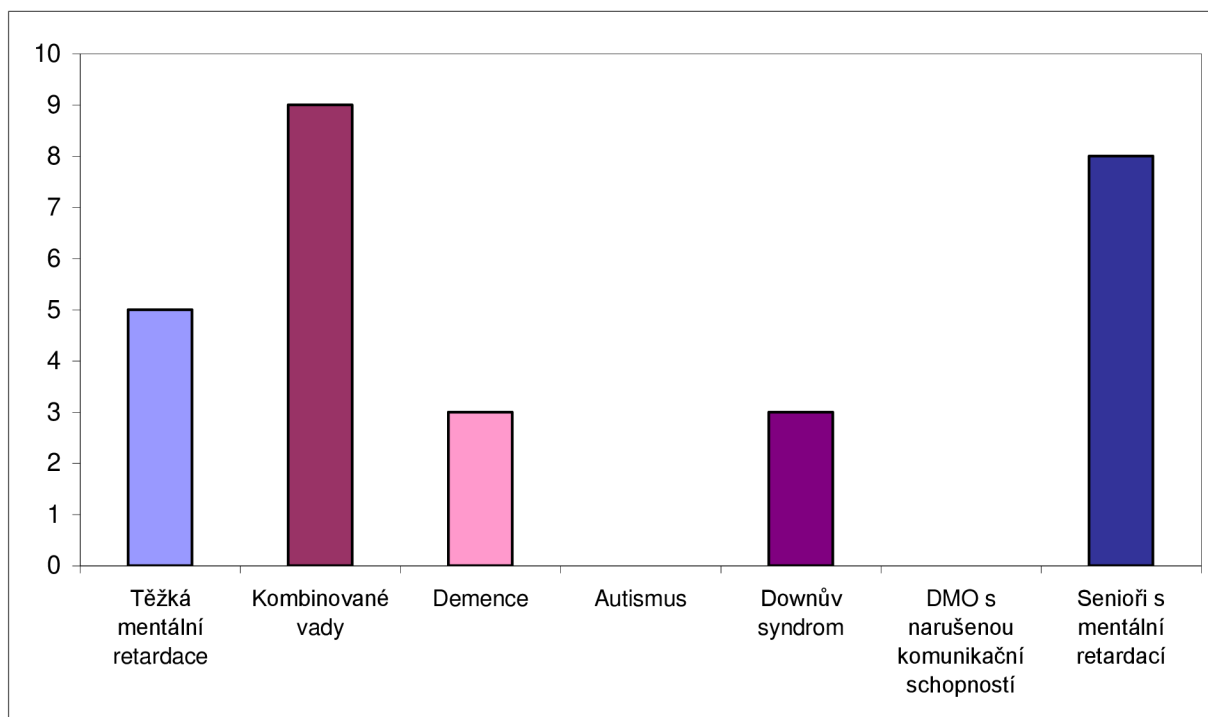


Obr. č. 2 Délka praxe respondentů

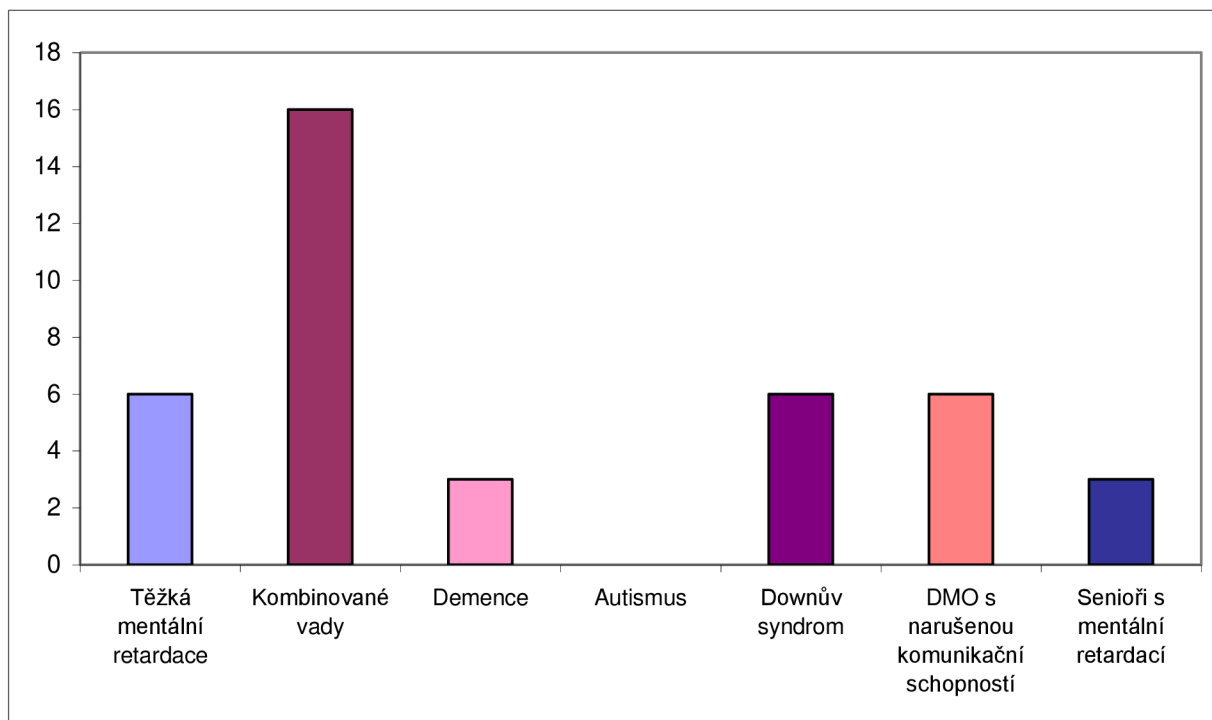
Na obr. č. 2 je patrné, že převažují osoby s praxí do 5 let.

Výše jsou shrnuty otázky č. 1 – 5 dotazníku.

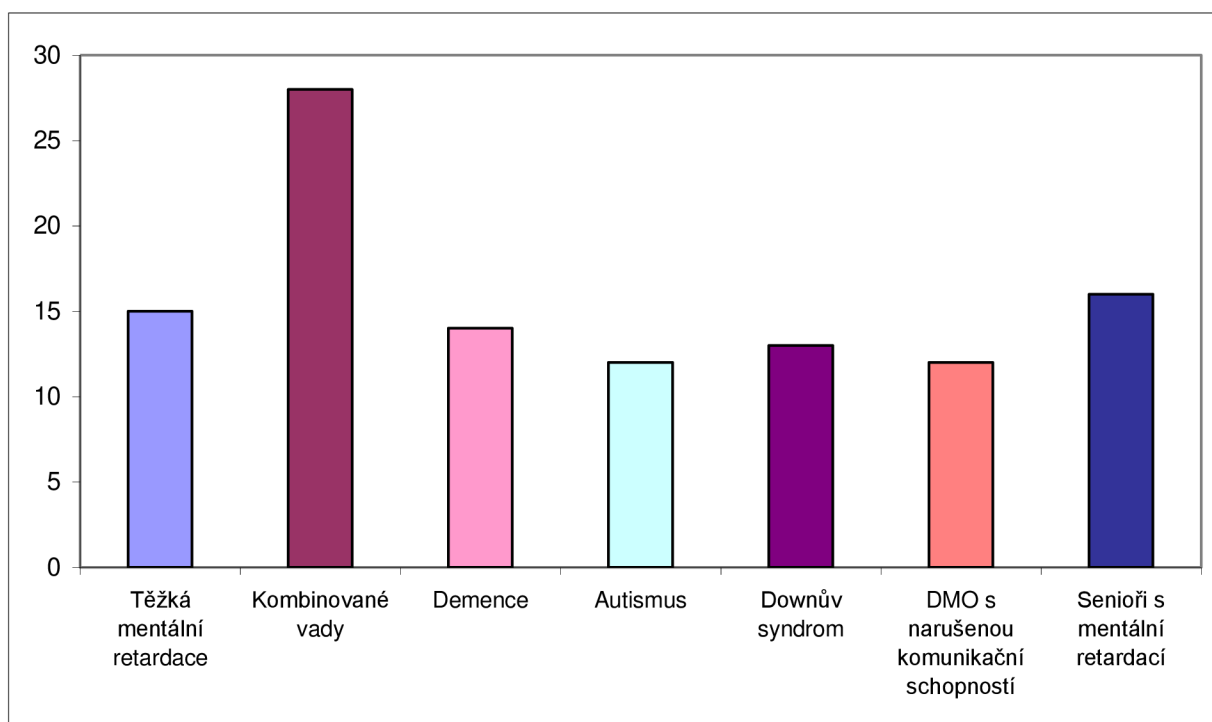
Z uvedených odpovědí respondentů vyplývá k otázce č. 6 následující.



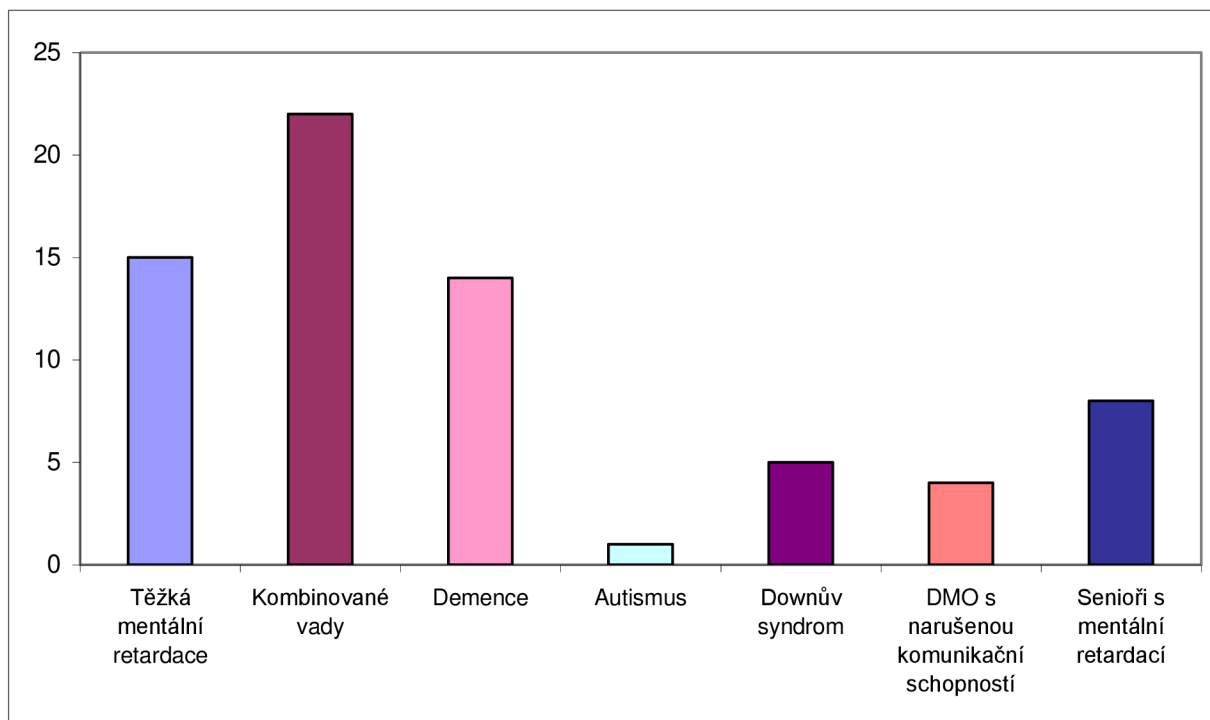
Obr. č. 3 Nejčastější typ zdravotního postižení v DZP Velehrad – Vincentinum



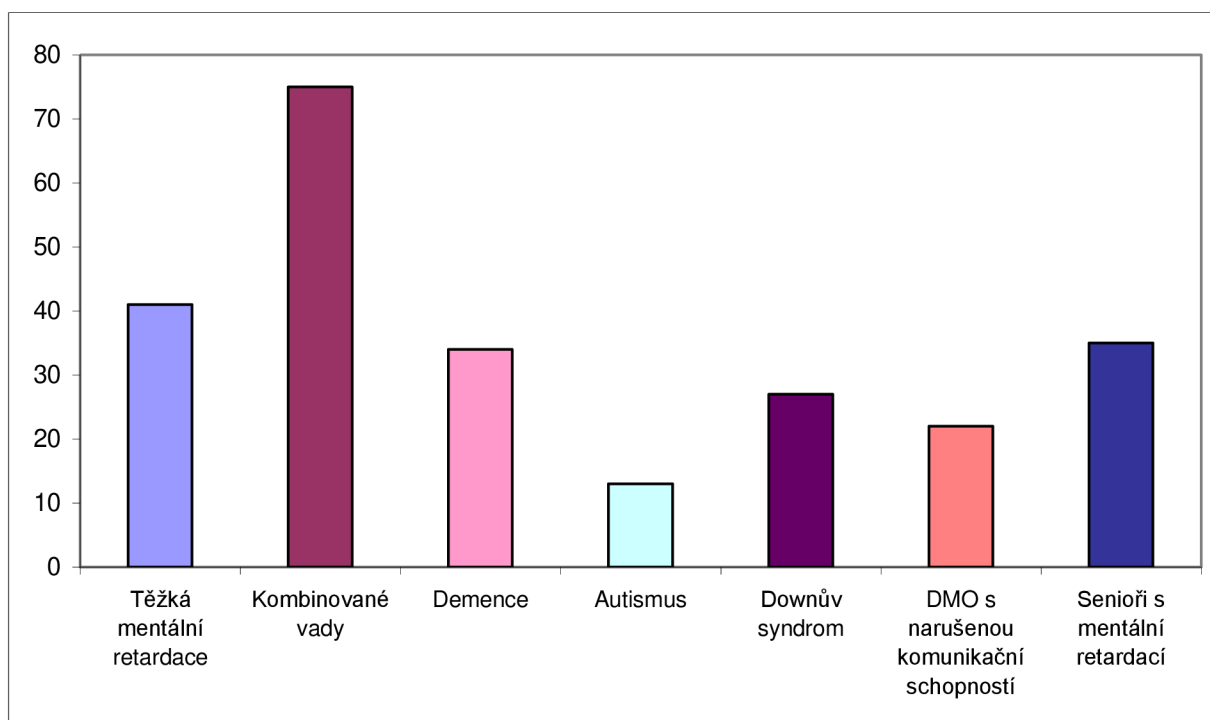
Obr. č. 4 Nejčastější typ zdravotního postižení v DZP Staré Město – Kopánky



Obr. č. 5 Nejčastější typ zdravotního postižení v DZP Velehrad - Buchlovská



Obr. č. 6 Nejčastější typ zdravotního postižení v DZP Kunovice – Cihlářská



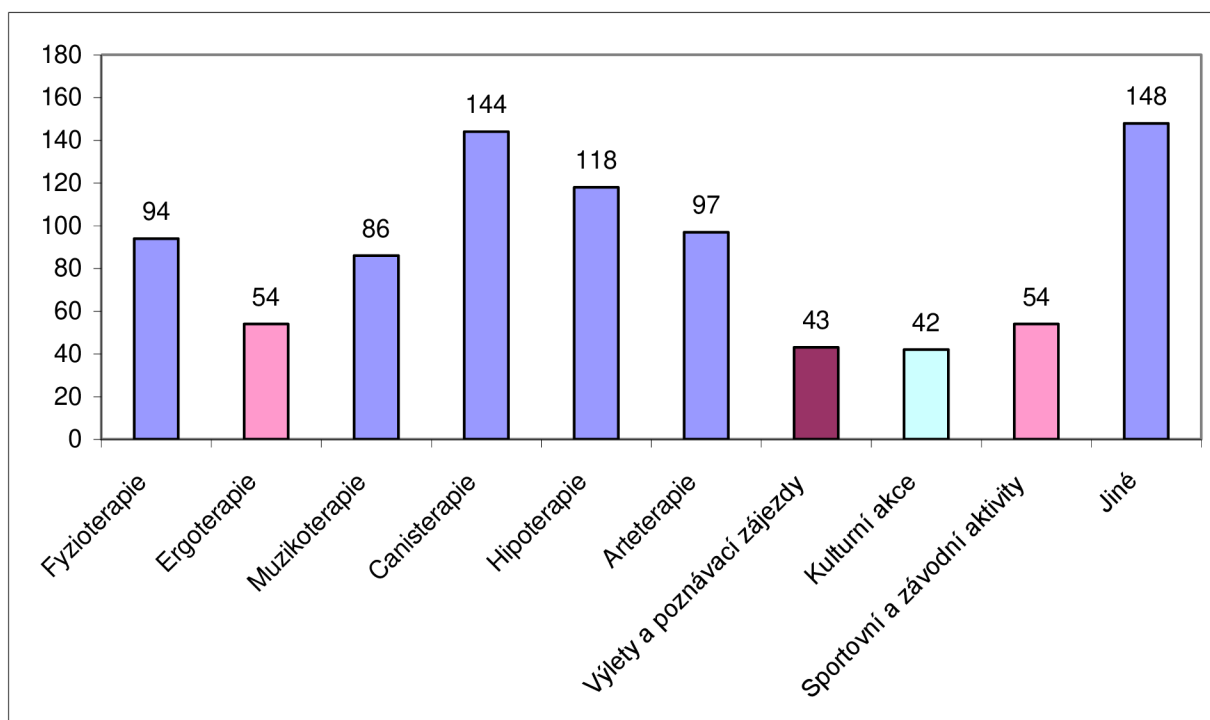
Obr. č. 7 Nejčastější typ zdravotního postižení ve všech DZP

Poslední z vyhodnocených grafů demonstruje, že nejčetnějším typem zdravotního postižení jsou kombinované vady (vícečetná postižení), a to ve všech zkoumaných Domovech pro osoby se zdravotním postižením. Následuje těžká mentální retardace, zejména ve věkové kategorii seniorů, která je nejčastěji spojena s demencí. Mezi nejméně početnou skupinu osob

se zdravotním postižením ve všech DZP patří autismus. Diagnóza Downův syndrom a osoby s narušenou komunikační schopností⁴ patří do průměru vyhodnoceného grafu.

HYPOTÉZA 1H

Zaměstnanci a ošetřující personál ve všech zkoumaných DZP přiřazovali škále nabízených terapií a aktivit body na stupnici od 1 do 10, přičemž nejvíce preferovanou terapii či aktivitu ohodnotili číslem 1 (tedy jako první v pořadí) a nejméně preferovanou číslem 10 (tedy jako poslední v pořadí nabídky aktivit). Na základě tohoto systému značí nejmenší součet přiřazených bodů nejvíce preferovanou terapii nebo aktivitu. Na obr. č. 8 až 11 je respondenty dle jejich bodového hodnocení přehledně zaznamenáno preferenční pořadí terapií a aktivit. Pro přehlednost jsou také barevně odlišeny ty terapie a aktivity, které z pohledu ošetřujícího personálu uživatelé DZP nejvíce upřednostňují.

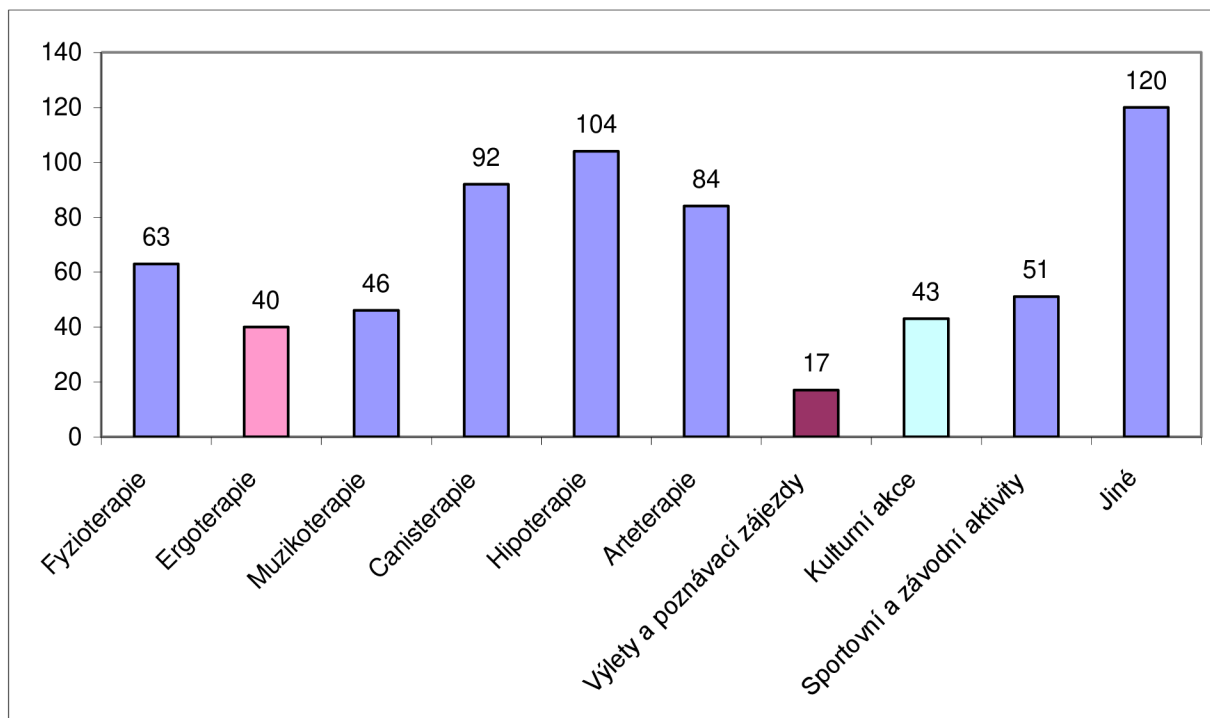


Obr. č. 8 Preference terapií a aktivit uživatelů DZP Velehrad – Vincentinum

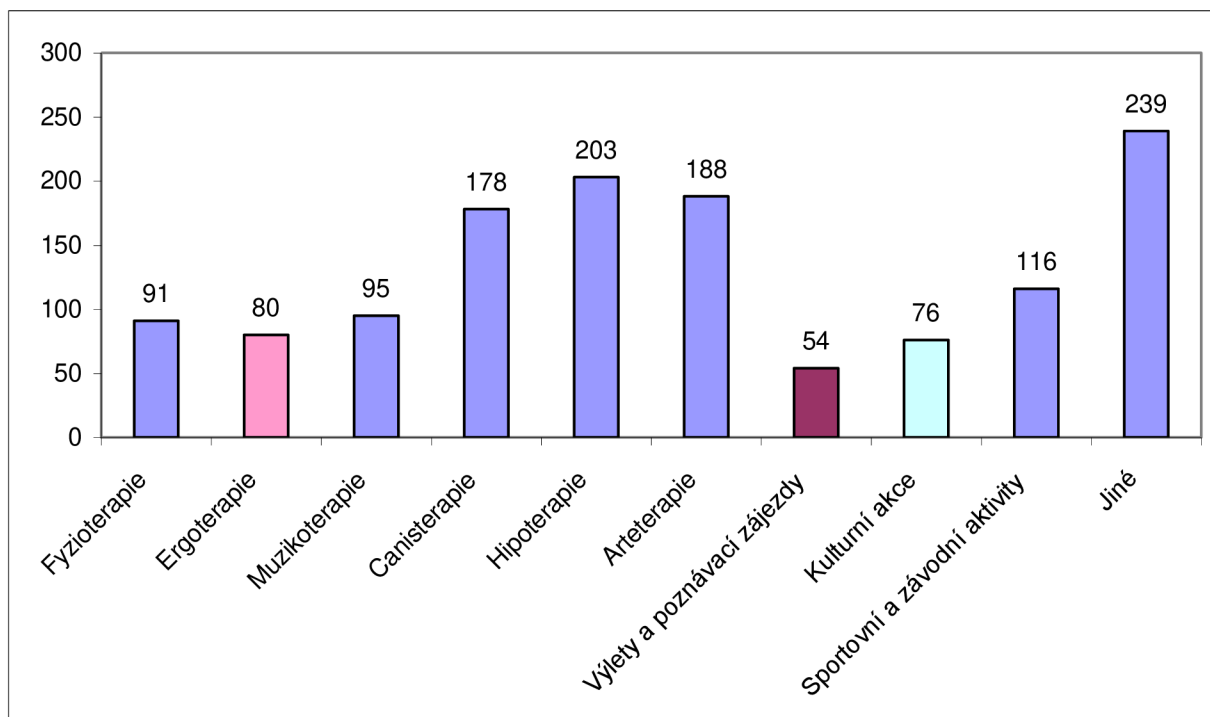
Z obr. č. 8 je patrné, že v DZP Velehrad – Vincentinum souhlasný počet preferenčních bodů (54 bodů) získala ergoterapie spolu se sportovními a závodními aktivitami. Tyto činnosti však personál řadí dle oblíbenosti uživateli DZP až na třetí místo. Nejvíce preferovanou aktivitou jsou zvoleny kulturní akce. Druhé místo patří výletům a poznávacím zájezdům.

⁴ NKS narušená komunikační schopnost

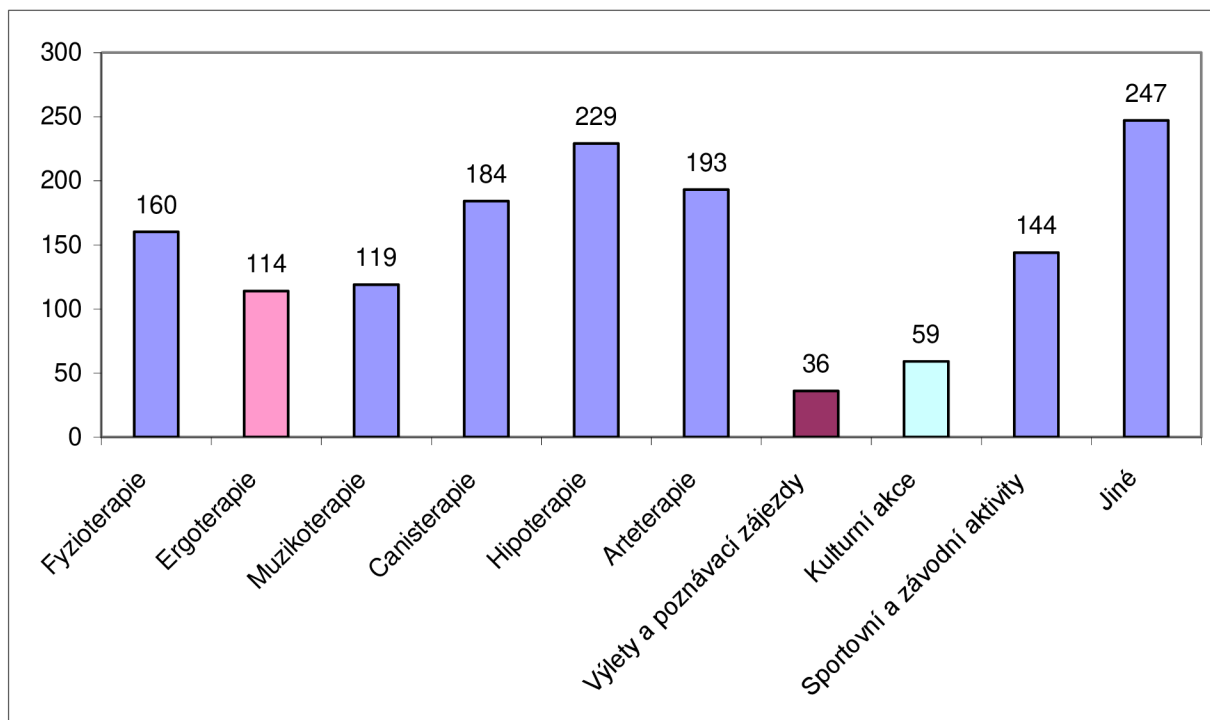
V následujících obrázcích zůstává ergoterapie v preferenčním pořadí na druhém místě v DZP Staré Město – Kopánky, na třetím místě v DZP Velehrad – Buchlovská a DZP Kunovice - Cihlářská . Na rozdíl od DZP Velehrad – Vincentinum je ve všech ostatních DZP největší zájem o výlety a poznávací zájezdy. Druhou nejvíce preferovanou aktivitou jsou pak kulturní akce. Výsledky ze všech DZP zaznamenává výšečový graf na obr. č. 12.



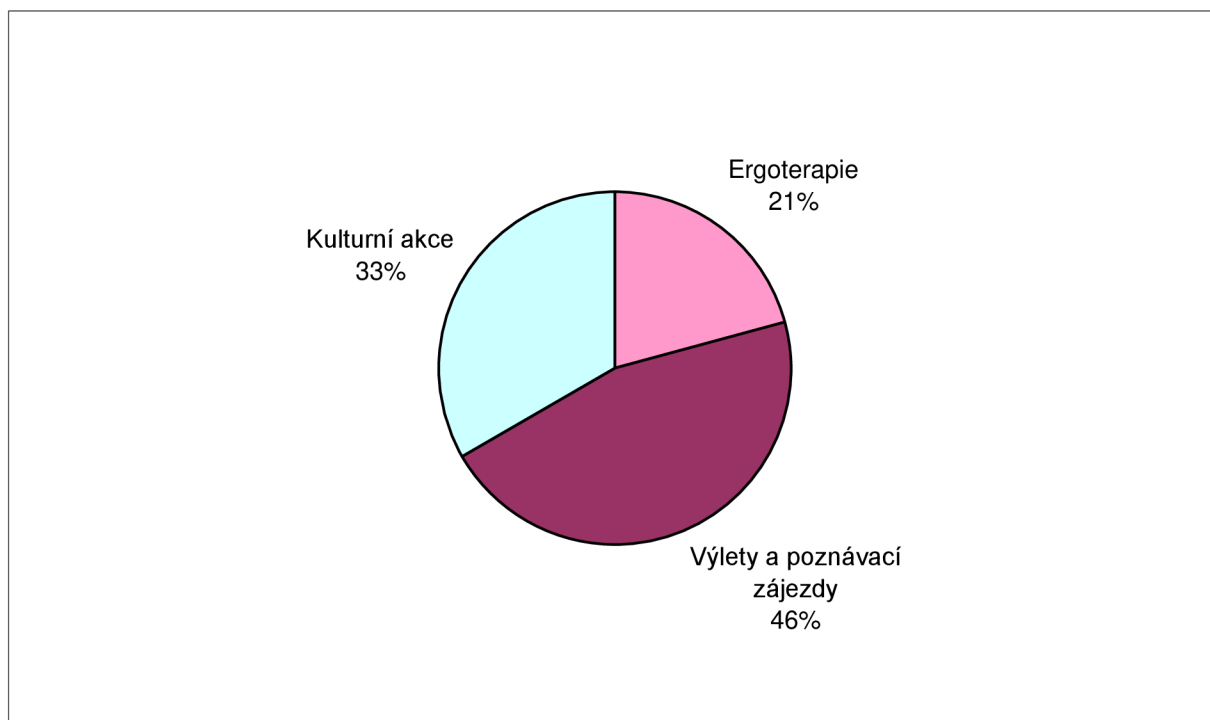
Obr. č. 9 Preference terapií a aktivit uživatelů DZP Staré Město – Kopánky



Obr. č. 10 Preference terapií a aktivit uživatelů DZP Velehrad - Buchlovská



Obr. č. 11 Preference terapií a aktivit uživatelů DZP Kunovice – Cihlářská



Obr. č. 12 Preference terapií a aktivit uživatelů všech DZP

Celkové zhodnocení preferencí terapií a aktivit ve všech zkoumaných DZP představuje obr. č. 12. Pro lepší orientaci jsou graficky zachyceny tři nejvíce preferované terapie a aktivity. Jak je patrné, z těchto vybraných alternativ jsou výlety a poznávací zájezdy

zastoupeny v 46 %, a tedy označeny za nejvíce preferovanou aktivitu uživatelů všech DZP. Druhou nejoblíbenější činností uživatelů je z pohledu ošetřujícího personálu pořádání a účast na kulturních akcích. Vzhledem k demografické poloze sledovaných DZP ve Zlínském kraji a bohaté kulturní tradici zdejšího regionu je tento výsledek pochopitelný. Velehrad patří k významným poutním místům přesahujícím hranice naší republiky a tím podíl účasti na kulturních akcích ještě narůstá. Velký význam přikládají osoby z pomáhajících profesí ergoterapii, vzhledem k tomu, že smysluplně vyplňuje velkou část dne ve všech DZP. I díky svým pracím, často prezentovaným např. při pořádání různých jarmarků, dílniček, výstav a jiných veřejných akcích, se uživatelé cítí užiteční a prospěšní, což podporuje jejich integraci.

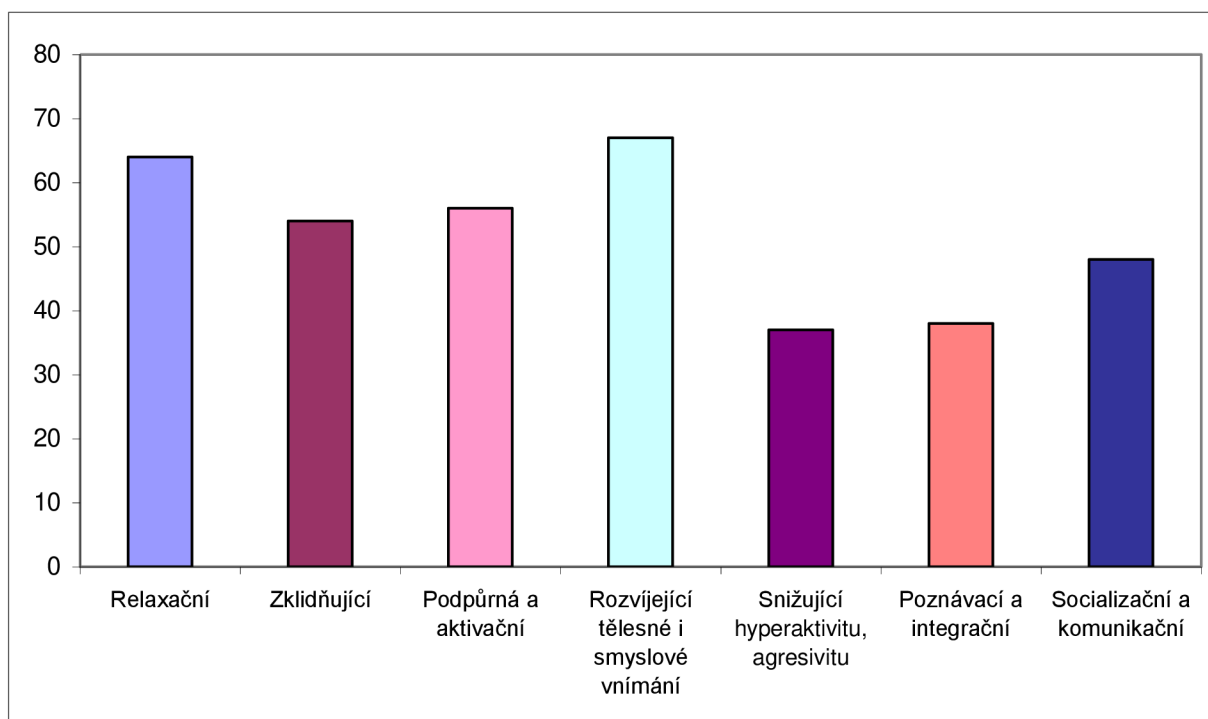
Ať už se jedná o jakékoliv z nabízených kulturních, společenských nebo terapeutických aktivit, podstatné zůstává, že v každém z DZP se nejen ošetřující personál, ale také rodina, rodinní příslušníci a veřejnost snaží uspokojit potřeby i přání a zpříjemnit život všem jejich uživatelům. Tento zájem by měl být respektován i v budoucnosti.

1H₀ Ergoterapie je nejvíce preferovanou činností ve sledovaných Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že daná hypotéza **není verifikována**. Potvrzujeme přijetí hypotézy alternativní.

HYPOTÉZA 2H

Střídání aktivizujících a zklidňujících činností příznivě působí na uživatele všech zkoumaných DZP, jak vyplývá z daného výzkumu a zpracování v grafickém znázornění na obr. č. 13. Respondenti se shodují na nezbytné potřebě a užívání prvků terapií a zájmových aktivit, které pozitivně ovlivňují celkovou stimulaci uživatelů ve všech oblastech jejich prožívání a chování. Ukazuje se, že největší preference, kdy funkce terapií a zájmových aktivit působí v nejvyšší míře, jsou dány celkovému rozvíjení tělesného a smyslového vnímání. Druhé místo patří preferenci funkce relaxační. Třetí místo respondenti přisuzují funkci podpůrné a aktivační.



Obr. č. 13 Funkce terapií a zájmových aktivit ve všech DZP

Pro praxi z obr. č. 13 vyplývá, že terapie a zájmové aktivity jsou ve svých podpůrných a aktivačních funkcích nenahraditelné. Žádná z nich se ve výsledném grafu výrazně nejeví jako zbytečná a výsledky preferencí jsou velmi vyrovnané.

2H₀ Většina respondentů se domnívá, že terapie a zájmové aktivity plní především podpůrnou a aktivační funkci.

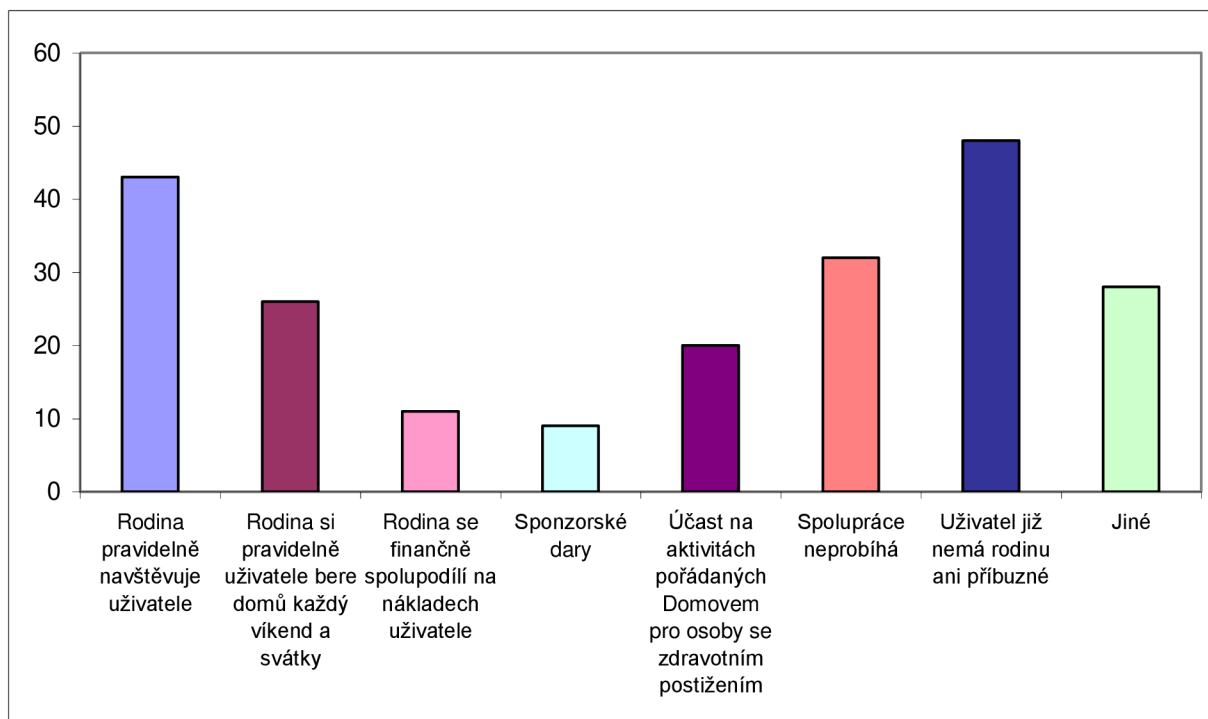
Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že daná hypotéza **není verifikována**. Přijímáme hypotézu alternativní.

HYPOTÉZA 3H

Vzhledem k tomu, že v převážné většině DZP žijí uživatelé vyššího, spíše seniorského věku, dá se předpokládat, že rodina již nemůže plnit funkce, které se od ní očekávají v rámci spolupráce s DZP. Obr. č. 14 znázorňuje ve všech DZP shodně, že uživatelé převážně již nemají rodinu ani příbuzné. Druhé místo zaujímá názor respondentů, že pokud rodina existuje, navštěvuje uživatele pravidelně. Za třetí nejčastější alternativu odpovědí je respondenty označena varianta, že spolupráce neprobíhá. Příčinou může být např. nezájem o uživatele DZP ze strany rodiny a příbuzných.

V rámci finanční spolupráce a sponzorství je účast rodinných příslušníků a rodiny zanedbatelná, shodně ve všech DZP. Pro praxi vyplývá, že zájem o uživatele ze strany rodiny

se soustředí spíše směrem k účasti na aktivitách pořádaných DZP a ještě více na návštěvy uživatelů v rodině během víkendů a svátků.



Obr. č. 14 Podíl rodiny a příbuzných na spolupráci se zařízením ve všech DZP

3H₀ Většina uživatelů DZP netráví víkendy a svátky ve svém rodinném prostředí.

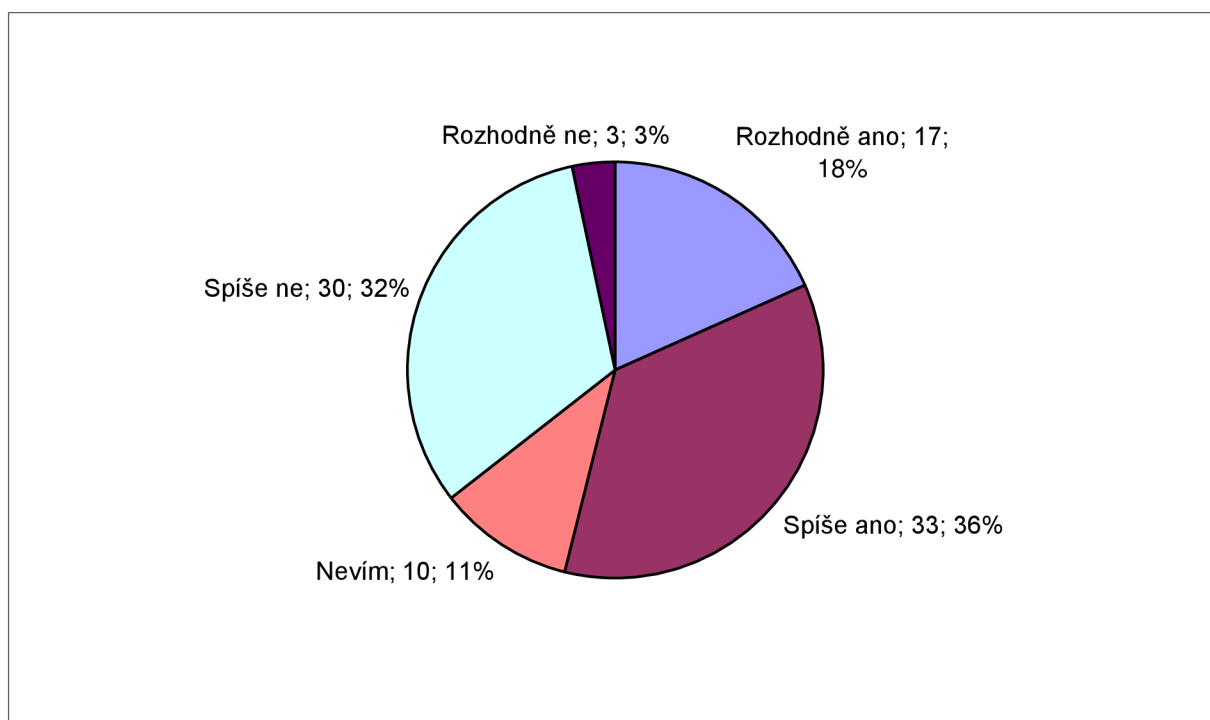
Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že daná hypotéza **je verifikována**. Potvrzujeme tedy přijetí nulové hypotézy.

HYPOTÉZA 4H

Z obr. č. 15 vyplývá, že v 36 % případů se respondenti domnívají, že požadavek DZP na spolupráci s rodinou je spíše splněn. O bezvýhradném splnění požadavku spolupráce rodiny s DZP je přesvědčeno 18 % dotazovaných. 32 % respondentů si myslí, že spolupráce spíše neprobíhá. Jen malé procento respondentů (3 %) se domnívá, že spolupráce rozhodně neprobíhá. Příčiny neprobíhající nebo nedostatečné spolupráce mohou být různorodé, ale nejsou předmětem zkoumání.

V rámci diskuze o kvalitě života a celkové péči o uživatele je nezbytné, aby uživatelé mohli trávit plnohodnotně čas nejen v DZP, ale především, pokud to okolnosti dovolují (věk, zdravotní stav, zájem rodiny apod.), se svými blízkými. Sociální kontakty a komunikace

příspějí ke zkvalitnění péče po všech stránkách a jsou nezbytným předpokladem zajištění kvality života.



Obr. č. 15 Splnění požadavku spolupráce s rodinou ve všech DZP

4H₀ Z pohledu ošetřujícího personálu není spolupráce s rodinami uživatelů dostatečná.

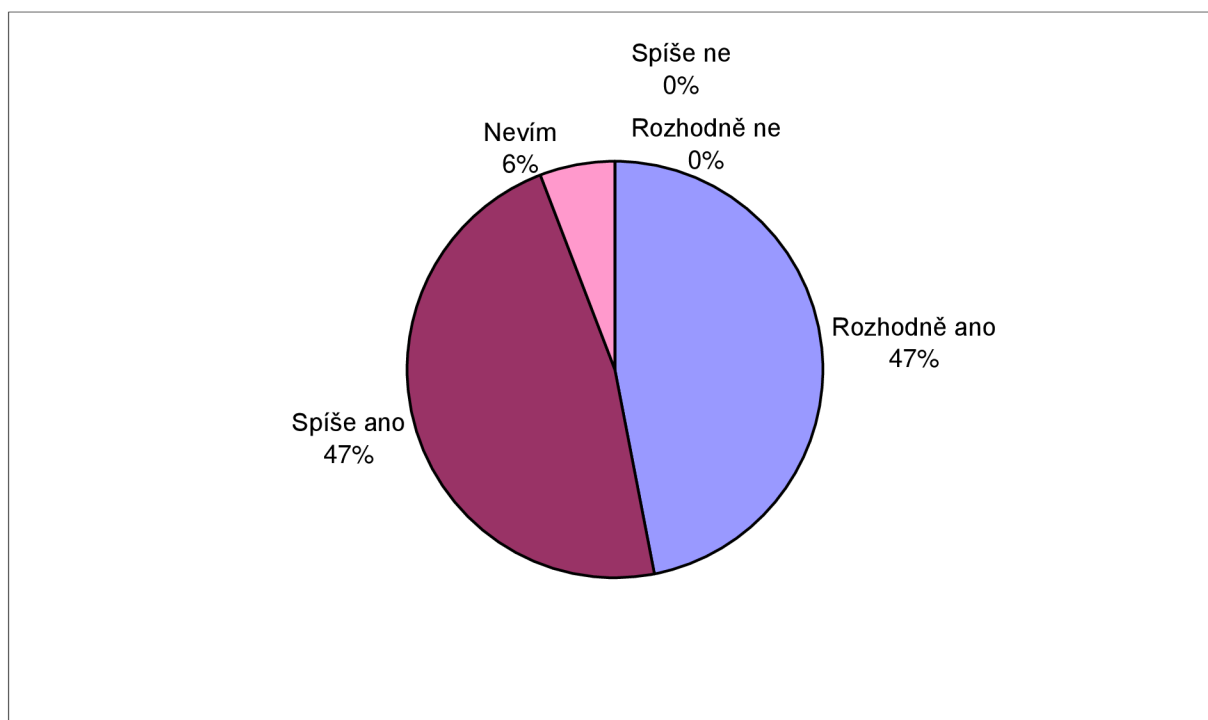
Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že daná hypotéza **není verifikována**. Přijímáme hypotézu alternativní.

HYPOTÉZA 5H

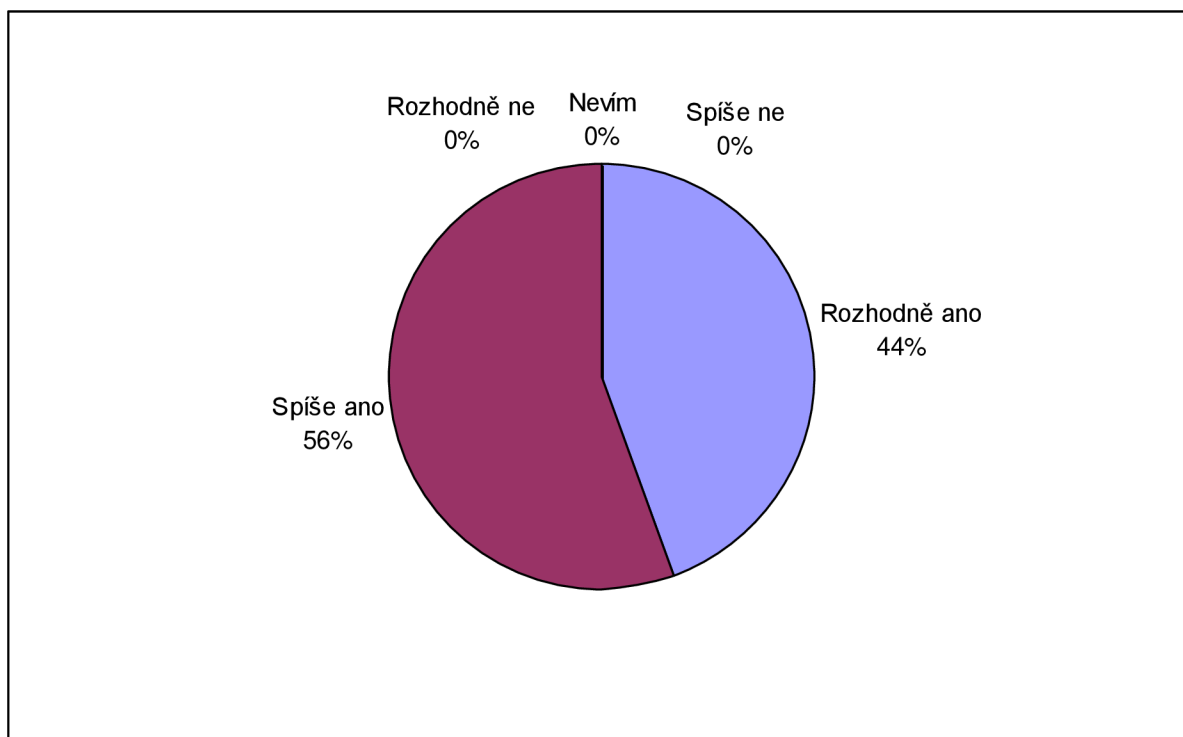
Z jednotlivých zobrazených grafů a následně i celkovém grafickém výsledku zachyceném ve všech zkoumaných DZP (viz obr. č. 20) vyplývá, že minimum respondentů odpovídalo záporně ve smyslu spokojenosti uživatelů. Tento výsledek se dal spíše předpokládat, vzhledem k současným trendům a velmi vysoké kvalitě péče o uživatele v DZP.

Obr. č. 20 potvrzuje správnost přijetí stanovené hypotézy 5H₀, neboť 52 % respondentů z celkového počtu dotazovaných se domnívá, že uživatelé jsou rozhodně spokojeni s činnostmi, které jim DZP nabízí a 46 % dotazovaných si myslí, že jsou uživatelé spíše spokojeni s nabízenými činnostmi.

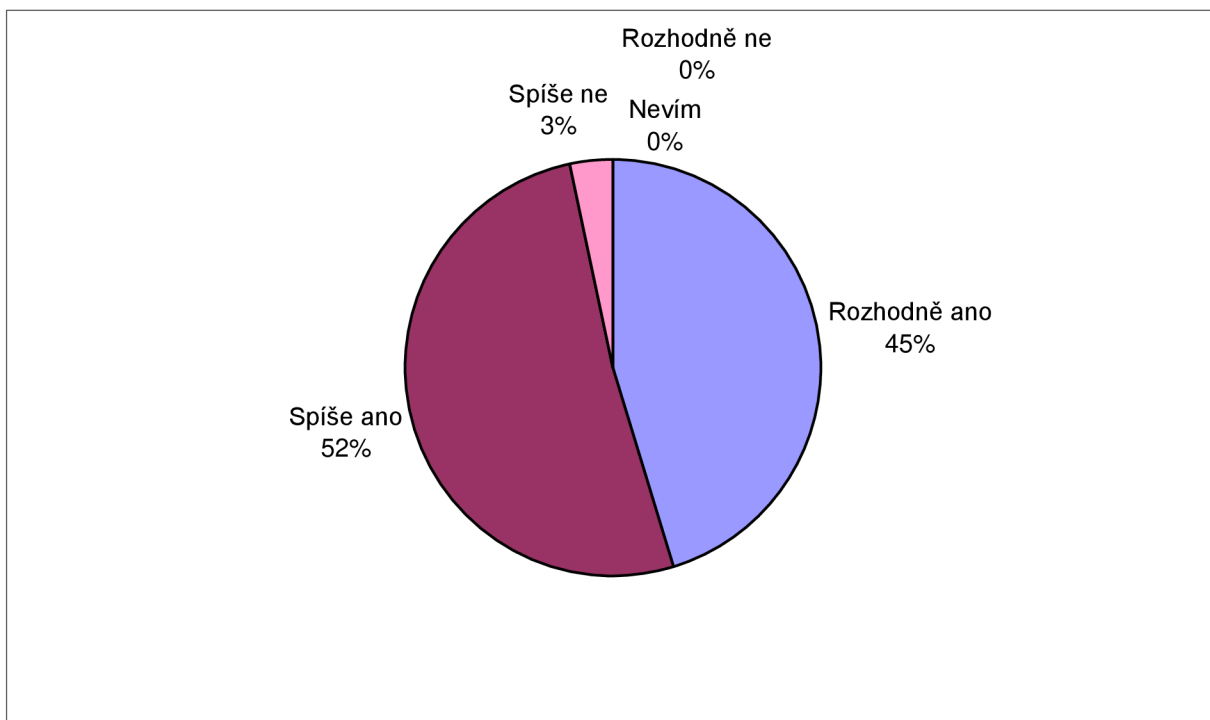
Vždy záleží na mnoha faktorech, ale i nadále se lze domnívat, že ten lidský faktor je jedním z nejdůležitějších. A to platí v péči a pomoci pomáhajících profesí dvojnásob. Pro další praxi a další možnosti, jak zajistit spokojenost nejen uživatelů DZP, ale i ošetřujícího personálu, je důležitý aspekt uchování si profesního i osobního přístupu k lidem, k nimž péče směřuje a „zabránění“ syndromu vyhoření osob v pomáhajících profesích.



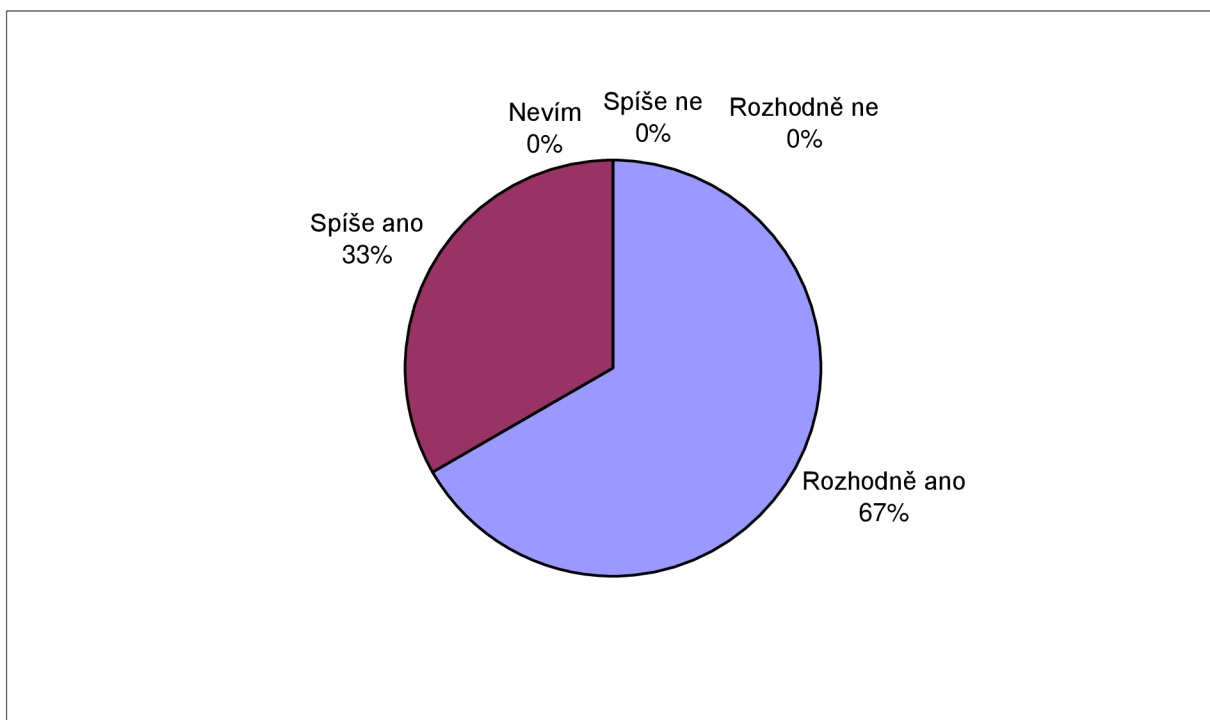
Obr. č. 16 Spokojenost uživatelů DZP Velehrad – Vincentinum s nabízenými činnostmi



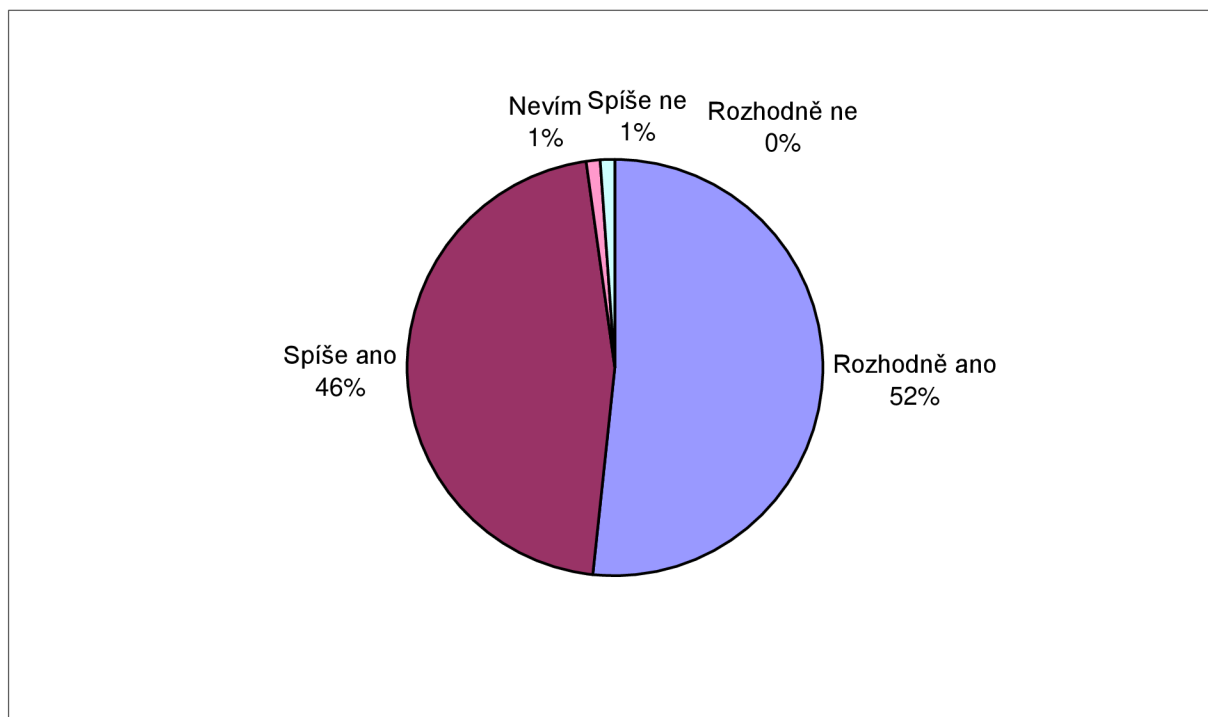
Obr. č. 17 Spokojenost uživatelů DZP Staré Město – Kopánky s nabízenými činnostmi



Obr. č. 18 Spokojenost uživatelů DZP Velehrad – Buchlovská s nabízenými činnostmi



Obr. č. 19 Spokojenost uživatelů DZP Kunovice – Cihlářská s nabízenými činnostmi



Obr. č. 20 Spokojenost uživatelů všech DZP s nabízenými činnostmi

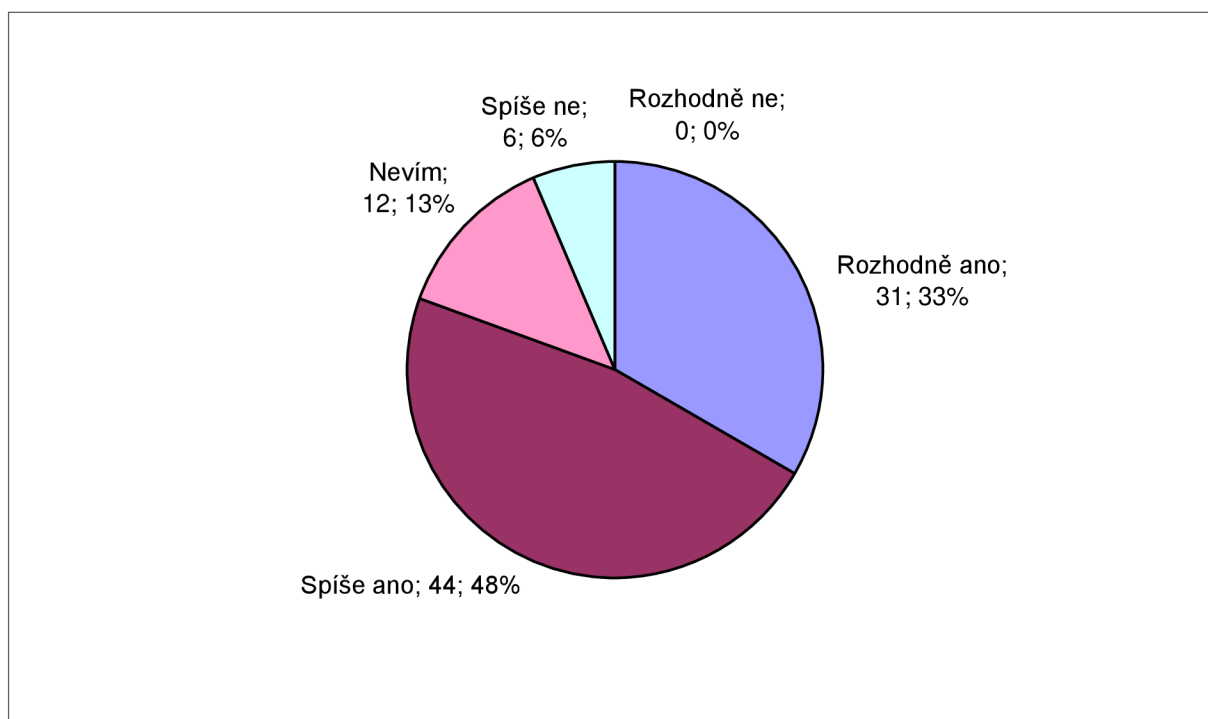
5H₀ Více než 50 % uživatelů je spokojeno s činnostmi, které jsou jim nabízeny.

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že daná hypotéza **je verifikována**. Zamítáme hypotézu alternativní.

HYPOTÉZA 6H

Vzhledem k dlouhodobé a dobře fungující péči o osoby se zdravotním postižením, zejména v posledním desetiletí lze konstatovat, že zájem a výkony v poskytování péče ze strany osob v pomáhajících profesích je příkladný a profesionální a nové Standardy sociálních služeb ke zlepšení péče ještě více napomáhají.

Lze se domnívat, že ošetřující personál starší věkové kategorie v jednotlivých DZP zastává spíše konzervativní a klasické metody přístupu k osobám se zdravotním postižením. Kvalita péče ale nemusí vždy nutně souviset s kvalitou nových postupů. Domněnka, že přijetí nových Standardů sociálních služeb výrazně neovlivní kvalitu péče o osoby se zdravotním postižením, se nepotvrdila. To dokazují výsledky výzkumu na obr. č. 21. Na danou problematiku většina všech respondentů odpovídala kladně, tudíž je třeba zamítnout nulovou hypotézu.



Obr. č. 21 Vliv Standardů sociálních služeb na zlepšení péče o osoby se zdravotním postižením ve všech DZP

6H₀ Většina respondentů se domnívá, že vznik Standardů sociálních služeb nemá vliv na zlepšení péče o osoby se zdravotním postižením.

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že daná hypotéza **není verifikována**. Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme hypotézu alternativní.

Závěrečná kapitola analyzuje výsledky zkoumání faktorů ovlivňujících kvalitu života uživatelů z pohledu ošetřujícího personálu. V první části se věnuje cíli práce, hypotézám, metodám a harmonogramu práce. Druhá část je zaměřena na charakteristiku výzkumného vzorku osob (ošetřující personál). Třetí bod charakterizuje zkoumaná zařízení a způsob vyhodnocování dotazníků. Stěžejní částí diplomové práce je čtvrtý bod této kapitoly, tj. vlastní výzkumná činnost podložená grafickým znázorněním získaných dat.

ZÁVĚR

Diplomová práce je věnována problematice péče o osoby se zdravotním postižením a možnostem zlepšení nejen péče, ale i kvality života v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Zabývá se faktory, které z pohledu ošetřujícího personálu mohou přispívat ke zlepšení kvality života uživatelů DZP.

Fenomén kvality života je předmětem výzkumu několika odlišných vědních oborů (z oblasti medicíny, sociologie, psychologie atd.), z různých pohledů. Cílem diplomové práce bylo zjistit, co znamená pojem kvalita života pro uživatele v jednotlivých DZP ve Zlínském kraji z pohledu ošetřujícího personálu. Aktuální otázkou zůstává příprava kvalifikovaných osob ošetřujícího personálu v pomáhajících profesích pro výkon této náročné profese. Významné zůstávají takové faktory, které pozitivně ovlivňují prožívání a celkovou spokojenost uživatelů a stimulují jejich celkový rozvoj.

Diplomová práce je tvořena teoretickou a praktickou částí. První kapitola v teoretické části vystihuje pojem zdraví a nemoc, důsledky choroby a zabývá se jejich dopadem na kvalitu života. Druhá kapitola je věnována osobám se zdravotním postižením se zaměřením na mentální retardaci a význam socializace osob s mentálním postižením. Ve třetí kapitole je charakterizována sociální práce jako životní pomoc, nutnost léčby a péče o osoby s mentálním postižením. Důležitou součástí tvoří i potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu a programy aktivit v ústavní péči. Jaké aktivity a terapeutické postupy se stávají nezbytnou náplní volného času a při pracovních činnostech v péči o osoby se zdravotním postižením v DZP, je obsahem praktické části čtvrté kapitoly. Poslední, pátá kapitola diplomové práce předkládá výsledky získané z kvantitativního výzkumného šetření. Výsledky jsou prezentovány v grafech a podrobeny analýze, která se stává východiskem pro verifikaci vytyčených hypotéz.

Z vlastního výzkumného šetření vyplývá, že mezi nejvíce preferované činnosti vedoucí ke spokojenosti uživatelů DZP patří výlety a kulturní akce. V závěrečném doporučení se proto jeví samozřejmou nezbytná potřeba integrace osob se zdravotním postižením do společnosti ve spolupráci s těmi, kdo přispívají ke zlepšování kvality života uživatelů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

SHRNUTÍ

MACHULKOVÁ, A. *Faktory ovlivňující kvalitu života v Domově pro osoby se zdravotním postižením z pohledu ošetřujícího personálu*. Diplomová práce. Brno, 2011.

Diplomová práce **Faktory ovlivňující kvalitu života v Domově pro osoby se zdravotním postižením z pohledu ošetřujícího personálu** mapuje možnosti péče o uživatele, zaměřuje se na využívání volného času, nabídku činností a terapeutických aktivit, které napomáhají a přispívají k celkové spokojenosti uživatelů v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

Každá z pěti kapitol má své specifické zaměření k tématům a problematice obsažené v jednotlivých kapitolách. V první kapitole jsou vymezeny pojmy zdraví a nemoc. Druhá kapitola je věnována osobám se zdravotním postižením se zaměřením na mentální retardaci. Sociální práce jako životní pomoc je problematikou a součástí třetí kapitoly. Ve čtvrté kapitole, praktické části, jsou vymezeny možnosti využití volného času v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Pátá praktická kapitola se konkrétně zabývá a věnuje vlastní výzkumné činnosti, vyhodnocuje faktory, které ovlivňují kvalitu života.

SUMMARY

MACHULKOVÁ, A. *Factors affecting the quality of life at Home for people with disabilities from the perspective of the attending staff*. Thesis. Brno, 2011.

The Thesis **Factors affecting the quality of life at Home for people with disabilities from the perspective of the attending staff** is mapping the possibilities of care for users, is focused on use of leisure time, offer of activities and therapeutic activities, which help and contribute to overall satisfaction of users at Home for people with disabilities.

Each of the five chapters has a specific focus on themes and issues covered in each chapter. The first chapter defines terms of health and disease. The second chapter is given to people with health handicap and is focused to mental retardation. Part of the third chapter are questions of social work as a life support. In the fourth, practical part are defined possibilities of leisure time use at Home for people with disabilities. The fifth practical part is devoted to research activity and evaluation of results which affect quality of life.

SEZNAM LITERATURY

Knihy

1. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
2. BAŠTECKÝ, J., KUMPEL, Q., VOJTĚCHOVSKÝ, M. a kol. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Grada Avicenum, 1994. 211 s. ISBN 80-7169070-8.
3. BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, 1988.
4. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. Brno, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.
5. DYKENS, E. M. (2005) Happiness, well-being, and character strengths: Outcomes for families and siblings of persons with mental retardation. *Mental retardation*. Vol. 43, No. 5, 360-364.
6. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1973.
7. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. 80-7178-303-X.
8. HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. GEMA, 2002. 110 s. Studijní materiál v rámci projektu Péče 2002 za podpory MZČR.
9. HRDLIČKA, M., HRDLIČKOVÁ, D. *Demence a poruchy paměti*. Pro praktické lékaře. Praha: Grada Publishing, 1999. 56 s. ISBN 80-7169-797-4.
10. JOBÁNKOVÁ, M. a kolektiv autorů. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno, 2003. 225 s. ISBN 80-7013-390-2.
11. KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 1981.
12. KOBĚRSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou*. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí. Praha: Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-851-1.
13. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.

14. LANGER, S. *Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva, 1996. 3. přepracované vydání. ISBN 80-900254-8-X.
15. LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 1. vyd. 392 s. ISBN 80-7178-961-5.
16. LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3.
17. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-24-9.
18. MÜHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 201 s. ISBN 80-210-3345-2.
19. MÜHLPACHR, P. *Sociální práce*. Brno: MU, 2004. 100 s. ISBN 80-85765-62-4.
20. MÜHLPACHR, P. *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r. o., 2006. 228 s. ISBN 80-86633-62-4.
21. NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Academia, 1999. ISBN 80-200-0690-7.
NOVOTNÁ, V., SCHIMERLINGOVÁ, V. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. Praha: Karolinum, 1992. 128 s. 382-184-92 17/99
22. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Tišnov: Sursum, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.
23. PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 1981. 304 s. ISBN 80-044-81.
24. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
25. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
26. RHEINVALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
27. ŘEZÁČ, J. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 268 s. ISBN 80-85931-48-6.
28. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 200 s. ISBN 80-7178-973-9.

29. SILVERMAN, D. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Praktická príručka. Bratislava: Ikar - Pegas, 2005. 327 s. ISBN 8055109044.
30. SKOTKO, B., BEDIA, R. C. (2005) Postnatal support for mothers of children with Down syndrome. *Mental Retardation*. Vol. 43, No.3, 196-212.
31. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
32. ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
33. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
34. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesy*. Brno, 2003. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
35. TYRLÍKOVÁ, I. a kolektiv. *Neurologie pro sestry*. Brno, 2003. 287 s. ISBN 80-7013-287-6.
36. VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života*. Teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
37. VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie – kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8.
38. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
39. VÁŽANSKÝ, M. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Print – Typia, 2001. 175 s. ISBN 80-86-384-004.
40. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
41. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
42. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie*. Teorie a praktická cvičení. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

43. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Granda, 2003. 232 s. ISBN 80-2470183-9.

44. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, nakladatelství UK, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Internetové zdroje

45. *Splněné přání* [online]. [cit. 2010-24-10]. Dostupné z: <<http://dzp-kunovice.webnode.cz/news/duchovne-prani/>>.

46. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. [cit. 2010-24-10]. Dostupné z: <<http://www.socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/98/standardy-kvality-socialnich-sluzeb/>>.

47. *Podpora sociální integrace ve Zlínském kraji* [online]. [cit. 2009-15-11]. Dostupné z: <<http://gis.kr-zlinsky.cz/lstDoc.aspx?nid=10608>>.

48. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. [cit. 2010-24-10]. Dostupné z: <<http://www.socialnipece.brno.cz/texty/5/podmenu/98/standardy-kvality-socialnich-sluzeb/>>.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Alena Machulková a studuji v 1. ročníku navazujícího magisterského programu Speciální pedagogika pro učitele na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity. V současné době zpracovávám svou diplomovou práci, jejíž téma se týká Domova pro osoby se zdravotním postižením. Žádám Vás proto o laskavé vyplnění dotazníku. Informace získané z Vašich odpovědí budou tvořit podstatnou část mé práce. Dotazník je zcela anonymní. Vyplnění zabere přibližně 5 – 10 minut. Své odpovědi, pokud není uvedeno jinak, označte prosím křížkem. Děkuji za Váš čas a vstřícnost!

Otázka č. 1

Jaký je Váš věk?

TABULKA 1	
Věk respondentů	
18-30 let	
31-45 let	
46-50 let	
51-60 let	
61 a více let	

Otázka č. 2

Jaké je Vaše pohlaví?

TABULKA 2	
Pohlaví	
muž	
žena	

Otázka č. 3

Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

TABULKA 3	
Dosažené vzdělání	
úplné střední všeobecné vzdělání	
úplné střední všeobecné vzdělání s maturitou	
vyšší odborné vzdělání	
bakalářské vzdělání	
vysokoškolské vzdělání	
jiné	

Otázka č. 4

Jaká je délka Vaší praxe?

TABULKA 4	
Délka praxe	
0-5 let	
6-10 let	
11-15 let	
16-25 let	
26 a více let	

Otázka č. 5

Jakou funkci v zařízení vykonáváte?

TABULKA 5	
Funkce	
Speciální pedagog	
Jiný pedagog	
Pracovník/pracovnice v přímé obslužné péči	
Vedoucí zařízení	
Zdravotník/zdravotnice	
Sociální pracovník	
Vychovatel/vychovatelka	
Terapeut/terapeutka	
Jiná	

Otázka č. 6

S kterým typem zdravotního postižení (mentální retardace) se nejčastěji setkáváte?

TABULKA 6	
Uživatel sociálních služeb	
Těžká mentální retardace	
Kombinované vady	
Demence	
Autismus	
Downův syndrom	
DMO s narušenou komunikační schopností	
Senioři s mentální retardací	

Otázka č. 7

Využíváte ve Vašem zařízení ergoterapie nebo jiné druhy s prvky terapií?

TABULKA 7	
Forma odpovědi	
Rozhodně ano	
Spíše ano	
Nevím	
Spíše ne	
Rozhodně ne	

Otázka č. 8

Které terapie a aktivity uživatelé preferují? Označte pořadí preference.

TABULKA 8	
Druhy terapií (prvky terapie) a aktivit v praxi	
Fyzioterapie	
Ergoterapie	
Muzikoterapie	
Canisterapie	
Hipoterapie	
Arteterapie	
Výlety a poznávací zájezdy	
Kulturní akce	
Sportovní a závodní aktivity	
Jiné	

Otázka č. 9

Jsou uživatelé spokojeni s činnostmi, které jsou jim nabízeny?

TABULKA 9	
Forma odpovědi	
Rozhodně ano	
Spíše ano	
Nevím	
Spíše ne	
Rozhodně ne	

Otázka č. 10

Jakou funkci plní dle Vašeho názoru terapie a zájmové aktivity?

TABULKA 10	
Funkce terapií a aktivit	
Relaxační	
Zklidňující	
Podpůrná a aktivační	
Rozvíjející tělesné i smyslové vnímání	
Snižující hyperaktivitu, agresivitu	
Poznávací a integrační	
Socializační a komunikační	

Otázka č. 11

Jakým způsobem se podílí rodina a příbuzní na spolupráci se zařízením Domova pro osoby se zdravotním postižením?

TABULKA 11	
Spolupráce	
Rodina pravidelně navštěvuje uživatele	
Rodina si pravidelně uživatele bere domů každý víkend a svátky	
Rodina se finančně spolupodílí na nákladech uživatele	
Sponzorské dary	
Účast na aktivitách pořádaných Domovem pro osoby se zdravotním postižením	
Spolupráce neprobíhá	
Uživatel již nemá rodinu ani příbuzné	
Jiné	

Otázka č. 12

Myslíte si, že je splněn požadavek spolupráce s rodinou?

TABULKA 12	
Forma odpovědi	
Rozhodně ano	
Spíše ano	
Nevím	
Spíše ne	
Rozhodně ne	

Otázka č. 13

Domníváte se, že se vznikem Standardů sociálních služeb se zlepšila péče o osoby se zdravotním postižením?

TABULKA 13	
Forma odpovědi	
Rozhodně ano	
Spíše ano	
Nevím	
Spíše ne	
Rozhodně ne	

Příloha č. 2 – Denník činností terapie

DENÍK ČINNOSTÍ TERAPIE⁵ 2009 DZP, DS – KUNOVICE, CIHLÁŘSKÁ 526

LEDEN

- ÚKLID, STĚHOVÁNÍ
- PSANÍ PLÁNU, HARMONOGRAM ČINNOSTI V TERAPII
- NÁKUP FOTOAPARÁTU, SEZNÁMENÍ SE S NÍM
- VÝBOR OBYVATEL, ŘEŠENÍ POŽADAVKŮ NAŠICH UŽIVATELŮ
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP
- KONDIČNÍ CVIČENÍ S CVIČEBNÍ GUMOU „ POSILUJE, ZPEVNŮJE A ROZVÍJÍ SVALY NA TĚLE “
- VYSTŘIHOVÁNÍ OBRÁZKŮ-KOLÁŽ
- VÝZDOBA DOMOVA-NÁSTĚNKY
- ZPRACOVÁNÍ KERAMICKÉ HLÍNY
- VYŠÍVÁNÍ ÚSTY
- TKANÍ, PLETENÍ, MALOVÁNÍ
- TRŽIDĚNÍ IGELITU
- SPOJOVÁNÍ ČÍSLIC DO OBRÁZKU
- ÚKLID VÁNOČNÍ VÝZDOBY
- TVOŘENÍ KERAMICKÝCH PLAKET - KAČENKY
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ A UH. HRADIŠTĚ, NÁVŠTĚVA KNIHOVNY A KOSTELA
- ZIMNÍ RADOVÁNKY- STAVĚNÍ SNĚHULÁKA
- PSANÍ NA PC – OPISOVÁNÍ BÁSNIČEK, PSANÍ DOPISŮ
- NÁVŠTĚVA SLOVÁCKÉHO DIVADLA „V JÁMĚ LVOVÉ“
- PLAVÁNÍ V UH. BRODĚ – PLAVECKÝ BAZÉN „DELFIN“
- MALOVÁNÍ MANDALY, NAVLÉKÁNÍ KORÁLKŮ
- KARETNÍ HRY, VYŠÍVÁNÍ, ZPÍVÁNÍ LIDOVÝCH PÍSNÍ, ČETBA
- DVD – PŘEHRÁVÁNÍ FILMŮ, POHÁDEK

ÚNOR

- MALOVÁNÍ VODOVÝMI BARVAMI
- VYSTŘIHOVÁNÍ PAPIROVÝCH KOLEČEK
- KOLÁŽ – LEPENÍ A MALOVÁNÍ PEJSKŮ
- VÝBOR OBYVATEL
- PŘEHRÁVÁNÍ FILMŮ NA DVD
- PRÁCE NA PC, OPIS ČLÁNKU Z KNÍŽKY, PSANÍ DOPISŮ
- VYŠÍVÁNÍ, PLETENÍ, MALOVÁNÍ, ČETBA KNIHY
- SPOLEČENSKÉ A POČÍTAČOVÉ HRY
- ŠITÍ A VÝROBA MASEK NA KARNEVAL
- VYCHÁZKY DO OBCHODŮ
- PRÁCE NA PC – OPIS KNIHY
- VYSTŘIHOVÁNÍ PAPIROVÝCH KOLEČEK
- VÝBOR OBYVATEL
- TKANÍ NA RUČNÍM STÁVKU
- KOLÁŽ, LEPENÍ A MALOVÁNÍ PEJSKŮ

⁵ Zdroj: interní materiál DZP Kunovice – Cihlářská

- PSANÍ ČLÁNKU DO ZPRAVODAJE –KUNOVJAN
- JÍZDA NA ROTOPEDU, POSILOVACÍ CVIKY
- VYŠÍVÁNÍ ÚSTY, PSANÍ NA PC ÚSTY
- ČETBA NA POKRAČOVÁNÍ
- STOLNÍ SPOLEČENSKÉ HRY A NA PC
- MALOVÁNÍ NA SKLO
- CHYSTÁNÍ MASEK A PROGRAM NA KARNEVAL(POCHOVÁVÁNÍ BASY)
- KARNEVAL
- NÁVŠTĚVA DZP VINCENTÍN, VELEHRAD – KARNEVAL
- NAVLÉKÁNÍ KERAMICKÝCH KORÁLKŮ
- KARNEVAL NA BĚLINCE – MOTÝLKOVÝ BÁL
- PROMÍTÁNÍ DVD
- TRŽIDĚNÍ IGELITU
- PSANÍ NAŠEHO ČASOPISU SLUNÍČKO

BŘEZEN

- VÝBOR OBYVATEL
- OSLAVA NAROZENIN NA ODDĚLENÍ D. 1
- TRŽIDĚNÍ IGELITU
- DIVADELNÍ PŘEDSTAVENÍ VE SLOVÁCKÉM DIVADLE –TENOR NA ROZTRHÁNÍ
- TISK A VYDÁNÍ NAŠEHO ČASOPISU SLUNÍČKO
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP K UŽIVATELŮM
- VÝZDOBA JEDNOTLIVÝCH POKOJŮ, VÝROBKY UŽIVATELŮ
- TERAPIE NA ODDĚLENÍ
- MALOVÁNÍ VELIKONOČNÍCH MOTIVŮ
- NÁVŠTĚVA DĚTÍ Z BĚLINKY
- MOTÁNÍ VLNĚNÝCH KLUBÍČEK, STAVĚNÍ Z MOLITANOVÝCH KOSTEK
- PLETENÍ, VYŠÍVÁNÍ, TKANÍ
- LEPENÍ OBRÁZKŮ Z KŮŽE
- PSANÍ NA PC – OPIS KNIHY, PSANÍ DOPISŮ
- NÁVŠTĚVA KINA LÍPA- POHÁDKA, PRINCEZNA Z PEKLA
- POSILOVACÍ CVIKY, JÍZDA NA ROTOPEDU
- ZPÍVÁNÍ LIDOVÝCH PÍSNÍ
- PŘEDVÁDĚNÍ VELIKONOČNÍHO ARANŽMÁ, PEČENÍ VELIKONOČNÍHO VĚNEČKU A KUŘÁTEK
- MALOVÁNÍ VELIKONOČNÍCH OZDOB

DUBEN

- TRŽIDĚNÍ IGELITU
- PSANÍ NA PC ÚSTY
- POSILOVACÍ CVIKY, JÍZDA NA ROTOPEDU, PROTAHOVACÍ CVIKY
- MALOVÁNÍ JARNÍHO MOTIVU, VELIKONOČNÍ BERÁNEK, HUSIČKY
- TRŽIDĚNÍ BAREVNÝCH KAMÍNKŮ
- ČETBA KNIHY
- VYŠÍVÁNÍ ÚSTY
- PLETENÍ A TKANÍ NA RUČNÍM STÁVKU
- VÝBOR OBYVATEL
- JARNÍ VÝZDOBA ZAŘÍZENÍ
- NAMOTÁVÁNÍ VLNY DO KLUBÍČEK

- PRÁCE NA ZAHRADĚ, HRABÁNÍ, SBĚR LISÍ.....
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ
- VÝROBA MEDAILÍ NA SPORTOVNÍ HRY
- ÚČAST NA POHŘBU NA VELEHRADĚ
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP K SENIORŮM
- REKREACE – VŘESOVICE 27.4 – 30. 4. 09
- NÁVŠTĚVA UŽIVATELKY V NEMOCNICI
- SPOLEČENSKÉ HRY
- ČETBA

KVĚTEN

- PLETENÍ A SEŠÍVÁNÍ ČEPIC
- MODELOVÁNÍ KERAMICKÝCH KORÁLKŮ
- LOŽENÍ KERAMICKÉ PECE
- TERAPIE NA ODDĚLENÍ E.2.
- VÝBOR OBYVATEL
- VYŠÍVÁNÍ ÚSTY
- PSANÍ NA PC
- NÁCVIK TANEČKU S PADÁKEM
- TRÍDĚNÍ IGELITU
- VÝLET AUTOBUSEM DO LUHAČOVIC 13. 5. 09
- VYCHÁZKA PO OKOLÍ
- LEPENÍ OBRÁZKU Z KŮŽE
- REKREACE RADĚJOV 20. 5. - 21. 5. 09
- NÁKUP MATERIÁLU NA SPORTOVNÍ HRY
- GENERÁLKA - ZKOUŠKA TANEČKU S PADÁKEM
- MALOVÁNÍ PŘEDLOHY NA VYŠÍVÁNÍ
- SPORTOVNÍ HRY NA BĚLINCE 27. 5. 09
- CHYSTÁNÍ A PŘÍPRAVA NA VIII. TRADIČNÍ SPORTOVNÍ HRY, KTERÉ NAŠE ZAŘÍZENÍ POŘADÁ

ČERVEN

- VÝROBA MEDAILÍ
- PŘÍPRAVA SPORTOVNÍCH HER
- VÝBOR OBYVATEL
- TRADIČNÍ VIII. SPORTOVNÍ HRY 10. 6. 09
- VÝLET NA VELEHRAD, NÁVŠTĚVA VINCENTINA
- PRÁCE NA - PC
- TRÍDĚNÍ IGELITU
- TRÍDĚNÍ PLASTOVÝCH KELÍMKŮ
- TKANÍ NA RUČNÍM STÁVKU
- PROTAHOVACÍ CVIKY, JÍZDA NA ROTOPEDU
- VYCHÁZKY
- VÝPOMOC NA ODDĚLENÍ
- SESTAVOVÁNÍ STANDARDŮ
- STOLNÍ SPOLEČENSKÉ HRY, TANEC, POSLECH HUDBY, RELAX
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP

ČERVENEC

- ŠKOLENÍ ŘIDIČŮ

- SCHŮZE ZAMĚSTNANCŮ
- VÝBOR OBYVATEL
- TÁBORÁK S OPĚKÁNÍM ŠPEKÁČKŮ A ŽIVÁ HUDBA
- VYŠÍVÁNÍ ÚSTY
- TRÍDĚNÍ IGELITU A PLASTOVÝCH KELÍMKŮ
- MALOVÁNÍ PASTELKAMI
- ČETBA NA POKRAČOVÁNÍ
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ
- PSANÍ NA PC – ÚSTY
- ŠITÍ DEKORAČNÍHO POLŠTÁŘE
- TKANÍ NA RUČNÍM STÁVKU
- ZPÍVÁNÍ LIDOVÝCH PÍSNÍČEK
- PROTAHOVACÍ A UVOLŇOVACÍ CVIKY
- PRÁCE NA ZAHRÁDCE
- MŠE SVATÁ
- NÁVŠTĚVA KOUPALIŠTĚ V KUNOVICÍCH
- PLETENÍ, VYŠÍVÁNÍ, ŠITÍ

SRPEN

- VÝBOR OBYVATEL
- VÝPOMOC NA ODDĚLENÍ
- VÝLETY DO UHERSKÉHO HRADIŠTĚ – MHD
- MALOVÁNÍ SLUPOVACÍMI BARVAMI
- TRÍDĚNÍ IGELITU
- VÝZDOBA DOMOVA
- ČETBA NA POKRAČOVÁNÍ
- PROTAHOVACÍ, UVOLŇOVACÍ CVIKY
- JÍZDA NA ROTOPEDU
- PRÁCE NA ZAHRADĚ
- NÁVŠTĚVA DĚTÍ Z BĚLINKY
- ÚKLID GARÁŽE
- BARVENÍ VLASŮ
- HRA NA KLÁVESY
- SPOLEČENSKÉ HRY – DÁMA, KARTY, ČLOVĚČE NEZLOB SE
- TKANÍ, PLETENÍ, VYŠÍVÁNÍ
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP – SENIOŘI
- NÁVŠTĚVA KINA - „LÍBÁŠ JAKO BŮH“
- STANDARDY – VOLNOČASOVÉ AKTIVITY
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ
- PSANÍ DOPISŮ, OPIS Z KNIHY NA PC

ZÁŘÍ

- VÝBOR OBYVATEL
- SKLÁDÁNÍ MOZAIKY
- NAVLÉKÁNÍ KORÁLKŮ
- TRÍDĚNÍ IGELITU
- VÝBOR OBYVATEL
- MALOVÁNÍ PASTELKAMI
- POMOC NA ODDĚLENÍ
- SPOJOVÁNÍ ČÍSEL – OBRÁZKY

- VYŠÍVÁNÍ ÚSTY
- PSANÍ NA PC ÚSTY
- TKANÍ NA RUČNÍM STAVU
- NAMOTÁVÁNÍ KLUBÍČEK, PLETENÍ, VYŠÍVÁNÍ
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ
- STAVEBNICE AXIMO
- ČETBA, POSLECH HUDBY
- PUZZLE
- NÁSTĚNKY U TERAPIE – SPORT, REKREACE, KULTURA, TERAPIE
- PROTAHOVACÍ, POSILOVACÍ CVIKY, ROTOPED
- MALOVÁNÍ NA SKLO
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP K UŽIVATELŮM A SENIORŮM
- ZMĚNA PROSTŘEDÍ, RELAX
- VELEHRAD, KOPRETINA – DEN OTEVŘENÝCH DVEŘÍ 11. 9. 09
- NÁKUP MATERIÁLU
- VÝLET VLAKEM DO PRAHY 22. 9. 09
- NÁVŠTĚVA V CHARITĚ – RYBÁRNY
- VÝZDOBA NÁSTĚNKY U MĚSTSKÉHO ÚŘADU V KUNOVICÍCH

ŘÍJEN

- TRÍDĚNÍ IGELITU
- VÝBOR OBYVATEL
- TÁBORÁK
- NÁSTĚNKA U MŮ
- PROMÍTÁNÍ DVD
- VÝPOMOC NA ODDĚLENÍ
- DEN OTEVŘENÝCH DVEŘÍ NA BĚLINCĚ I U NÁS V ZAŘÍZENÍ 7.10.09
- DIVADELNÍ PŘEDSTAVENÍ VE SLOVÁCKÉM DIVADLE – CARMEN 8.10.09
- MALOVÁNÍ NA SKLO
- NÁCVIK TANEČKU S PADÁKEM „DĚTI SLUNCE“
- PRÁCE NA PC
- POSILOVACÍ CVIKY, JÍZDA NA ROTOPEDU, TANEC PŘI HUDBĚ
- AXIMO - POZNÁVÁNÍ BAREV, POČÍTÁNÍ OBRAZCŮ
- TKANÍ, VYŠÍVÁNÍ, PLETENÍ, MALOVÁNÍ PASTELKAMI, PUZZLE
- 1. KUNOVSKÁ SUPERSTAR 20.10.09 V NAŠEM ZAŘÍZENÍ
- MEZINÁRODNÍ VELETRH -- MEDIKA, BRNO 21.10.09
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ
- VÝZDOBA ZAŘÍZENÍ, FOTKY, OBRÁZKY

LISTOPAD

- TRÍDĚNÍ IGELITU
- CVIKY S POSILOVACÍ GUMOU
- PRÁCE NA PC
- VÝBOR OBYVATEL
- TRÍDĚNÍ A NAVLÉKÁNÍ KERAMICKÝCH KULÍČEK
- PLETENÍ, ŠITÍ, MALOVÁNÍ, PŘEMOTÁVÁNÍ VLNY
- SKLÁDÁNÍ - PUZZLE
- DVD – PROMÍTÁNÍ FILMŮ
- SPOLEČENSKÉ HRY, DÁMA, KARTY, ČLOVĚČE NEZLOB SE...

- MALOVÁNÍ PŘEDLOH NA VYŠÍVÁNÍ
- ZPÍVÁNÍ LIDOVÝCH PÍSNÍ, TANEC
- VYCHÁZKY PO OKOLÍ
- APLIKACE LÁTKY NA VÝKRES
- INVENTURA MAJETKU V CELÉM ZAŘÍZENÍ
- DIVADELNÍ PŘEDSTAVENÍ VE SLOVÁCKÉM DIVADLE „CIKÁNI“
- VÝLET AUTOBUSEM, MHD DO UH. HRADIŠTĚ
- INDIVIDUÁLNÍ PŘÍSTUP
- TKANÍ NA RUČNÍM STVU
- ZIMNÍ VÝZDOBA NAŠEHO ZAŘÍZENÍ
- VÝPOMOC NA ODDĚLENÍ

PROSINEC

- TRÍDĚNÍ IGELITU
- VÝBOR OBYVATEL
- AXIMO, POZNÁVÁNÍ BAREV
- VÝROBA VÁNOČNÍCH PŘÁNÍČEK
- SLOVÁCKÉ DIVADLO „ OBCHODNÍK S DEŠTĚM“
- CANISTERAPIE
- MIKULÁŠSKÁ BESÍDKA
- VÝLET DO STRÁŽNICE DO SKANZENU – VÁNOČNÍ TRADICE
- ZDOBENÍ VÁNOČNÍHO STROMU
- VÝZDOBA NÁSTĚNKY U MĚSTSKÉHO ÚŘADU
- PSANÍ POHLEDŮ, DOPISŮ
- VÝROBA DÁREČKŮ PRO PŘÍBUZNÉ
- VYSTOUPENÍ ZÁKLADNÍ ŠKOLY Z HLUKU

Příloha č. 3 – Plán společenských a kulturních akcí na rok 2009

Plán společenských a kulturních akcí na rok 2009⁶

DZP, DS Cihlářská 256, 686 04 Kunovice

Naši uživatelé budou moci ve svém volném čase využívat různých činností s terapeutickým zaměřením, navštěvovat učebnu s počítači, promítací mikrosystém, keramickou dílnu s možností vypálení vyrobené keramiky, kuchyňku, pracovní dílnu, kde třídí igelit a za něj získají finanční odměnu. Ta je použita na výlety, malování, vyšívání a různorodé činnosti. Mají možnost chodit do tělocvičny, kde je různé nářadí, náčiní a prostor na relaxaci. K dispozici je takzvaná „duhová místnost“, kde uživatelé mohou využívat volný čas, být společně ze všech oddělení pohromadě, relaxovat, učit se pohybovým dovednostem. Máme zde dvě pracovnice EU, které se věnují uživatelům a zaměstnávají je v jejich volném čase. Využíváme dovednosti našich pracovníků (fyzioterapeutů) k bazální stimulaci. Ve svém volném čase budou mít uživatelé možnost navštěvovat akce organizované našim zařízením a programy kulturních akcí v blízkém okolí.

Leden – únor

Návštěva kostela, promítání videa, divadelní představení ve Slováckém divadle, návštěva DZP – Staré Město, plavecký bazén v Uh. Brodě, karneval v zařízení a ve Starém Městě, vycházky po okolí.

Březen – duben

Četba na pokračování, výlet na Velehrad, setkání seniorů v Uh. Hradišti, návštěva Slováckého muzea, návštěva skanzenu v obci Modrá, výroba výrobků na velikonoční jarmark a účast na jarmarku, slet a pálení čarodějnic, návštěva zdejšího kina.

Květen – červen

Stavění a kácení máje, výlet vlakem do Uh. Brodu, táborák na zahradě s opékáním špekáčků, pořádání a organizace sportovních her, ZOO – Hodonín, festival – Kunovské léto.

⁶ Zdroj: interní materiál DZP Kunovice – Cihlářská

Červenec – srpen

Jalubí – návštěva konírny, spaní pod širákem, návštěva koupaliště v Kunovicích, výlety do lesa a blízkého okolí.

Září – říjen

Beseda naše zdraví, návštěva knihovny v Uh. Hradišti, výroba výrobků na jarmark v Uh. Hradišti – Slavnosti vína, výlet do kempu na Salaši – opékání špekáčků, kino Lípa v Kunovicích.

Listopad – prosinec

Ukázka pletení adventních věnců, návštěva kostela, vystoupení a kulturní akce v Kunovicích, mikulášská besídka, zdobení vánočního stromu, vánoční zpívání, promítání pohádek a vyprávění o Vánocích, pečení cukroví.

Příloha č. 4 – Charakteristika DZP Kunovice – Cihlářská. Otevření duchovní místnosti.

Po stránce architektonické i estetické patří Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská k moderně vybavené budově, kde se jejím uživatelům pohodlně a dobře žije. Dne 18. 6. 2010 byla pro uživatele i zaměstnance otevřena nová duchovní místnost.

Kapacita zařízení je 76 osob (senioři s mentální retardací od středně těžké až po hlubokou, lidé s demencí, DMO a narušenou komunikační schopností, uživatelé s Downovým syndromem). Součástí DZP je i Domov pro seniory, kde žijí 4 osoby.

V rámci úhrady za pobyt DZP poskytuje:

- ubytování (dvou a třílůžkové pokoje),
- stravu (včetně dietního stravování),
- základní a odbornou zdravotní péči, ošetrovatelskou péči,
- základní a odborné sociální poradenství,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- úklid, praní, žehlení a drobné opravy prádla.

Kromě výše uvedených služeb jsou poskytovány i fakultativní služby (např. perličková koupel, masáže, pronájem garáže a další), o nichž byla zmínka v kapitole 4.2. Pracovní terapie, terapeutické postupy v péči o osoby s mentálním postižením.

SPLNĚNÉ PŘÁNÍ

Radost, slzičky, smíšené pocity... toto všechno provázelo dne 18. 6. 2010 uživatele i zaměstnance našeho domova. Došlo k dlouho očekávanému okamžiku - otevřeli jsme duchovní místnost. Za toto splněné přání děkujeme Občanskému sdružení křesťanské mládeže Kunovic, které zrealizovalo ve spolupráci s Občanským sdružením města Kunovic projekt, který byl již myšlenkou veden ve prospěch právě našeho domova. Slovenský řezbář Andrej Irša odvedl kus velkolepé a poctivé práce, to se zúročilo na pravém místě. Naši uživatelé zde najdou místo pro duchovní odpočinek, podporu, která jim doposud tak chyběla. Jejich radost je opravdová a za ní skryta spousta práce lidí, kteří pracovali s otevřeným srdcem. I proto sem rádi chodíme nebo se jen tak zastavíme.....

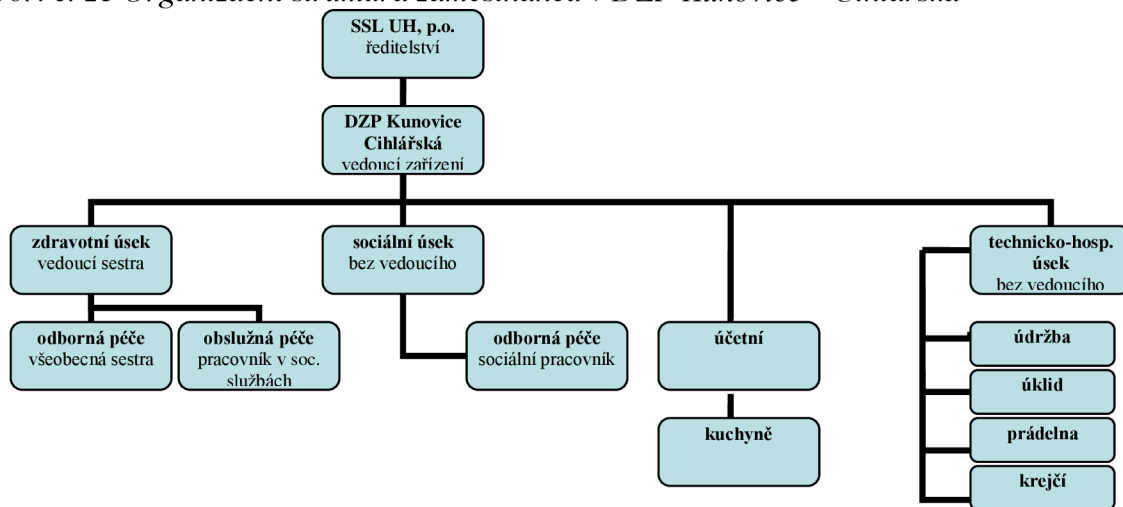
Obr. č. 22 Otevření duchovní místnosti



Zdroj: <http://dzp-kunovice.webnode.cz/news/duchovne-prani/>

Příloha č. 5 - Organizační struktura zaměstnanců v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská

Obr. č. 23 Organizační struktura zaměstnanců v DZP Kunovice – Cihlářská



Zdroj: interní materiál DZP Kunovice – Cihlářská

**Příloha č. 6 – Ukázky arteterapeutické činnosti a jiných aktivit uživatelů DZP Kunovice
– Cihlářská**

Obr. č. 24 Výtvarné práce



Zdroj: vlastní

Obr. č. 25 Výtvarné práce – detail



Zdroj: vlastní

Obr. č. 26 Masopust



Zdroj: vlastní

Obr. č. 27 Sportovní den



Zdroj: fotoarchiv zaměstnance DZP

Obr. č. 28 Sportovní den, závody



Zdroj: fotoarchiv zaměstnance DZP

Obr. č. 29 Návštěva folklórního souboru



Zdroj: fotoarchiv zaměstnance DZP