

JIHOČESKÁ UNIVERSITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**PSYCHOTERAPEUTICKÝ POTENCIÁL ERGOTERAPIE
V DOMOVECH
PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Bakalářská práce

Jméno autora: Hauerlandová Milena

Jméno vedoucího práce: Mgr. Václav Šnorek

2008

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č.111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním mé bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou universitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 12. 5.2008

Milena Hauerlandová

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi byly nápomocni v poskytnutí informací a znalostí potřebných k napsání bakalářské práce, za rady a podporu ve zvoleném tématu Mgr. Václav Šnorkovi a rovněž za poskytnutí cenných rad při zpracování praktických zkušeností paní Mgr. Motlové.

Abstract

Homes for young adults with disabilities provide services to clients with various degrees of mental illness, frequently with physical impairment as well. In respect of age, children and young adults represent the largest part of users of housing services. The facilities try to offer services which ensure fulfilment of basic life needs, they provide substitution of home, leisure time activities and systematic personal development which is aimed at integration into everyday life in society not only by means of training to self-reliance. Occupational therapy (also known as Ergotherapy) and psychosocial rehabilitation represent significant components in the activities. In many facilities the problem is expertise of providers of the occupational therapy activities. Considering that the research is undertaken as exploratory, only working, general areas of research work resulting from research objectives are set, not individual hypotheses. Data were gathered by the questionnaire method. The participants of the research were staff members of selected Homes for people with disabilities situated in Uherský Brod, in Velehrad, in Javorník and in facilities of Archdiocesan charity in Prague. Criteria for selection of respondents was in this case social services worker and worker involved in the direct care for the client. The objectives of the thesis were accomplished. Although specific facilities provide clients with sufficient quantity of occupational therapy activities, from the perspective of the individual-client this effort is restricted by the lack of skilled and professional attitude and insufficient knowledge of the staff and to a certain extent also by facility that provides occupational therapy. Occupational therapy diagnostics in the Homes is applied on minimal level, based especially in long-term clients on original examination of their remaining functional potential. Regardless of possible positive changes in the client it does not offer further forms and methods of development, only preserving the present condition.

To improve the current situation, it would be useful to carry out a detailed personnel research in all resident facilities for people with disabilities. If the results were similar to the results on my research, it would be advisable to hire an occupational therapist and to bring to effect legislative adjustment in standards of facilities and thereby prevent mistakes in providing the service.

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	9
1.1 Systém ucelené rehabilitace	9
1.1.1 Základní pojmy z ucelené rehabilitace	10
1.1.2 Holistický přístup z hlediska ucelené rehabilitace	11
1.2 Systém sociální péče	11
1.2.1 Sociální zákon a zaměstnanci	13
1.3 Psychoterapeutický potenciál ergoterapie	14
1.3.1 Potenciál	14
1.3.2 Psychoterapie	14
1.3.3 Ergoterapie a ergoterapeut	15
1.3.4 Ergoterapie a skupinová práce s klienty	18
1.3.5 Ergodiagnostika	19
1.4 Spolučinitelé ergoterapeutického procesu	20
1.4.1 Psychomotorika mezičlánkem ergoterapeutického procesu	20
1.4.2 Psychoterapeutické vlivy a metody	21
1.4.3 Emoční faktory	21
1.4.4 Terapeutické možnosti a přístupy	24
1.4.5 Syndrom vyhoření	25
1.5 Mládež v zařízení sociálních služeb	27
1.5.1 Pojem zdravotní postižení	27
1.5.2 Stupně postižení dle zákona	28
1.5.3 Nejčastěji vyskytující se postižení	29
1.6 Domovy pro mládež se zdravotním postižením	31

2	Cíle práce	33
2.1	Okruhy výzkumné práce	34
2.2	Použité metody výzkumu	34
3	Charakteristika výzkumného souboru	36
3.1	Zkoumané soubory, zařízení	36
3.1.1	Domov pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě.....	36
3.1.2	Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník.....	38
3.1.3	Domov pro osoby se zdravotním postižením V Mariánské	39
3.1.4	Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad	41
3.1.5	ADCH Fatima	43
3.2	Výsledky v tabulkách a grafech	48
3.3	Závěrečná diskuse a návrhy na zlepšení	83
4	Závěr	91
	Seznam použitých zdrojů	94
	Klíčová slova	97
	Přílohy	98

Úvod

Problematikou „psychoterapeutického potenciálu ergoterapie“, tudíž problematikou ergoterapie v kombinaci s přístupem zaměstnanců ke klientům ve smyslu ucelené rehabilitace, se zabývám od dob svého zaměstnání na pozici pracovnice sociálních služeb v zařízení, jež v průběhu mé působnosti změnilo několikrát nejen název - Ústav sociální péče pro mládež, Domov pro mládež s postižením, Domov pro osoby se zdravotním postižením. Postupně se měnila i celá organizační struktura vlivem zákonných transformací. Proměnlivým se stal i názor na odbornost zaměstnanců v přímé péči i názor na potřebnost odborných pracovníků.

Zařízení se snaží nabízet služby zajišťující naplnění základních životních potřeb, poskytují substituci domova, naplnění volného času a systematický rozvoj osobnosti směřující k integraci do běžného života ve společnosti nejen prostřednictvím výchovy k samostatnosti. Významnou složku v aktivitách představuje ergoterapie a psychosociální rehabilitace. V mnohých zařízeních je problémem odbornost pracovníků, kteří ergoterapeutické aktivity realizují, přestože psychoterapeutický proces probíhá při práci s klienty v domovech prakticky nepřetržitě. Přičemž psychoterapeutickým procesem rozumíme děj vedoucí ke změnám v osobnosti a projevu klienta, uskutečňující se v přímé souvislosti s určitými postoji a chováním terapeuta ,v této bakalářské práci zaměstnanec domova, vůči klientovi, jež vyvolávají specifickou interakci mezi oběma, případně mezi dalšími účastníky při terapii ve skupině. Výzkum „psychoterapeutického potenciálu ergoterapie“ by měl přinést informace o tom, zda je v každodenním režimu konkrétního zařízení dostatečné množství ergoterapeutických aktivit a zda je z pohledu klienta, jednotlivce toto množství dostačující. Rovněž přináší údaje o tom, nakolik jsou zaměstnanci v zařízení dostatečně kvalifikovaní pro výkon své funkce a zda mají v zařízení dostatek příležitostí se dále vzdělávat a rozvíjet. Výstupem má být zjištění, do jaké míry je v rámci ergoterapie realizována

ergodiagnostika a rovněž posouzení využití potenciálu ergoterapie vzhledem ke konkrétním možnostem klienta.

Ergoterapie je, i není jen, léčba prací. Je potřeba vnímat ji z hlediska ucelené rehabilitace. Řčení „ora at labora – modli se a pracuj“ vystihuje podstatu této práce a význam ergoterapie. Naučit se (ne vycvičit!) lze pouze za předpokladu empatického kontaktu s druhou bytostí. Pod vlivem okolností, kterými mohou být nejrůznější postižení, se učíme znovu dýchat, sedět, chodit. Prostřednictvím lidského kontaktu, nejprve v rodině, popř. její vhodné alternativě, pokud vůbec existuje, se rozvíjí lidská osobnost. Začínáme myslet a pracovat, předávat a dávat, socializujeme sebe a skrze sebe i ostatní. Pod vlivem vlastní praxe s jedinci s postižením, kdy nešlo si nepovšimnout jejich aktivity, snahy a chuti se rozvíjet v souvislosti s empatickým přístupem zaměstnance v přímé péči, je na místě vytvořit substituci legislativně daného, odborně vedeného a především láskyplného „domova“ poskytující osobám se zdravotním postižením a zvláště pak dětem a mládeži bezpečí, láskyplnou péči a jistotu, kterou tolik potřebují, neboť rozvoj psychoterapeutického potenciálu ergoterapie je podmíněn odborností a empatií při přístupu zaměstnance ke klientovi a na dobrovolném rozhodnutí jedince s postižením tu kterou činnost konat.

1. Současný stav

1.1 Systém ucelené rehabilitace a nové současné pojetí

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci již v roce 1969 následujícím způsobem: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti“*. (1, s.8)

V roce 1981 pak došlo k následujícímu rozšíření definice rehabilitace: *„Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke zmenšení tlaku, který působí disabilita a následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého“*. (1, s.9)

Konečně z roku 1994 pochází definice charakterizující rehabilitaci jako: *„Proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti“*. Přijmeme-li za své toto pojetí, pak jistě nemůžeme zužovat rehabilitaci fyzioterapii, resp. na léčebný tělocvik nebo myoskeletární medicínu, viz. J.Pfeifer a O.Švestková (2005). (1)

J. Pfeifer rovněž poukazuje na zásadní význam nově pojaté rehabilitace slovy: *„Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy jsoucí i budoucí vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integrace do života při využití všech dostupných prostředků léčebných (fyzikální terapie, LTV, ergoterapie, animoterapie, arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie,..), sociálních (přijmutí + defekt – sociální dimenze – defektivita jako celoživotní stav, reedukace – rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností, kompenzace – náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí, akceptace – přijetí života s postižením) výchovných (= pedagogických – odbourávání odchylek, média*

jako prostředky této rehabilitace, kruhová – týmová péče) a v neposlední řadě i pracovních (účelná rekvalifikace, zvýhodňování zaměstnavatelů, stanovování kvót). (1)

Další významnou oblastí, spjatou s tématem této práce a současně s pojetím ucelené rehabilitace, je využívání volného času, pěstování a rozvíjení zájmové činnosti, atp. V této souvislosti hovoříme spíše o sféře *psychosociální rehabilitace*. (2)

1.1.1 Základní pojmy z ucelené rehabilitace

IC FDH, 2001 tvoří základ hodnocení funkčního potenciálu jedince a na tomto základě je třeba zvolit další postupy a v rámci ergoterapeutického působení ji zakompenzovat do standardů a režimu klientů Domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Mezinárodní klasifikace IC FDH –International Classification of Functioning Disability and Health – toto nejnovější definitivní pojetí opouští pojem *handicap* – tj. omezení možností výkonu daného člověka ve srovnání s tím co by běžně zastal, a nahrazuje jej pojmem *restringovaná (omezená) participace*, kdy tato je pro jedince omezující (restringující) právě v té aktivitě, která je pro něj důležitá ve vztahu k sociálnímu prostředí. (1)

Impairment je vhodné chápat jako poruchu, poškození, ztrátu, popř. abnormalitu ve funkcích či strukturách, tj. změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému.

Disability vyjadřuje omezení, chybění, neschopnost, nemohoucnost, invaliditu, zdravotní postižení - ve smyslu následku poškození, tj. jedná se o poruchu na úrovni celého jedince.

Restrigovaná participace se tak týká především hodnocení funkčních schopností dané osoby. (1)

1.1.2 Holistický přístup z hlediska ucelené rehabilitace

Chceme-li se odpovědně zabývat problematikou ucelené rehabilitace, je zapotřebí formulovat základní otázku – *co je člověk?* Na tuto otázku existuje celé řada odpovědí, nicméně dnešnímu člověku bude pravděpodobně blízká teorie zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Freuda, který k označení vrstev osobnosti použil pojmy *id – ego – superego*. Ve filozofii (teologii) bychom pro tyto dimenze člověka mohli použít označení *tělo – duše – duch*, čemuž v moderní psychologii nejspíše odpovídají pojmy *puď(tělo) – prožívání (duše) – reflexe(duch)*.

Ačkoliv se problematika celistvosti člověka může jevit jako příliš vzdálená a nesouvisející s daným tématem, je to jen pouhé zdání, neboť nám ve skutečnosti umožňuje vnímat rehabilitaci lidí s tělesným a kombinovaných postižením opravdu uceleně, se všemi náležitostmi, možnostmi a konsekvencemi. (2)

Pokud bychom se pokusili rehabilitaci zúžit např. jen na tělesnou stránku, pak bychom se dopustili nežádoucího redukcionismu, čímž by nejvíce trpěli právě ti, jimž je rehabilitace určena. (1)

Účelem této práce je rovněž alespoň okrajově nastínit multioborovost ergoterapie v souvislosti s celistvostí lidské dimenze, kterou svým působením pojímá do jednotlivých ergoterapeutických metod. Na počátku celého procesu stojí ovšem zákony, legislativa.

1.2 Systém sociální péče

Dne 14. března 2006 vstoupil v platnost Zákon č.108/2006 Sb.o sociálních službách v platném znění, který 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, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

Pro účely této práce je třeba zde citovat stěžejní pojmy týkající se jednak klientů (uživatelů) a jednak zaměstnanců v sociálních službách.

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a) sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- b) nepříznivou sociální situaci oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,
- c) dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem,
- d) přirozeným sociálním prostředím,
- e) sociálním začleňováním,
- f) sociálním vyloučením,
- g) zdravotním postižením – se rozumí tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby,
- h) plánem rozvoje sociálních služeb – výsledek procesu aktivního zajišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobu jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis a analýza existujících zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování

plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.
(14, §3)

1.2.1 Sociální zákon a zaměstnanci

V sociálních službách vykonávají odbornou činnost

- a) sociální pracovníci za podmínek stanovených v §109 a 110,
 - b) pracovníci v sociálních službách,
 - c) zdravotničtí pracovníci,
 - d) pedagogičtí pracovníci. (14, §115)
- 1) Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou:
- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
 - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
 - c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
 - d) poskytnutí ubytování, popř. přenocování,
 - e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
 - f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
 - g) sociální poradenství,
 - h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
 - i) sociálně terapeutické činnosti,
 - j) pomoc při uplatňování práv oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
 - k) telefonická krizová pomoc,
 - l) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
 - m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

- 2) Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.
- 3) Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v §37,39 až 52 a §54 až 70 jsou poskytovatelé povinni vždy zajistit.
- 4) Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti. (14, §35)

1.3 Psychoterapeutický potenciál ergoterapie

1.3.1 Potenciál

„*Potenciál*, způsobilost k výkonu, k poskytnutí energie (práce); 1. fyz. a) funkce několika proměnných, jejíž parciální derivace podle některé proměnné má fyz. význam (např.složka síly)“. (8, s.925)

1.3.2 Psychoterapie

Psychoterapie, jak uvádí Růžička (2003), je civilizační pokus o nápravu výchovných chyb, jež vedly k duševnímu i tělesnému strádání definovanému jako nemoc. Návrh je chápat ji ve třech výchovných aspektech; výchovném, preventivním a léčebném, tj. jako revizi výchovy předchozí. Zároveň se přednáška zmiňovala o výchovných a psychosomatických souvislostech. Např. jak krmení dětí a budování stravovacích návyků rozsáhle ovlivňuje dětské emoční ladění, strukturu času, vztahy k lidem, jaký má vliv na jejich očekávání i základní dimenze budování vztahů či hodnotovou orientaci, jak způsob a chování při krmení matky ovlivňuje trávení potravy i její metabolizaci a jak pozitivně a patologicky ovlivňuje fyziologii gastrointestinálního traktu i „fyziologii společensko-kulturního a duchovního života“ dítěte i kultury, ve které žije. (15)

Obdobné psychoterapeutické vlivy si lze snadno přestavit ve vztahu zaměstnance v přímé péči a postiženého klienta. Význam v tomto směru sehrává duševní i mravní vyspělost zaměstnance v přímé péči, která umožňuje pozitivní rozvoj jedince s postižením pouze za předpokladu kladného vztahu zaměstnance k vlastní osobě, znalost sebe sama, za předpokladu znalosti integrity „já“. Proto níže citovaná kapitola, jenž charakterizuje období tolik důležité pro rozvoj empatie, která je spolupůsobitelem kladného předání psychoterapeutického potenciálu.

(více viz. příloha č.2)

„Svoboda i morálka začínají zrodem *jáství*, které je předpokladem existence vzniku osoby (Sokol, 2000). Později ukážeme, že osoba *jáství* vyčerpaná není, že je podstatně spolutvořena *mystvím*. Rozpomenutí se na *myství* dovoluje rozumět lásce jako touze po druhém, jež je součástí mé osoby, nikoliv však (jen) v modu *jáství*, ale v *myství*, nikoliv jako identifikace ani introjekce, ale v původním *nejáském* uspořádání. Zároveň je odhalen sebezáchovný ohled na morálku, neboť *já* bez mravních vodítek nemůže mít nikdy žádný ohled na druhého, ale ani na sebe. Teprve ohled na druhého, teprve zjevení se druhého dává vznik a potvrzení *jáství*, vzájemně *nejáské* bytí v druhém však k sobě patří. *Jáství* a *myství* tvoří jednotu stupňů existence (Růžička,1975; Růžička, 1978b). (3)

Láska i morálka mají hlubší kořen než *jáský* kořen, tajuplně dosahují až do hlubin jakési existenciální prajednoty a teprve v osobě nalézají svůj výraz. (15)

1.3.3 Ergoterapie a ergoterapeut

Ergoterapie je součástí léčebných prostředků rehabilitace, léčba smysluplnou činností. (2)

Nelze ji teda směřovat s pojmem pracovní rehabilitace, což je další složka ucelené rehabilitace. V tomto případě máme na mysli ergoterapii – léčbu prací. Snad

lze u malých dětí obdobně říci, že je to léčba pomocí hravých aktivit. Tuto metodu indikuje lékař, neboť jde o velmi efektivní léčebnou činnost, určenou osobám s nejrůznějšími formami zdravotního postižení. Každému nemocnému má být tedy vypracován individuální léčebný program, který respektuje jeho zdravotní stav, typ a stupeň postižení. (2)

Ergoterapie rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka, usiluje o obnovení pohybů postižených částí těla. Má 4 hlavní oblasti:

Kondiční ergoterapie

Usiluje o psychickou rovnováhu nemocného, jde o vyplnění volného času, zapojení se do původních aktivit a nelze ji nahradit fyzioterapií. Převážně se jedná o nenáročnou pracovní činnost, zábavu, hry, poslech hudby, četbu. Činnost zpravidla probíhá ve skupinově pěkném prostředí, nevyžaduje nové informace a učení.

Ergoterapie cílená na postiženou oblast

má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované, snaží se odstranit funkční poruchy motoriky. Jedná se o:

- Funkční porucha motoriky ruky - jemná motorika, koordinace, citlivost, úchopy.
- Orofaciální dysfunkce - poruchy mluvení, polykání,.. .
- Hrubá motorika zvládnutí HK – úraz, neurogenní postižení centrální i periferní, amputace,.. .
- Činnosti – rukodělné, stará řemesla, hry z dětství,.. . Musí jedince bavit, musí mít cíl a být dokončena. Materiál, tempo, prostředí se přizpůsobují prostředí pacienta. Postižené svaly musí mít alespoň 2.stupeň svalové síly dle ST, jinak dochází k inkoordinaci a substituci. (32)

Ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění

Sleduje pracovní začlenění nemocného, neboť práce bývá pro člověka s postižením často smyslem jeho života a umožňuje mu komunikaci s okolím.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

Se zabývá zvládnutím běžných aktivit každodenního života („activities of daily Living“, personál, instrumental). (21)

Ergoterapeut vykonává činnosti podle § 3 odst.1 v oboru ergoterapie (léčba prací) a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v souladu s diagnózou a doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Přitom zejména:

- Provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL).
- Provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí.
- Provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit k kontextu fyzického a sociálního prostředí
- Na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírá specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu se podílí na zpracování dlouhodobého plánu komplexní rehabilitace.
- Aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové terapii s cílem zlepšit funkční schopnosti pacienta.
- Navrhuje a případně zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat.

- Poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění.
- Podílí se na ergodiagnostice, analyzuje zbylý pracovní potenciál, trénuje toleranci zátěže a vytrvalosti a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění zdravotně postižených.
- Navrhuje a případně provádí preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracuje a edukuje v tomto směru všeobecnou sestru, pacienty a jimi určené osoby, působí v rámci ošetrovatelského týmu jako odborník zaměřený na uspokojování specifických potřeb pacientů.
- Seznamuje pacienty s možnostmi sociální péče, podílí se na sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením. (31)

Ergoterapeut bez odborného dohledu a bez indikace provádí poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence vzniku nemocí z povolání a úprav pracovního prostředí, aplikuje zásady ergonomie v rámci primární a sekundární prevence poruch pohybového aparátu, doporučuje vhodné úpravy domácího prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem pacienta bariérám tohoto prostředí, zajišťuje přejímání, kontrolu a uložení zdravotnických prostředků a prádla, manipulaci s nimi, jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.

Ergoterapeut se podílí na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře na výcviku komunikačních a rozumových funkcí. (31)

1.3.4 Ergoterapie a skupinová práce s klienty

Člověk, který vede skupinu v rámci tvůrčího procesu, může být nazýván terapeut, facilitátor, vedoucí, učitel, sociální pracovník, skupinový pracovník.

Skupinová práce v zařízeních sociální péče je přínosná z několika důvodů:

- Skupinová práce poskytuje vhodné zázemí (možnost procvičovat sociální učení).

- Lidé s podobnými potřebami si mohou poskytnout vzájemnou podporu a pomáhat si při řešení problémů.
- Členové skupiny se mohou poučit ze zpětné vazby od ostatních: „Je zapotřebí dvou, abychom viděli jedno“..
- Členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role, vidí jak ostatní reagují (návčik role) a mohou v nich být podpořeni a posíleni.
- Skupiny mohou být katalyzátorem vývoje skrytých zdrojů a schopností.
- Skupiny více vyhovují určitým jedincům, např.těm, pro které je intimita individuální práce příliš intenzivní.
- Skupiny mohou být demokratičtější a dělit se o moc a zodpovědnost.
- Některé terapeutů může skupinová práce uspokojovat více než práce individuální.
- Skupiny mohou ekonomicky využít odborné znalosti a pomoci několika lidem najednou (více viz. příloha č.3).

1.3.5 Ergodiagnostika

Jde o posouzení jak následků onemocnění či úrazu, tak schopnosti pro eventuální zaměstnání, resp.sociální začlenění člověka s postižením. V podstatě se jedná o analýzu zbytkového pracovního potenciálu zdravotně znevýhodněné osoby. Tato si v případě zájmu, za podmínky plného duševního zdraví, o ergodiagnostiku a následnou přípravu k práci musí podat vyplněnou žádost o pracovní rehabilitaci na příslušném úřadu práce. Samotná ergodiagnostika je aplikována ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky, s centry ucelené rehabilitace.

Ergodiagnostika soustřeďuje terminologii, které se užívá v různých oblastech lidské působnosti. Užívá se následujících pojmů:

- Pracovní rehabilitace – (zákon č.435/2004 Sb. O zaměstnanosti)
- Předpracovní rehabilitace – jedná se o trénink vytrvalosti, tolerance zátěže, návčik pracovních dovedností

1.4 Spolučinitelé ergoterapeutického procesu

1.4.1 Psychomotorika mezičlánkem ergoterapeutického procesu

V zásadě mohou být čtyři různé možnosti použití termínu psychomotorika. Seewald (1997) hovoří o psychomotorice za prvé jako o konceptu podpory vývoje, za druhé jako o pojmu, který označuje jednotu tělesných a duševních procesů, za třetí může psychomotorika znamenat výzkum motoriky a za čtvrté se o psychomotorice hovoří jako o vývojově orientovaném pojmu. (13)

Psychomotorika jako koncept podpory vývoje je souhrnným pojmem pro koncepty, které vznikly na základě „Psychomotorických cvičení“ od Kipharda. Pojem psychomotorika je zde použitý k označení pedagogicko-terapeutické cesty. V této souvislosti lze říci, že dítě psychomotoriku potřebuje. (13)

V této práci budeme hovořit o psychomotorice jako o vývojově orientovaném pojmu ve smyslu tělesné a duševní jednoty a nedělitelnosti, kdy základní úkol spočívá v dosažení „schopnosti jednat“ a „schopnosti pohybu“ jako výchovného prostředku. Cílem psychomotoriky je přispět k uplatnění ve společnosti. K tomu dojde, když člověk je schopen vyrovnat se pomocí psychomotoriky s věcmi a lidmi ze svého okolí a dovede tomu přizpůsobit své jednání. Pojem „jednat“ chápeme jako motivovanou, cílenou, plánovanou, kontrolovanou a uvědomělou činnost nebo vědomé zanechání nějaké činnosti. (22)

Psychomotorika a vnímání jsou vzájemně úzce spojeny, neboť všechny smyslové podněty jsou vedeny do centrálního nervového systému a zde jsou uloženy. Na základě „sběru zkušeností“ je možné zpracování těchto podnětů – proces vnímání zahrnuje tudíž příjem, vedení a zpracování podnětů, podráždění. (22)

Psychomotorika může mít , a to zejména u osob s poruchou senzorní integrace, přímý vliv na obě dvě oblasti – tj. přijímání podnětů a vydávání informací . Pokud je adekvátní nabídka podnětů, znamená odpovídající impulsy na úrovni tělesných, sociálních a materiálních zkušeností, budou současně ovlivňovány také další oblasti vedení, zpracování a zpětné vazby. Tak jsou podporovány jednak neurofyzilogické funkce a také rozvoj senzomotoriky výchozího bodu psychomotorických impulsů.

Hlavním úkolem psychomotoriky je ve správných dávkách a správným způsobem stimulovat smysly, zvláště pak působit na rovnováhu, hmat a hloubkovou senzibilitu tak, aby klient spontánně reagoval na tyto podněty. Známe fakt, že nejintenzivnější integrační proces se uskuteční poté, když je dítě samo aktivním iniciátorem nějaké činnosti. (13)

1.4.2 Psychoterapeutické vlivy a metody

Významným pojmem pro psychoterapii jsou *emoce* jako *strach, úzkost a její dynamika*, neboť tato sehrává centrální roli ve formování osobnosti a zdraví člověka, hraje centrální roli v psychoanalýze, je základním pojmem nejen v psychoterapii, ale i klinické psychologii a psychiatrii, protože člověk, jak je prokázáno, ve zdraví i v nemoci tvoří biologickou, ekologickou a psychosociální jednotu. (4)

1.4.3 Emoční faktory

Je známo, že emoční projevy v terapeutickém procesu sehrávají rozhodující roli, neboť jsou výsledkem terapeutického působení. V této bakalářské práci budou jednou z výslednic psychoterapeutického potenciálu ergoterapie.

Úzkost a strach jsou tedy stavy patřící mezi základní lidské emoce.

Strachem rozumíme reakci jedince na poznanou (konkrétní) skutečnost, má signální a ochrannou funkci. Úzkost je nepříjemný difúzní stav a na rozdíl od strachu si člověk neuvědomuje její bezprostřední příčinu. Je původním naladěním lidské bytosti a reakcí na netušené a neznámé nebezpečí. Existence úzkostných prožitků byla zaznamenána již v prenatálním období. Neexistuje pro ni sice přímá evidence, řada pozorování však poukázala na vliv emočního ladění matky na řadu faktorů (předčasný porod, spontánní potrat) a na zvýšenou iritabilitu a hyperaktivitu u těchto dětí po narození. Na druhé straně je úzkost ztrátou vydobytých pozic, vývojových pokroků, vídána i u dospělých. Jedná se např. o úzkost ze ztráty schopností, intelektu i obavy ze šílenství. U dětí je tento projev daleko zřetelnější, dítě je tak neustále sevřeno mezi dvěma hrozbami, hrozbou pokroku a hrozbou regrese. Nelze rovněž pominout traumatický vliv různých situací na vývoj úzkosti a její zpracování u dítěte. (4)

Afekty jsou na počátku života zvládány za pomoci rodičovského, popř. mateřského objektu, který je schopen dítě zklidnit. Rozpoznání významu druhých spolu se zajištěním možnosti jejich ztráty se stává také významným zdrojem úzkosti. Je prokázáno, že člověk v jakémkoliv věkovém a vývojovém období, pokud jde o jeho pozitivní životní pocit a vnitřní stabilitu, potřebuje žít alespoň jeden meziosobní vztah, v němž se cítí být zcela přijat a kde se může chovat autenickým způsobem (být sám sebou). (4)

V některých faktorových modelech osobností se v oblasti emocionality, která vyjadřuje druh, sílu a stálost a kontrolu emočních reakcí, vyskytuje faktor, jenž zahrnuje i oblast úzkosti, strachu a bývá vyjadřován jako emoční labilita. Opačem je emoční stabilita. Neurotismus, někdy přímo úzkostnost, bývá sycen charakteristikami a vlastnostmi jako jsou pocity méněcennosti, plachost, napětí, nervozita, vyšší sebekontrola, bázlivost. Opačný pól emoční lability pak tvoří uvolněnost, klidnost, trpělivost, sebejistota a mnoho dalších.

Faktorové modely v praxi potvrdily, že úzkostnost je obecným a kvantitativně vyjádřitelným osobnostním rysem, jenž je konstitučně zakotven. Znamená intraindividuálně odlišnou připravenost jedince reagovat v situaci vnímaného ohrožení úzkostností a nejistotou. (4)

Akceptace a bezvýhradné přijetí klienta

Akceptace znamená základní postoj terapeuta, v našem případě zaměstnance v přímé péči, jež je vůči klientovi zcela otevřený, vstřícný a přijímá ho bezvýhradně jako hodnotnou bytost zasluhující si úctu a respekt. (4)

Empatie a porozumění vcítěním

Empatie je schopnost projevující se v tom, že s různou mírou přesnosti zachycujeme aktuální prožívání druhého člověka, které souvisí s určitými obsahy jeho vědomí, tedy i se zkušenostmi, spolu s individuálními významy, jež pro něho tyto obsahy mají. (4)

Empatii v psychoterapii je možné vymezit i jako vnitřní naladěnost terapeuta a jeho aktivní úsilí co nejpřesněji vnímat, zachytit a chápat aktuální potenciální vnitřní svět s jeho subjektivními významy a pocity a toto porozumění v rozhovoru bezprostředně a ohleduplně druhému sdělovat. (4)

Autenticita a opravdovost s ryzostí osobnosti

Autenticita je rysem osobnosti a znamená, že zaměstnanec v přímé péči o klienta je v každém okamžiku ve svém jednání sám sebou, tedy konkrétním, nezáhadným člověkem, jehož projev a komunikace jsou jasné a odpovídají jeho prožívání a smýšlení. (4)

1.4.4 Terapeutické možnosti a přístupy

Psychoterapeutickým procesem rozumíme děj vedoucí ke změnám v osobnosti a projevu klienta, uskutečňující se v přímé souvislosti s určitými postoji a chováním terapeuta vůči klientovi, jež vyvolávají specifickou interakci mezi oběma, případně mezi dalšími účastníky při léčbě ve skupině. Pro názornost zmiňuji možné alternativy psychoterapeutického působení zaměstnance, terapeuta na postiženého jedince.

Humanistická psychoterapie

V životě člověka sehrává nemalý význam, zejména v oblasti duševní dimenze, potřeba porozumění, schopnosti naslouchat bolesti, úzkosti a zklamání. Tímto způsobem poskytnutí pomoc nepostrádá potřebnou lidskou dimenzi poskytované péče v duchu humanistické psychoterapie C.R. Rogerse, kdy terapeut dosahuje konstruktivních změn v osobnosti a projevu klienta tím, že jej bez výhrad a vstřícně akceptuje, projevuje se vůči němu empaticky a autenticky. Na základě těchto skutečností se vytváří hodnotný vztah člověka k člověku, čímž se právě rogersovská psychoterapie stává velmi účinnou, veskrze dialogickou a vztahovou (J.Vymětal,1996).
(2)

Rogersovský přístup

Úzkostnost (osobnostní rys, pohotovost k úzkostnému prožívání a jednání) je konstitučním, tedy dispozičním a trvalejším rysem osobnosti. Mezi lidmi, jak je všeobecně známo, jsou práh (a tolerance) k úzkostnosti a strachu individuálně rozdílné a tato rozdílnost je jak vrozená, tak získaná výchovou a dalšími vlivy, jež přicházejí během života člověka. Psychoterapeuti se zajímají především o tu stránku úzkosti a strachu, která je naučená. Z pohledu Rogersovského přístupu jsou úzkost a strach reakcí

jedince na situaci vnímaného ohrožení, přičemž toto vnímání může být podprahové, tedy neuvědomované. Mají signální a obranou funkci. V tom je mezi různými psychoterapeutickými přístupy shoda. Liší se však v odpovědi na otázku, co konkrétně je vyvolává a udržuje, čili na co a proč je takto reagováno a jaké osobnostní mechanismy tyto děje umožňují a uskutečňují.

V případě teoretického zdůvodnění a výkladu vlastnímu rogersovskému přístupu je vyšší úzkostnost projevem toho, že je v člověku blokována aktualizační tendence, tedy že se nevyvíjí dle svých pozitivních možností. Tato skutečnost pak znamená permanentní ohrožení žádoucího individuálního vývoje a vedení života, jež ve své rozvinuté podobě má být životem lidským, důstojným a tvořivým.

Úzkostnost, úzkost a strach ve své zvýšené, případně patologické podobě jsou pak odpovědi na tuto základní bytostnou frustraci a ohrožení. (4)

1.4.5 Syndrom vyhoření

Stavy úzkosti a strachu u klientů má možnost terapeut, popř. zaměstnanec v přímé péči ovlivnit při terapeutickém působení, popř. v rámci kontaktu s klientem. Samotné působení na klienty má ovšem i svá úskalí v souvislosti se *syndromem vyhoření*. (2)

Syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků projevujících se především u tzv. angažovaných „pomahačů“ ztrátou elánu, radosti ze života a především energie a nadšení potřebných při výkonu profese. Dochází tak k postupné stagnaci až rezignaci. Člověk je frustrován, reaguje podrážděností, depresivitou, apatií, cynismem a celkovým vyčerpáním. Příčinou vyčerpání může být jakákoliv dlouhotrvající, resp. vleklá zátěž:

- Fyzické vyčerpání se projevuje chronickou únavou a celkovou slabostí, v důsledku toho se jedinec stává náchylným k nejrůznějším onemocněním, úrazům a selháním;

dalšími příznaky jsou bolest hlavy, zad, celkové vypětí s poruchami spánku (insomnií), v častých případech rovněž jsou narušeny stravovací návyky (nechutenství nebo naopak kompenzace zátěže jídlem).

- Emocionální vyčerpání, u něj převládá pocit bezmoci a beznaděje, že ze situace nelze najít žádné východisko; převažuje podrážděnost, negativní ladění (až agresivita) vůči lidem i vůči sobě samému, přičemž tento stav může vést až k myšlenkám na sebevraždu; běžné úkony jsou pro tento stav velmi vyčerpávající; pro vyhoření je dále typická celková labilita.
- Duševní, mentální vyčerpání se projevuje negativními postoji k sobě, okolí a zejména pak k práci, pro vyhořelého je typická postupná ztráta lidského rozměru z jeho práce, dochází k tzv. dehumanizaci, což se projevuje nedostatkem lidskosti v interakci s okolním světem. Tito lidé se stále více uzavírají do sebe a ostatní lidské bytosti (zejména však klienty) vidí jako hlavní příčinu svých vlastních problémů. Trápí je myšlenky a představy s děsivým obsahem, které by u sebe běžně neočekávali, atp.. . (3)

Zajímavý je též vztah mezi naplněním smyslu života a vyhořením. Míra vyhoření, tzv. burn-out, je nepřímo úměrná naplnění smyslu života. Lidé vykazující vysoké skóre vyhoření mají nízké naplnění smyslu života a naopak čím mají lidé vyšší naplnění smyslu života (jsou zakotveni ve smyslu, viz. V.E.Frankl), tím je u nich nižší skóre vyhoření.

Vůli ke smyslu lze ovšem také vnímat jako něco, co je nám určeno, resp.dáno, coby úkol k naplnění, jež nám je předložen něčím (někým), co nás přesahuje (transcendentno, Bůh). Takto se vlastně celý problém dostává do oblasti víry, viz. P.Remeš (2000). (3)

Vyhoření je proces, který má své fáze a dynamiku, resp. Po počátečním *nadšení*, souvisejícím s nerealistickým postojem a nepřiměřenými očekáváními, se dostavuje

stagnace, kdy nadšení dohasíná a práce už není tolik přitažlivá. Po stagnaci následuje *frustrace* spojená s otázkami po smyslu této práce, současně se objevují potíže na pracovišti i v soukromém životě. Frustrace pak přerůstá v *apatii*, což je reakce na bezvýchodný stav. Poslední fází, která znamená současně cestu z tohoto bludného kruhu ven, je *intervence*, která může mít mnoho podob, od změny vztahu k práci, klientům či okolí až po změnu zaměstnání, bydliště, popřípadě i partnera. (3)

U zaměstnanců v přímé péči o klienta, kteří jsou mnohdy v rámci povolání vystaveni psychické i fyzické zátěži, existuje mnohem větší pravděpodobnost, že v případě vyskytnuvších se vlastních obtíží nebudou schopni kvalitně pečovat o klienty, neboť pro člověka, který byl zvyklý se mazlit se svými vlastními obtížemi, je neobvyčejně těžké začít se obírat cizím utrpením a ještě těžším výkonem bývá pro takového člověka pomáhat tyto cizí strasti odstraňovat. (17)

1.5 Mládež v zařízení sociálních služeb

Součástí této práce je zmapovat rovněž přínos ergoterapeutického potenciálu klientům ve vybraných zařízeních sociální péče a to za účelem vypracovat návrh takového plánu rozvoje ergoterapeutického potenciálu klienta, aby došlo k jeho maximální možné integraci a osobnostnímu rozvoji a to s ohledem k jeho stupni postižení.

1.5.1 Pojem zdravotní postižení

Zdravotním postižením máme na mysli tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby. (14)

1.5.2 Stupně postižení dle zákona

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,

přičemž výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost). (14, §8, §11)

1.5.3 Nejčastěji vyskytující se postižení

Pojmem *Mentální retardace* se označuje skupina onemocnění lidově nazvaných duševní zaostalost. Dělí se podle intenzity postižení (lehká, střední, těžká, hluboká a dále podle poruchy chování (od minimální až po významné).

Mentální retardace často vzniká např. následkem infekce plodu v děloze, poškození mozku při porodu či genetické abnormality, jako je Downův syndrom. Mentální retardace se obvykle diagnostikuje v dětství.

Lidé s mentálním postižením se často nacházejí v institucích a zařízeních s mnohonásobnými pravidly, která jsou personálem vnímána jako jediný způsob zvládnání široké škály organizačních problémů a současně jako poskytování pocitu bezpečí klientům.

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V naší zemi se ke klasifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statické klasifikace nemocí MKN-10, ICD-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO). Dle ní rozlišujeme:

A) Druh postižení – F 70-79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení –

- F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50.
Vliv zde má dědičnost, sociokulturní deprivace, nedostatek stimulace.
- F 71 Středně těžká MR IQ 49-35.
Často organická etiologie, rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn, opoždění přetrvává do dospělosti.
- F 72 Těžká MR IQ 34-20.

Negenetická (poškození zárodečné buňky, malformace CNS, infekce) a genetická etiologie

- 73 Hluboká MR OQ 19 a níže

Většinou organická etiologie, těžké omezení motoriky, stereotypní automatické pohyby, kombinace s postižením sluchu, zraku (poškozeno i vnímání), výskyt atypického autismu.

- F 78 Jiná MR – stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro artismus;
- F 79 Nespecifikovaná MR – stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené sensorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro artismus.

Nejrozšířenější formou MR je Downův syndrom. Jedná se o chromozomální onemocnění – trizomii 21.chromozomu. Tito jedinci se nacházejí většinou v pásmu středně těžké mentální retardace a Domovech pro soby se zdravotním postižením jsou častými klienty. (22)

Dětská mozková obrna (dále jen DMO) patří mezi častá postižení klientů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Pojem DMO zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze a může se projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým handicapem. K tomuto poškození dochází v pre-,peri- a časně postnatálním období. Samotné příznaky diparetické, hemiparetické, kvadruparetické nebo hyperkinetické se začínají pozvolna projevovat v ontogenetickém vývoji a podle typu hybného postižení se pak rozlišují různé formy DMO, spastické a nespastické. Vývojová retardace bývá zpravidla patrná ve 3. a 4.

trimenonu, objevuje se odchylný vývoj hybnosti, typické jsou poruchy řeči, tj. dyslálie, dysartrie, anartrie, dysfázie. Patrně nejzávažnější přidruženou poruchou u dětí s DMO je mentální retardace. Tato vlastně ani není tak chorobou jako spíše trvalým stavem, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností. (1)

1.6 Domovy pro mládež se zdravotním postižením

Bakalářská práce charakterizuje a zabývá se pouze zařízeními, v nichž byl prováděn výzkum týkající se zvolené tematiky. To samozřejmě neznamená, že by výsledky výzkumu byly přínosné pouze pro tato zařízení, právě naopa. Výsledky výzkumu by měly přinést inspiraci i pro ostatní, především pobytová zařízení pro mládež se zdravotním postižením.

Existence Ústavů sociální péče u nás je spojena s vývojem naší společnosti. Současná transformace legislativy je obsahem této práce, neboť v době, kdy jsem se problematikou ergoterapie v kombinaci s přístupem ke klientům ve smyslu ucelené rehabilitace začala zabývat, jsem pracovala v zařízení, jež v průběhu mé působnosti změnilo několikrát nejen název – Ústav sociální péče, Domov pro mládež s postižením, Domov pro osoby se zdravotním postižením, ale také se postupně měnila celá organizace činnosti v zařízení.

Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.

V Domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. Osobním vybavením se rozumí prádlo, šatstvo, obuv; některými službami se rozumí střihání vlasů, holení, pedikúra. Nezaopatřenost dítěte se pro účely tohoto zákona posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře. (14)

V domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova podle zvláštních právních předpisů. Pro výkon ústavní výchovy v domovech pro osoby se zdravotním postižením platí přiměřeně ustanovení o právech a povinnostech dětí umístěných ve školských zřízeních pro výkon ústavní výchovy podle zvláštního právního předpisu. (14)

2 Cíle práce

Cíle výzkumu jsou koncipovány na základě vlastních poznatků a pozorování při výkonu povolání pracovníce v sociálních službách. Pracovníci v sociálních službách, zejména ti, kteří jsou v přímé péči či v každodenním kontaktu s klientem, by měli zachovávat a uplatňovat znalosti a dovednosti týkající se individuálního i skupinového přístupu ke klientům a to s maximální mírou citlivosti. Pravdou je, že v Domovech pro osoby (mládež) se zdravotním postižením prožívají klienti převážnou část dne ve větších skupinách, v nich vykonávají ergoterapeutické i zájmové aktivity. Při sebevětší snaze zaměstnanec nelze efektivně terapeuticky působit na všechny klienty s postižením, zejména pokud je skupina vícečetná, což je problém samotných zařízení. Klienti jsou jednak převážně děti a mladistvé osoby s mentálním postižením. To znamená, že stejně jako ostatní děti vyžadují maximální pozornost s cílem pro pochopení bio-psycho-sociálních potřeb vzhledem k jejich věku. Na zaměstnance jsou kladeny neúměrné požadavky, musí zvládnout početnější skupinu jedinců s postižením, mnohdy s kombinovanými vadami. To vyžaduje od zaměstnance zároveň fyzickou zdatnost, kterou musí prokázat zejména ženy, které tvoří většinu personálu těchto zařízení.

2.1 Okruhy výzkumné práce

Okruhy výzkumné práce mají poskytnout zjištění:

- zda je v každodenním režimu konkrétního zařízení dostatečné množství ergoterapeutických aktivit,
- zda je z pohledu klienta-jednotlivce toto množství dostačující,
- údaje o kvalifikaci a kompetencích zaměstnanců pro výkon jejich povolání,
- údaje o možnostech a příležitostech zaměstnanců se dále vzdělávat a rozvíjet v rámci zařízení.

Výstupem by mělo být rovněž následující zjištění:

- do jaké míry je v zařízení realizována ergodiagnostika a
- posouzení využití potenciálu ergoterapie vzhledem ke konkrétním možnostem klienta.

2.2 Použité metody výzkumu

Vzhledem k tomu, že výzkum byl koncipován jako explorační, byly stanoveny pouze pracovní, rámcové okruhy výzkumné práce vycházející z výzkumných cílů, nikoliv jednotlivé hypotézy. Sběr dat probíhal formou dotazníků, kterým předcházelo pozorování a rozhovory (viz. příloha č. 2: dotazník).

Výzkum prezentuje cca 20 tabulek, včetně grafického znázornění dat, zobrazujících:

- početní návratnost dotazníků, rozdáno 130 dotazníků s návratností 96,3%,
- odpovědi respondentů vyjádřené v číselných hodnotách a procentuálně,
- zkoumané soubory vyjádřené v následujících zkratkách a legendu v řádkách obsahující hodnoty získané výzkumem v daných zařízeních:

(Domovy pro osoby se zdravotním postižením, dále jen DOZP- pro přehlednost a účelnost výzkumu)

DOZP Uherský Brod - Domov pro osoby se zdravotním postižením

v Uherském Brodě,

DOZP Javorník, Chvalčov,

DOZP Velehrad, Buchlovice,

DOZP v Mariánské, Karlovy Vary,

ADCH Fatima, Praha – zařízení Arcidiecézní charity v Praze

Údaje v tabulkách a jejich následné výslednice zobrazené v grafech jsou založeny na faktech a hodnotách, které uváděli respondenti v dotaznících, tedy na samotných znalostech a schopnostech respondentů, v tomto případě zaměstnanců v přímé péči o klienta. Další možnosti ergoterapeutického potenciálu, které nebyly v dotaznících respondenty uvedeny, jsou zároveň výsledkem výzkumu, jsou rovněž součástí následné diskuze a jsou konfrontovány s jinými autory.

Pro účely výzkumu bylo rozdáno 130 dotazníků, jejich návratnost 96,3 %. Dotazníky měly poskytnout informace o tom, zda je v každodenním režimu konkrétního zařízení dostatečné množství ergoterapeutických aktivit a zda je z pohledu klienta – jednotlivce je toto množství dostačující. Rovněž měly přinést údaje o tom, nakolik jsou zaměstnanci v zařízení dostatečně kvalifikovaní pro výkon své funkce a zda mají v rámci zařízení dostatek příležitostí se dále vzdělávat a rozvíjet. Výstupem mělo být zjištění, do jaké míry je v rámci ergoterapie realizována ergodiagnostika a rovněž posouzení využití potenciálu ergoterapie vzhledem ke konkrétním možnostem klienta.

Pro výzkumné účely, závěry, byly současně využity získané poznatky z přímých rozhovorů se zaměstnanci v přímé péči o klienta, s klienty i vedoucími zařízení.

3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek této práce tvořili zaměstnanci těchto zařízení: DOZP Uherský Brod, DOZP Javorník, DOZP Velehrad, DOZP V Mariánské a ADCH FATIMA – dům pro tělesně postižené v Praze.

Poslední jmenované zařízení bylo zařazeno do výzkumu především pro srovnání ergoterapeutických aktivit a pro následné srovnání s ostatními zařízeními. I když se nejedná o Domov pro mládež se zdravotním postižením, přesto toto zařízení sdružuje osoby (převážně v mladší věkové kategorii) postižené DMO, či osoby po úrazech míchy s následnou kvadruparézou. Těmto osobám zařízení poskytuje na delší dobu (až roční pobyty s následnými rekonvalescenčními pobyty) rehabilitaci, kterou vyžaduje jejich postižení. Vzhledem k faktu, že se jedná převážně o mladé osoby, muže i ženy, existuje hned několik společných prvků se zkoumanými soubory. Cílem je srovnat psychoterapeutický potenciál ergoterapie v zařízení, kde přítomnost ergoterapeutů a aplikace ergodiagnostiky je součástí léčebného a rehabilitačního režimu klienta, se zkoumanými domovy a současně poukázat na rozdílnost způsobu poskytování ergoterapie a ergodiagnostiky mezi dvěma typy pobytových zařízení pro mládež. Zároveň upozornit na nedostatky ergoterapie v tom typu zařízení, kde se v použití ergoterapeutických metod jeví nedostačující.

Pro zpracování dat byly použity tabulky a následně grafy, výsledky jsou uváděny jak v konkrétních hodnotách, tak také v procentech.

3.1 Zkoumané soubory, zařízení

3.1.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod

Zřizovatelem zařízení je Krajský úřad Zlínského kraje, který vede a řídí sociální služby Uherské Hradiště, jež jsou přímým nadřízeným DOZP v Uherském Brodě.

Zařízení se snaží uživatelům nabízet veřejné i komerční služby a sociální kontakty a tím je začleňovat do společnosti běžných lidí a vést ke zvyšování nezávislosti na poskytované služby. Přijímání jsou klienti s mentálním i kombinovaným postižením způsobujícím ztrátu vzdělavatelnosti, popř. vychovatelnosti a vyžadující pomoc, zejména pak dohled jiné osoby, při některých hlavních nebo nezbytných úkonech. Stanovený počet 40 plných úvazků zaměstnanců odpovídá kapacitě zařízení, která činí cca 77 klientů.

Těmto „domov“ nabízí celoroční i týdenní pobytové služby, i služby ambulantní, klientům nabízí možnost vzdělání v pomocné třídě speciální školy, která je součástí zařízení. V převážné většině se jedná o postižené jedince, kteří nejsou přímými uživateli „domova“ a kteří jsou dopravováni do zařízení rodiči. Tito je posléze v odpoledních hodinách, dle smluvní dohody, vyzvedávají.

Zdravotní péče je zajištěna smluvními lékaři - odborníky, kteří provádí podle potřeb klientů speciální vyšetření a zdravotním personálem zařízení.

Vhodnost a rozsah výchovné a pracovní činnosti, popř. ergoterapeutických aktivit, posuzuje lékař, který zároveň stanoví její druh a rozsah. Zabezpečení výchovné péče se provádí na základě rámcově vzdělávacího plánu, zájmové a kulturní činnosti, samozřejmě s přihlédnutím k věku a mentálním schopnostem klienta. Pracovní aktivity v zařízení jsou realizovány několika způsoby. Součástí „domova“ je terapeutická dílna, kde mají klienti možnost pracovat ve dvou jejích částech, v keramické dílně a dílně šicí. Klientům je umožněno pracovat na zahradě, jež je součástí areálu, podílet se na drobné údržbě v zařízení, někteří klienti mají možnost pracovní integrace, tj. smluvních brigád (více o zařízení - viz. příloha č.5).

3.1.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník

Je státním zařízením (statutárním zástupcem jsou Sociální služby Uherské Hradiště) poskytujícím sociální služby s celoročním, týdenním a denním pobytem.

Posláním je zde zprostředkovat a poskytnout klientům širokou paletu sociálních služeb včetně stravy, ubytování (netýká se denního pobytu), zdravotní péče a rehabilitace, výchovy a vzdělávání a podpory kontaktu s okolím. Posláním DZP Javorník je na základě individuálního přístupu sloužit klientům ke kvalitnímu prožívání života a jejich uplatňování ve společnosti.

U klientů týdenního pobytu je kladen důraz na zachování a prohlubování kontaktů s běžným prostředím.

U klientů v denním pobytu je kladen důraz na prožívání běžného životního rytmu.

Cílovou skupinou DZP Javorník je koedukované zařízení pro děti, mládež a dospělé s mentálním postižením s celkovou kapacitou 123 klienti. Přijímání jsou i klienti s kombinovaným postižením, případně osoby s tělesným nebo jiným zdravotním postižením a také se soudně nařízenou ústavní výchovou (netýká se týdenního a denního pobytu).

Kapacita zařízení je 114 klientů na celoroční pobyt, 5 klientů na týdenní pobyt a 4 klienti na denní pobyt.

K cílům služby patří rozšiřování a zkvalitňování nabídky sociálních služeb, podpora klientů při jejich uplatňování ve společnosti, rozšiřování a zkvalitňování nabídky volnočasových aktivit.

U klientů týdenního pobytu je kladen důraz na prohlubování spolupráce s rodiči a příbuznými klienta, u klientů v denním pobytu je kladen důraz na rozšíření nabídky služeb v oblasti výchovy, vzdělávání, pracovní terapie a zájmové činnosti.

Mezi základní principy a zásady zde patří

- individuální přístup ke klientům
 - schopnost vcítění se do potřeb klientů
 - úcta ke klientům
 - bezpečnost klientů
 - odbornost
 - flexibilita
 - rýmovost
 - důvěra
 - sebereflexe
- (23), (24)

3.1.3 Domov pro osoby se zdravotním postižením V Mariánské

Je zařízením sociálních služeb Karlovarského kraje a jeho základním posláním je vytvořit plnohodnotný domov pro člověka s mentálním postižením, sociálně znevýhodněného natolik, že nemůže využívat jiných než pobytových služeb.

Současná kapacita domova je 280 lůžek a je plně využita.

Základní činnosti při poskytování služeb jsou

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti,

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních potřeb.

Kromě výše uvedených služeb zařízení nabízí klientům přímo v Domově rehabilitaci a masáže, poradenskou činnost pro klienty (sociální a právní problematika), mimo Domov nabízí nákupy (asistované, konzultované), dopravu (asistovanou, konzultovanou), spolupracuje s rodinami klientů.

Veškeré služby jsou klientům poskytovány na základě individuálního přístupu a v Domově byl zaveden systém práce klíčových pracovníků., kdy klíčový pracovník má na starost v průměru 3 klienty a na základě sběru informací a vytvořeného obrazu klienta zpracovává jeho individuální plán. Je to plán práce s klientem, který obsahuje i metody práce tak, aby se pokud možno klient trvale rozvíjel a zdokonaloval. Plány se pravidelně aktualizují a na jejich základě se upravují cíle a metody jejich dosažení.

Aktivity v nabídce zařízení, ergoterapie.

Domov spolupracuje s psychologem a pomáhá tak řešit problémy klientů s cílem sjednotit postup pracovníků při práci s klientem, účastní se programů pro klienty na základě zájmů klientů a jejich schopností, pomáhá při individuálním plánování navrhnout postupy k minimalizaci rizikových situací při dosahování osobních cílů.

V rámci vytváření pracovních dovedností je to pomoc při

- sebeobsluže
- textilní dílna
- keramická dílna
- dřevařská dílna
- výtvarný ateliér
- zahrada

kde klienti přicházejí dle rozvrhu. V zařízení je rozvinuta muzikoterapie (s vlastní pracovní a s vlastní taneční skupinou), dramaterapie, sportovní a zájmová činnost (sportoviště jsou součástí zařízení). Domov nabízí klientům účast na sportovních a kulturních akcích včetně rekreačních pobytů mimo zařízení.

V rámci sociální-pracovní rehabilitace mají klienti možnost uplatnění

- a) v pomocných provozech Domova
- b) v rámci pracovních činností mimo Domov.

Personál zařízení je tvořen 126 zaměstnanci v těchto profesích:

- sociální pracovníci
- pracovníci v sociálních službách
- zdravotničtí pracovníci
- fyzioterapeuté
- pedagogičtí pracovníci

Obslužná činnost je zajišťována provozně-ekonomickým odborem, který vykonává veškeré činnosti, které nespádají pod přímou činnost s klienty. Do této skupiny patří:

- administrativní pracovníci (ekonomická agenda, personální agenda,...)
- ostatní obslužní zaměstnanci (strava klientů, úklid, opravy, údržba,...) (25)

3.1.4. Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad.

Kapacita zařízení je 95 klientů. Chod zařízení zajišťuje 46 zaměstnanců a zřizovatelem zařízení je Krajský úřad Zlín.

Toto zařízení poskytuje služby podle zaváděných standardů kvality sociálních služeb v praxi.

Zařízení poskytuje péči o mentálně a tělesně postižené děti a mládež ve věku od 3 let – 26 let. Pokud klient projeví zájem, může na základě dohody zůstat v zařízení i nadále.

Domov dále poskytuje

- celoroční, týdenní a denní pobyty v tří a více lůžkových pokojích,
- základní zdravotní a ošetrovatelskou péči (praktický lékař, dětský lékař, odborný lékař podle potřeb klienta),
- výchovnou a vzdělávací činnost,
- vyžití v kulturním a společenském životě, rekreace a ozdravné pobyty,
- celodenní stravování (4-6krát denně normální i dietní),
- úklid pokojů,
- praní a opravu ošacení,
- informace o úhradách za pobyt.

Zařízení zprostředkovává

- na základě dohody vzdělávací činnost,
- na základě dohody lékařskou péči,
- tlumočnicka do znakové řeči (tlumočení cizích jazyků),
- podle potřeb duchovní služby.

Domov neposkytuje

- osobní asistenci klientům,
- služby pro klienty s psychiatrickou analýzou (tj. psychotici, drogově závislí, alkoholici).

Zařízení je tvořeno celkem 4 odděleními.

- I.A – Smíšené oddělení malých dětí, v němž je zajištěna docházka klientů do speciální školy s pobočkou v tomto zařízení. Klienti se vychovávají výtvarně, hudebně a tělesně.

- II. – Výchovné oddělení mobilních dívek od 15 let je zaměřeno na zájmovou a výchovnou činnost, batikování, tkaní, háčkování, vyšívání, pletení, malování, keramiku, hudební výchovu – muzikoterapii, tělesnou výchovu – aerobik. Další náplň činnosti zde tvoří pracovní rehabilitace, poznávací zájezdy, pravidelná účast na sportovních hrách, členství v klubu speciální olympiády – družstvo Rosnička, pravidelnou účast na tanečních kursech v Brně.
- II.A – Výchovné oddělení mobilních dívek od 20 let je zaměřeno na zájmové činnosti jako batikování, tkaní, háčkování, vyšívání, pletení, malování, keramika, hudební výchova, muzikoterapie, tělesná výchova – aerobik, součástí činností a další terapie oddělení je pracovní rehabilitace, poznávací zájezdy, pravidelná účast na sportovních hrách.
- III. – Oddělení starších klientek zprostředkovává zájmovou činnost jako vyšívání, háčkování, pletení, malování, muzikoterapii a tělesnou výchovu, pracovní rehabilitaci a pravidelnou účast na sportovních hrách pro starší klientky.
- IV. – Ošetrovné oddělení chlapců s individuální výchovnou péčí zprostředkovává komplexní ošetrovatelskou péči, rehabilitační péči, bazální stimulaci včetně individuálního přístupu ke každému klientovi. (26)

3.1.5 ADCH Fatima – dům pro tělesně postižené

Dům ADCH Fatima je zařízení provozované Arcidiecézní charitou Praha. Základním programem domu je sociální rehabilitace osob s poraněním míchy, kteří se náhle z důvodu úrazu nebo nemoci ocitli ve změněné životní situaci. Bezbariérové prostředí a specifický přístup zaměstnanců umožňuje klientům během různě dlouhých pobytů se aktivně zapojit do běžného života.

Mezi poskytované služby v tomto zařízení patří

- nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

Při rekonstrukci zařízení (leden 1998) byly prostory v zařízení upraveny tak, aby v něm mohl začít program pro lidi s tělesným postižením, kteří jsou při svém pohybu plně odkázáni na kompenzační pomůcky, především na mechanický a elektrický vozík. Součástí vnitřního zařízení jsou koupelny s koupacími vozíky, bezbariérové WC, kuchyně je vybavena polohovacími pracovními deskami, varnou deskou i dřezou, tělocvična je vybavena ribstoly, masážním pultem a nově i rehabilitačním přístrojem motoped, v některých pokojích jsou polohovací postele, všechny pokoje jsou vybaveny telefony.

Od prosince 2005 byl zprovozněn další stupeň sociální rehabilitace, tzv. cvičný pobyt, který je umístěn v blízkosti ADCH Fatimy a je její součástí. Cílem je také získat a prověřit si schopnost žít samostatně nebo za pomoci osobní asistence v prostředí podobném vlastnímu přirozenému prostředí. Cvičný byt je určen pro lidi s poúrazovým poškozením páteře (míchy), v jehož důsledku se pohybují na invalidním vozíku. Pobyt je koncipován jako služba navazující na resocializační program „domu na půl cesty“ pro tělesně znevýhodněné ADCH Fatimy. Takový člověk se o cvičném pobytu dozví především ve zdravotnickém nebo rehabilitačním zařízení, ve kterém se zotavuje po úrazu, nebo také z internetových stránek.

Osobní asistence v ADCH Fatima

Základním cílem projektu je napomoci lidem na vozíku žít běžným způsobem života. Umožnit klientům žít plnohodnotný a kvalitní život na všech úrovních – společenské, rodinné či profesní.

Projekt je určen pro bývalé i stávající klienty domu Fatima (převážně se jedná o mladé lidi po úraze, trvale na vozíku) a další zájemce z Prahy, kteří nejsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopni zvládat běžné životní úkony sami a potřebují pomoc druhé osoby. Projekt je určen cca 20 klientům ročně na nákupy, do zaměstnání nebo do školy, k lékaři, na úřady, na rehabilitaci, při různých úkonech sebeobsluhy, volnočasových aktivitách.

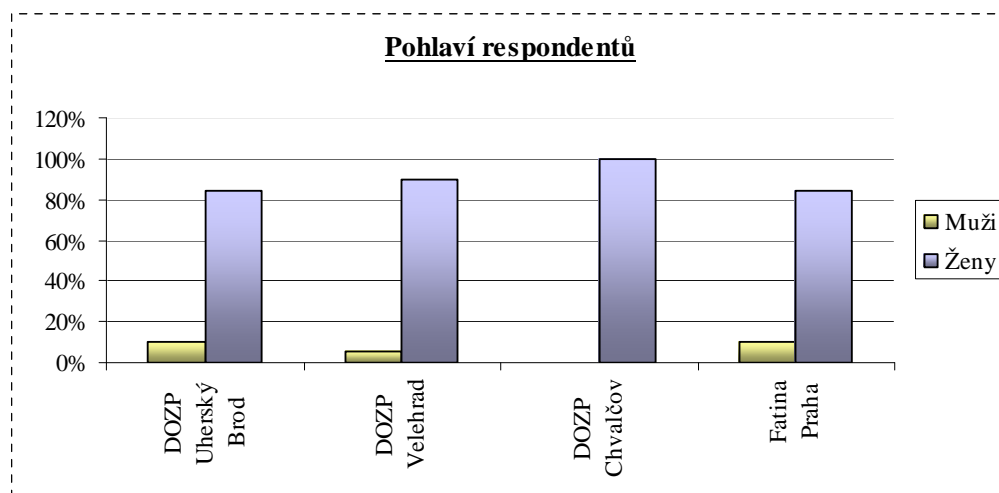
Každý osobní asistent pracující v tomto programu při domě Fatima je v tomto zařízení zaškolen. Agentura poskytuje také aktuální poradenství, případně může zprostředkovat kontakty s jinými provozovateli sociálních služeb nebo dalšími pro klienta důležitými institucemi.

Služba funguje takovým způsobem, že klient kontaktuje Agenturu osobní asistence, která ho informuje o podmínkách a způsobech poskytování služeb, klient nás seznámí se svými konkrétními potřebami a se svou představou o obsahu služeb. Následným rozhovorem se sjednotí požadavky klienta s možnostmi Agentury a je sepsána smlouva na základě které je služba poskytována. (27)

3.2 Explorace výsledků v tabulkách a grafech

Tabulka č.1: Pohlaví respondentů

Zařízení	Pohlaví	
	Muži	Ženy
DOZP Uherský Brod	10,5%	84,2%
DOZP Velehrad	5,3%	89,5%
DOZP Chvalčov	0,0%	100,0%
Fatina Praha	10,5%	84,2%
Celkem	6,6%	89,5%



Diskuse k tabulce č.1

Z tabulky i grafu jednoznačně vyplývá, že personál zkoumaných zařízení je tvořen převážně ženami, muži jsou zastoupeni minimálně. Pro vytvoření substitučního prostředí domova je mužský element mnoha směrech nenahraditelným symbolem přirozeného partnerského vzoru, autority a síly. Zaměstnankyně, ženy, představují pro klienty substituci domova v lidské bytosti, nikoliv partnerských bytostech ve smyslu rodinného života. I když se v mnoha případech jedná o silné ženské osobnosti s vlastnostmi opačného pohlaví a schopné v tomto smyslu i obdobných činů, nadále zůstávají především ženami. Těžko si jedinci s postižením, zejména děti a mládež, vytvoří vzor rodinného typu bez praktické zkušenosti. Mužská síla v případech zkoumaných zařízení má několik variant významů. Nejenže chlapce motivuje ve smyslu stát se silným mužem, ochráncem, také se projevuje autoritativně a záměrně v případech, kdy dochází k nespravedlnosti, ubližování či je jí potřeba pro ochranu osoby v ohrožení.

Tabulka č.2: Stupeň vzdělání respondentů

Zařízení	Vzdělávací instituce			
	ZŠ	SŠ	VOŠ	VŠ
DOZP Uherský Brod	0,0%	84,2%	10,5%	5,3%
DOZP Velehrad	0,0%	26,3%	63,2%	10,5%
DOZP Chvalčov	5,3%	73,7%	15,8%	5,3%
Fatina Praha	0,0%	57,9%	21,1%	21,1%
Celkem	1,3%	60,5%	27,6%	10,5%

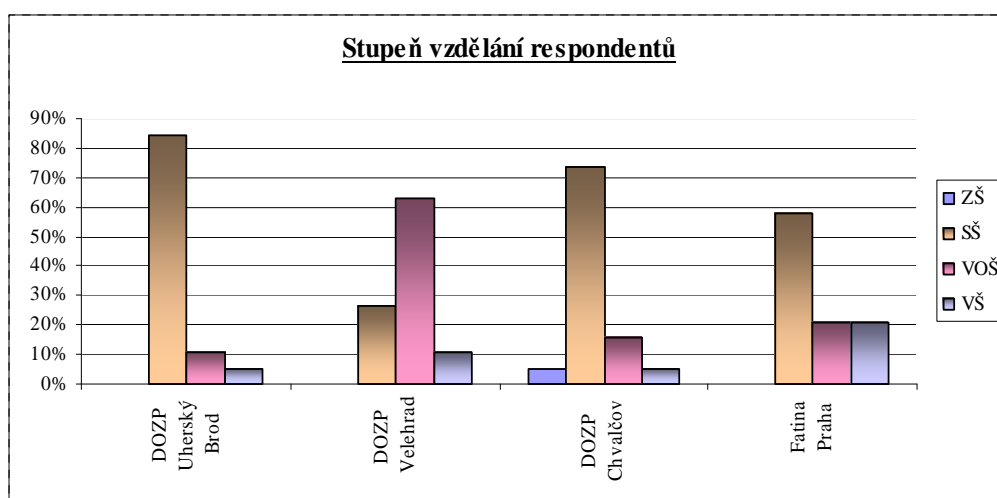
Vysvětlivky k tabulce a grafu:

ZŠ – základní škola

SŠ – střední škola

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola

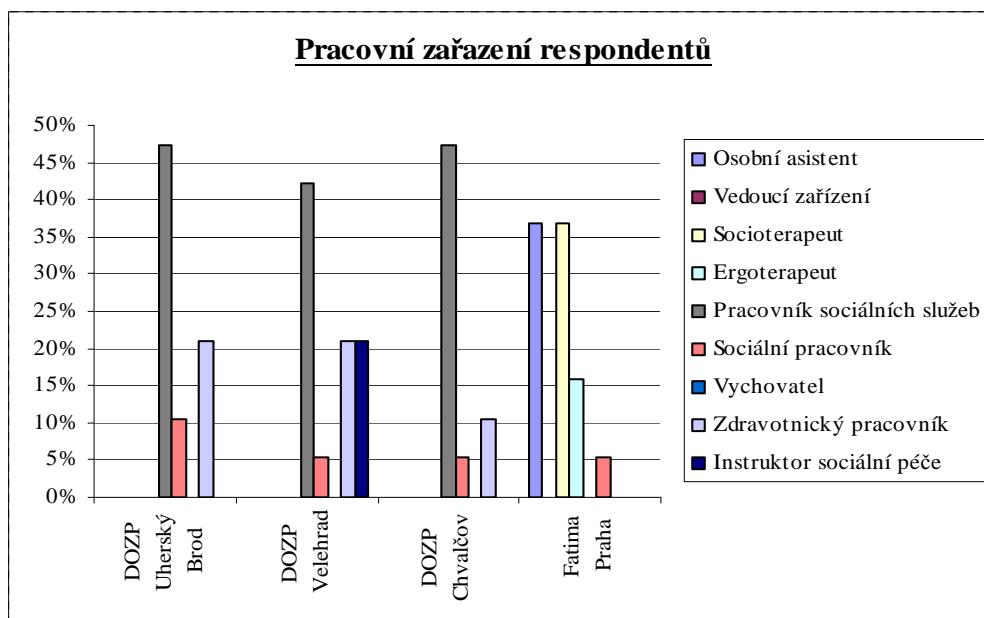


Diskuse k tabulce č.2

Z výsledků vyplývá, že nejvíce zaměstnanců v přímé péči je středoškolského vzdělání, což nemusí zákonitě znamenat, že zaměstnanci jsou bez odborných znalostí, nicméně i případné kurzy a vzdělávací aktivity nelze srovnávat se znalostmi získanými v případě vyššího odborného a vysokoškolského studia.

Tabulka č.3: Pracovní zařazení respondentů

Pracovní pozice	Zařízení			
	DOZP Uherský Brod	DOZP Velehrad	DOZP Chvalčov	Fatima Praha
Osobní asistent	0,0%	0,0%	0,0%	36,8%
Vedoucí zařízení	5,3%	5,3%	5,3%	5,3%
Socioterapeut	0,0%	0,0%	0,0%	36,8%
Ergoterapeut	0,0%	0,0%	0,0%	15,8%
Pracovník sociálních služeb	47,4%	42,1%	47,4%	0,0%
Sociální pracovník	10,5%	5,3%	5,3%	5,3%
Vychovatel	15,8%	5,3%	31,6%	0,0%
Zdravotnický pracovník	21,1%	21,1%	10,5%	0,0%
Instruktor sociální péče	0,0%	21,1%	0,0%	0,0%



Diskuse k tabulce č.3

Tabulka i graf znázorňují míru zastoupení pracovních pozic respondentů v jednotlivých zařízeních. Z výzkumu vyplývá, že nejčastějšími zaměstnanci domovů jsou pracovníci sociálních služeb, tedy zaměstnanci v přímé péči o klienta. Ani zařízení Arcidiecézní charity Fatima není výjimkou, neboť zaměstnanci v přímé péči zde zastupují osobní asistenti a socioterapeuti.

Tabulka č.4: Stupeň kvalifikace respondentů

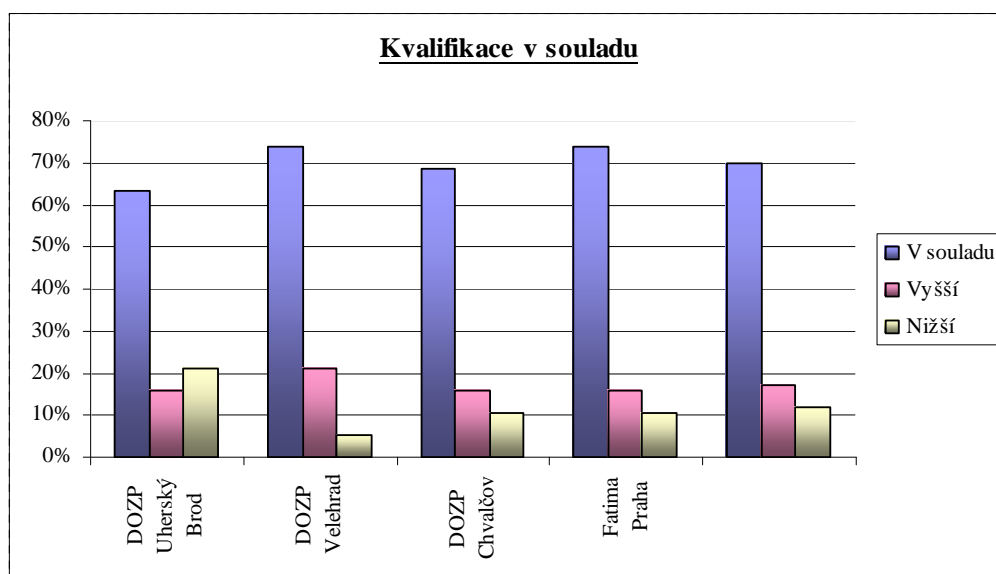
Zařízení	Kvalifikace v souladu		
	V souladu	Vyšší	Nižší
DOZP Uherský Brod	63,2%	15,8%	21,1%
DOZP Velehrad	73,7%	21,1%	5,3%
DOZP Chvalčov	68,4%	15,8%	10,5%
Fatima Praha	73,7%	15,8%	10,5%
Celkem	69,7%	17,1%	11,8%

Vysvětlivky k tabulce a grafu č.4:

Kvalifikace zaměstnance je v souladu se stávající profesí.

Kvalifikace zaměstnance je vyšší než je potřebná kvalifikace stávající profese.

Kvalifikace zaměstnance je nižší než je potřebná kvalifikace ke stávající profesi.



Diskuse k tabulce a grafu č.4

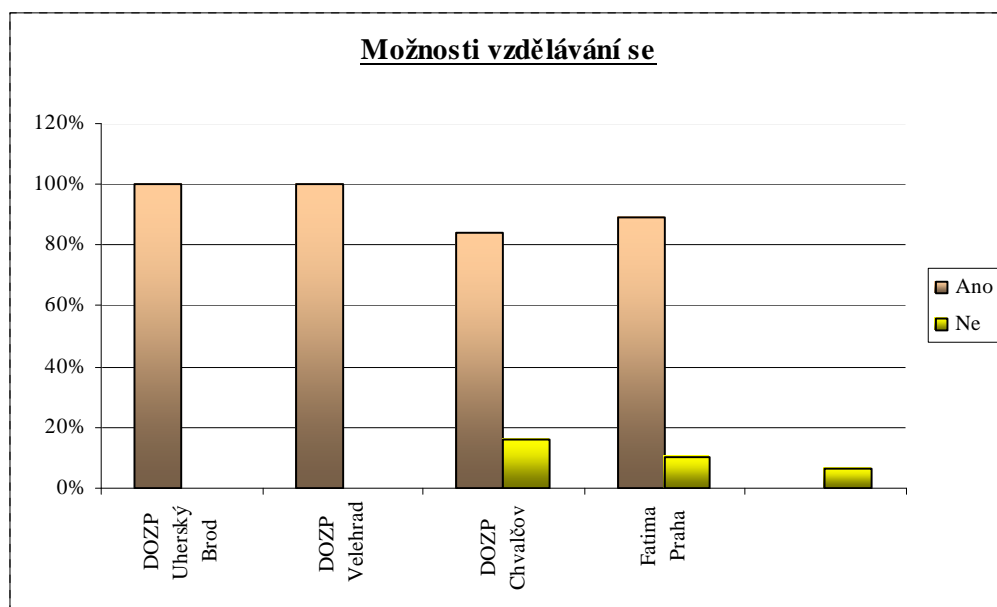
Z tabulky a grafu vyplývá, že stupeň vzdělání většiny respondentů je v souladu se stávající pracovní profesí, v 17,1% vyšší, pouze 11,7% respondentů uvádí nižší stupeň vzdělání než je stávající pracovní pozice. Ačkoliv je vzdělanostní stupeň zaměstnanců v souladu s legislativními kompetencemi pro výkon stávající profese, přesto je v zařízeních nedostatek odborného personálu. To znamená, že pro zvýšení úrovně přímé péče o klienty je zapotřebí podporovat a motivovat zaměstnance k dalšímu vzdělávání se.

Tabulka č. 5: Možnosti vzdělávání se respondentů

Zařízení	Možnosti vzdělání	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	100,0%	0,0%
DOZP Velehrad	100,0%	0,0%
DOZP Chvalčov	84,2%	15,8%
Fatima Praha	89,5%	10,5%
Celkem	93,4%	6,6%

Vysvětlivky k tabulce a grafu č.5:

Možnosti zaměstnanců se vzdělávat bez ohledu na případnou podporu zaměstnavatele.

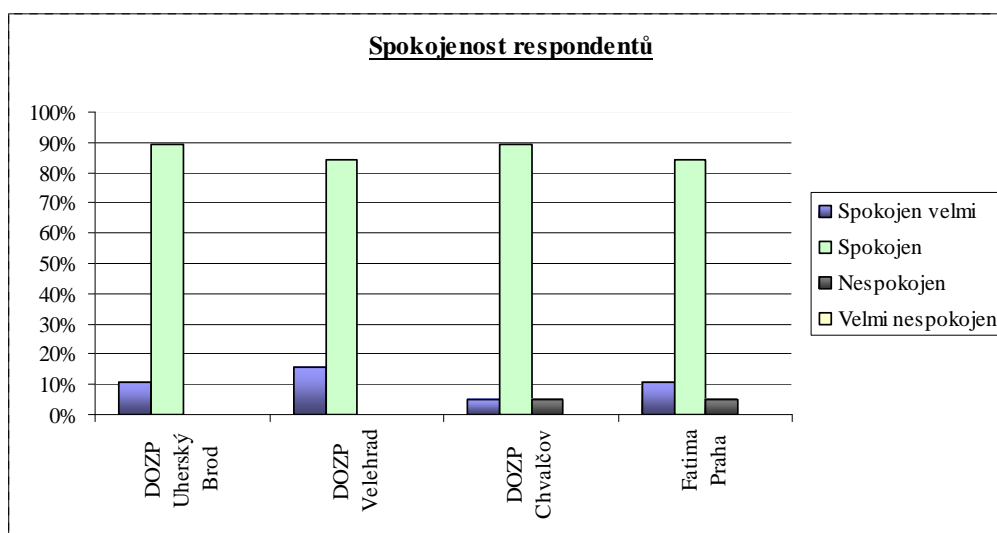


Diskuse k tabulce a grafu č.5

Ve všech zařízeních mají respondenti možnost se nadále vzdělávat i bez případné podpory svého zaměstnavatele (více viz. závěrečná diskuse).

Tabulka č. 6: Spokojenost s pracovním začleněním

Zařízení	Míra spokojenosti			
	Spokojen velmi	Spokojen	Nespokojen	Velmi nespokojen
DOZP Uherský Brod	10,5%	89,5%	0,0%	0,0%
DOZP Velehrad	15,8%	84,2%	0,0%	0,0%
DOZP Chvalčov	5,3%	89,5%	5,3%	0,0%
Fatima Praha	10,5%	84,2%	5,3%	0,0%
Celkem	10,5%	86,8%	2,6%	0,0%



Vysvětlení k tabulce č.6

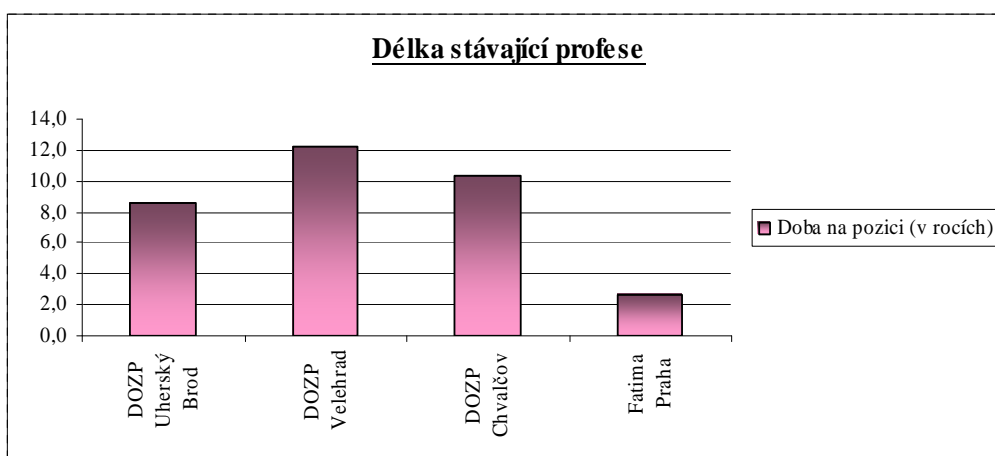
Většina respondentů je spokojena se svým pracovním zařazením.

Tabulka č.7: Doba ve stávající pracovní pozici

Zařízení	Doba na pozici (v rocích)
DOZP Uherský Brod	8,6
DOZP Velehrad	12,2
DOZP Chvalčov	10,3
Fatima Praha	2,7

Vysvětlivky k tabulce a grafu č.7

Výsledky jsou uváděny v celých číslech a vypočteny jako průměrná hodnota délky stávající profese z celkového počtu respondentů v jednotlivých zařízeních, kdy se jedná o cca 19 respondentů v každém zařízení. K jednotlivým výsledkům jsem dospěla součtem let uvedených jednotlivě respondenty v dotaznících a podělila počtem respondentů.



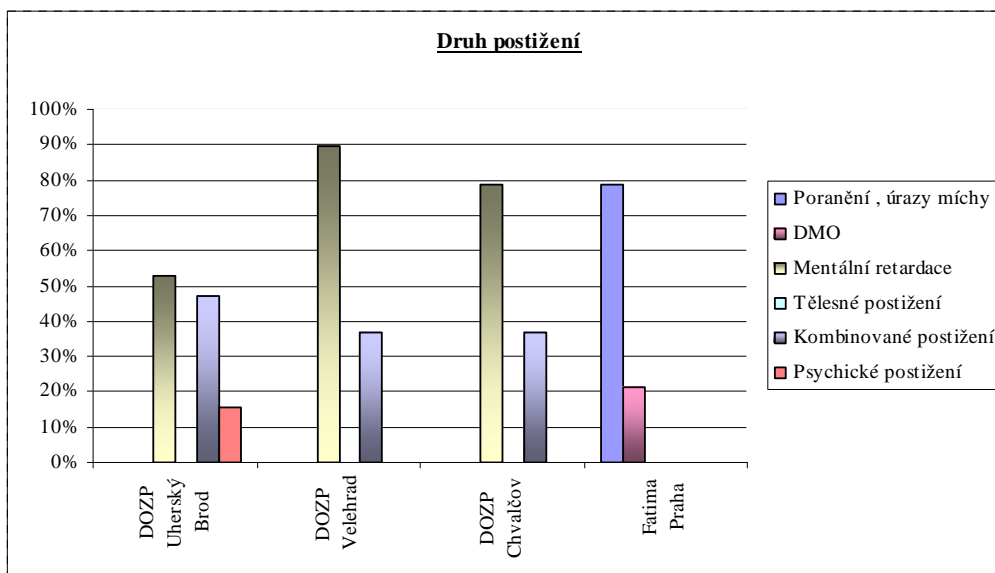
Diskuse k tabulce č.7

Výsledky jsou uváděny v celých číslech a vypočteny jako průměrná hodnota délky stávající profese z celkového počtu respondentů v jednotlivých zařízeních, kdy se jedná o cca 19 respondentů v každém zařízení. K jednotlivým výsledkům jsem dospěla součtem let uvedených jednotlivě respondenty v dotaznících a podělila počtem respondentů.

Z výzkumu vyplývá, že průměrná hodnota zaměstnance ve stávající profesi je nejvyšší v DOZP Velehrad, tj.12,2 let a nejnižší v ACH Fatima , tj. 2,7 let. Na tyto výsledky výzkumu navazuje další výzkum (tabulka a graf č.18), kdy se jedná o srovnání délky respondenta ve stávající profesi s pocity strachu a úzkosti vyskytujícími se na pracovišti u zaměstnanců. Nutno podotknout, že doba ve stávající profesi může mít vliv na vznik stresu u zaměstnance, a v konečném důsledku ovlivnit jeho psychiku, či dát základ syndromu vyhoření.

Tabulka č.8: Míra zastoupení jednotlivých druhů postižení klientů

Druh postižení	Zařízení			
	DOZP Uherský Brod	DOZP Velehrad	DOZP Chvalčov	Fatima Praha
Poranění , úrazy míchy	0,0%	0,0%	0,0%	78,9%
DMO	0,0%	0,0%	0,0%	21,1%
Mentální retardace	52,6%	89,5%	78,9%	0,0%
Tělesné postižení	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Kombinované postižení	47,4%	36,8%	36,8%	0,0%
Psychické postižení	15,8%	0,0%	0,0%	0,0%



Diskuse k tabulce a grafu č.8

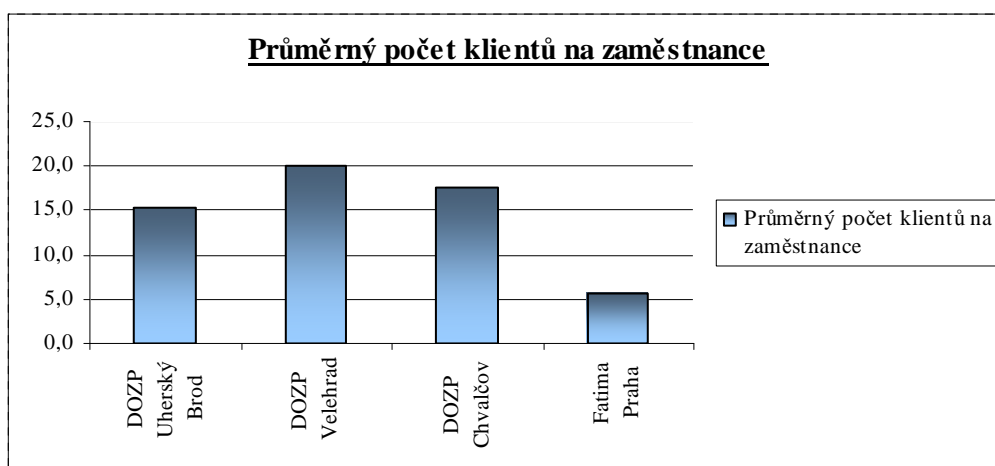
Výsledky potvrzují, že největší zastoupení v Domovech pro osoby se zdravotním postižením mají klienti s mentální retardací a kombinovanými vadami, kdežto v ACH Fatima se jedná převážně o klienty po úrazech či s poraněním míchy. Tím je dán rozdíl v charakteru poskytovaných služeb se zaměřením na výše jmenované typy postižení klientů. Rozdílnost v poskytovaných službách ovšem neznamena nemožnost aplikace a už vůbec by neměla znamenat nedostupnost pro samotného klienta, uživatele služby. Výsledky u tabulek a grafů č.11, s.63; č.12, s.65; č. 14, s.69 a č. 17, s. 75; tuto diskusi potvrzují.

Tabulka č.9: Průměrný počet klientů na zaměstnance

Zařízení	Průměrný počet klientů na zaměstnance
DOZP Uherský Brod	15,2
DOZP Velehrad	20,2
DOZP Chvalčov	17,7
Fatima Praha	5,6

Vysvětlivky k tabulce a grafu č.9:

Tabulka a graf vyjadřují průměrný počet klientů na zaměstnance v přímé péči v průběhu pracovního procesu a je vyjádřen v celých číslech.



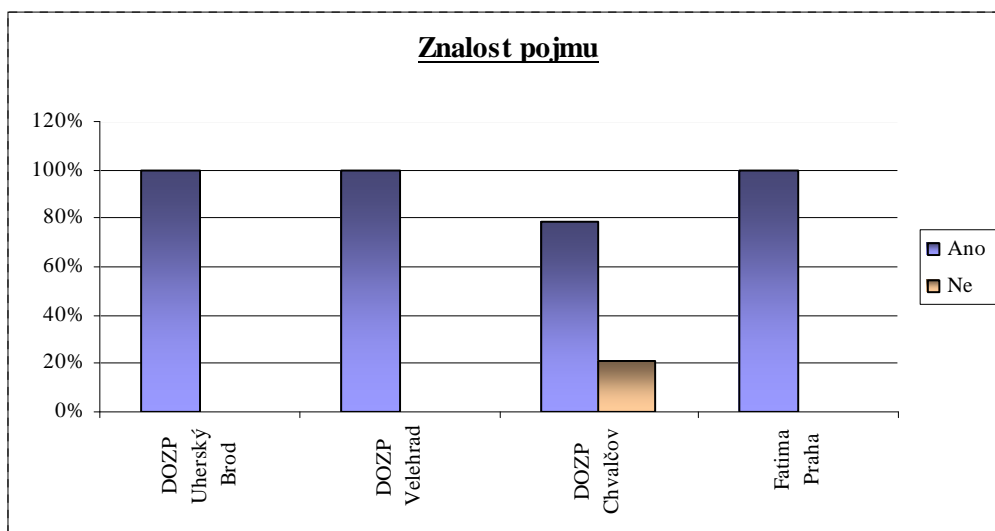
Diskuse k tabulce a grafu č.9

Tabulka a graf vyjadřují průměrný počet klientů na zaměstnance v přímé péči v průběhu pracovního procesu a je vyjádřen v celých číslech.

Nejmenší skupinu klientů na zaměstnance vykazuje ACH Fatima a největší DOZP Velehrad, i když jednotlivé domovy se v tomto aspektu liší jen velmi málo (viz.tabulka). Ve smyslu ucelené rehabilitace je každý klient individualitou a zasluhuje individuální přístup. Výsledky, vyjma zařízení ACH Fatima, potvrzují, že zaměstnanci mají v každodenní péči větší skupiny klientů. V tomto případě je prakticky nemožné se věnovat každému individuálně a klienti se mohou cítit opomíjeni a v důsledku takto nepříznivého dojmu u nich dochází k apatii, snahám se izolovat od ostatních, depresím, útokům na zaměstnavatele (viz. tabulka a graf č.19, s.79). Vhodným řešením by bylo posílit personálně jednotlivá zařízení o zaměstnance v přímé péči.

Tabulkač.10: Znalost pojmu ergoterapie u respondentů

Zařízení	Znalost pojmu	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	100,0%	0,0%
DOZP Velehrad	100,0%	0,0%
DOZP Chvalčov	78,9%	21,1%
Fatima Praha	100,0%	0,0%



Diskuse k tabulce a grafu č.10

Pojem ergoterapie se jeví mnohým respondentům nejasný, pokud je znám a v zařízení aplikován, je vnímán a chápán odlišně. Zejména co se týká ergodiagnostiky, výzkum potvrzuje, a tyto na základě dotazníkové metody a vlastního pozorování a dotazování v období cca 3 let (vyjma zařízení ADCH Fatima, kde je ergoterapie a ergodiagnostika hlavní náplní režimu dne klientů i zaměstnanců), že pokud kdy byla v ostatních zařízeních aplikována ergodiagnostika, tato proběhla:

- a) při diagnostice klientova postižení, což znamená, že u mnohých jedinců při přijetí do zařízení, kdy u klientů s celoročním pobytem mnohdy znamená, pokud v době jeho pobytu v zařízení nedošlo neočekávaným změnám jeho zdravotního stavu, i několik let
- b) popř. bylo hodnocení zbytkového ergoterapeutického potenciálu klientů ponecháno zcela na zaměstnancích, aniž by tito vlastnili potřebné kompetence k výkonu ergoterapeutické diagnostiky.

Tabulka č.11: Ergoterapeutické aktivity v zařízení

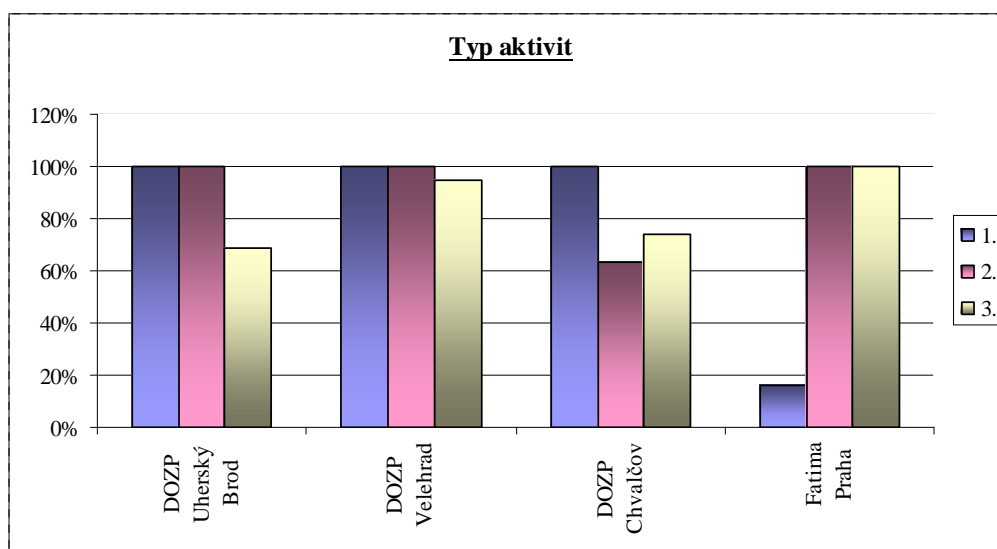
Zařízení	Typ aktivit		
	1.	2.	3.
DOZP Uherský Brod	100,0%	100,0%	68,4%
DOZP Velehrad	100,0%	100,0%	94,7%
DOZP Chvalčov	100,0%	63,2%	73,7%
Fatima Praha	15,8%	100,0%	100,0%
Celkem	78,9%	90,8%	84,2%

Vysvětlivky:

1 – rukodělné činnosti

2 – pravidelná tělesná aktivita

3 – v rámci režimu výuka zvládnání běžných činností

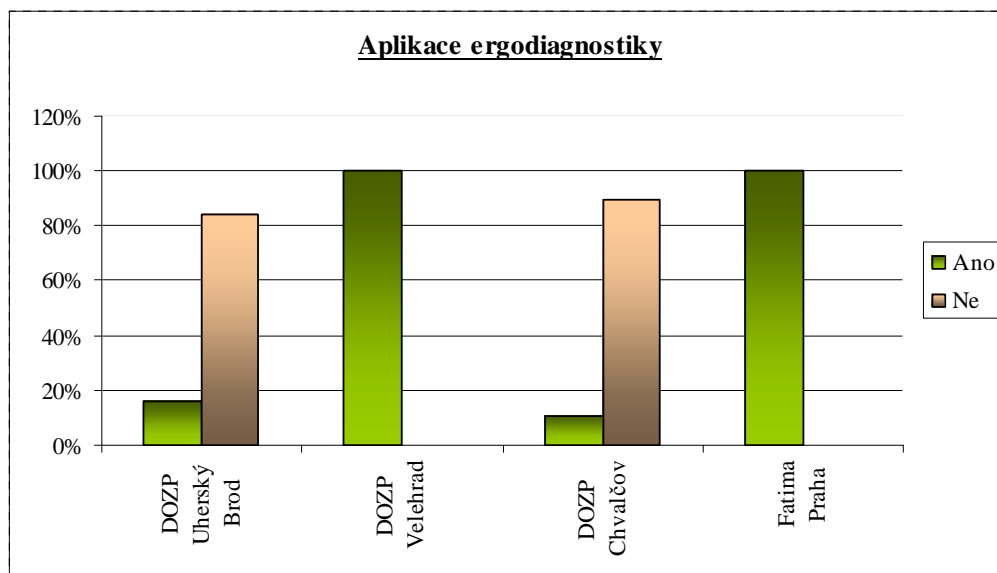


Diskuse k tabulce a grafu č.11

Výsledky potvrzují, že v jednotlivých zařízeních je procentuální podíl zastoupení ergoterapeutických aktivit přímo úměrný typu postižení klienta. V Domovech jsou aplikovány nejvíce rukodělné činnosti a pravidelná tělesná aktivita, naopak v ACH Fatima se zaměřuje na výuku zvládnání běžných činností s cílem efektivně a co nejrychleji integrovat klienta do domácího prostředí. Zde lze hovořit o ergoterapeutické službě jako rozvojové aktivitě. Naopak, v jednotlivých domovech se jedná o udržení stávajících funkcí a potenciálu klienta, kdy ergoterapeutický proces probíhá převážně prostřednictvím ergoterapeutických dílen (viz. tabulka a graf č.16, s.73) (více viz. příloha č.6).

Tabulka č.12: Aplikace ergodiagnostiky

Zařízení	Aplikace ergodiagnostiky	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	15,8%	84,2%
DOZP Velehrad	100,0%	0,0%
DOZP Chvalčov	10,5%	89,5%
Fatima Praha	100,0%	0,0%
Celkem	56,6%	43,4%

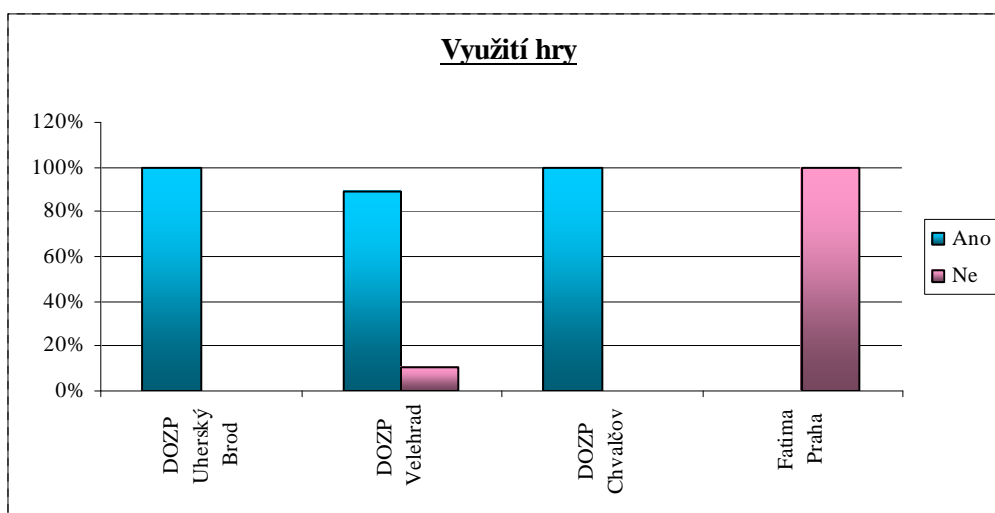


Diskuse k tabulce a grafu č.12

Výsledky potvrzují, že ergodiagnostika je aplikována pouze v zařízení ADCH Fatima a i když respondenti některých zařízení uvádí 100% aplikaci ergodiagnostiky. Existuje předpoklad, že se jedná o záměnu termínu ergodiagnostika a ergoterapie, nebo o neznalost tohoto pojmu u respondentů, neboť ve zkoumaných souborech (s výjimkou ACH Fatima) ergoterapeut mezi zaměstnanci chybí a ani externě žádný se zařízením nespolupracuje.

Tabulka č.13: Využití hry

Zařízení	Využití hry	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	100,0%	0,0%
DOZP Velehrad	89,5%	10,5%
DOZP Chvalčov	100,0%	0,0%
Fatima Praha	0,0%	100,0%
Celkem	72,4%	27,6%



Diskuse k tabulce a grafu č.13

Jak je patrné z výsledků, v Domovech pro osoby se zdravotním postižením je využití hry na místě, což je bez pochyb způsobeno věkem klientů, neboť se jedná o děti a mládež. U zařízení ADCH Fatima je využití hry problematické, neboť klienti tohoto zařízení, přestože se v mnoha případech jedná o mladé osoby jsou alespoň ve většině případech na mentálně vyšší úrovni. To samozřejmě neznamená, že by nemohli využívat terapeutické formy her, ale pravděpodobně i vzhledem k náročnosti jejich tělesné rehabilitace si zvolí pravděpodobně jiné formy relaxační činnosti.

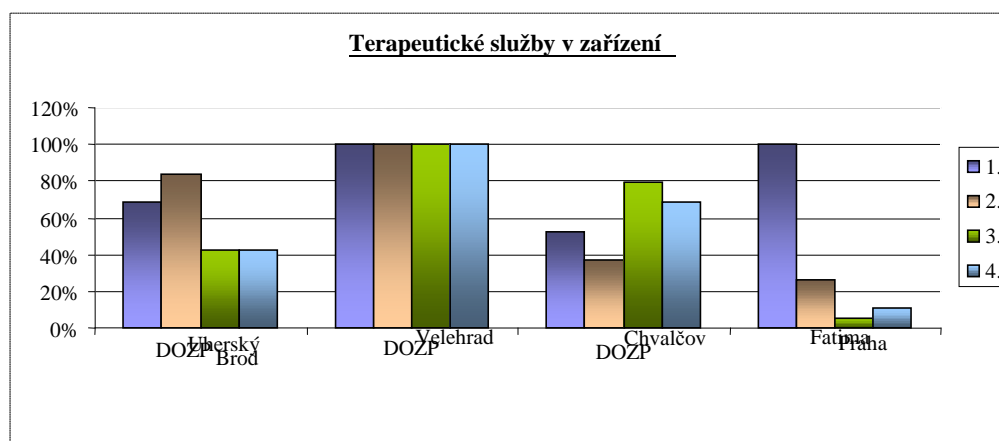
Respondenti v dotaznících rovněž popisovali, popř. podtrhávali konkrétní formy her, nejčastěji manipulační a napodobovací, v konkrétních popisech se jednalo o házení s míčem, stavění kostek, hraní divadelních scének, z čehož plyne, že většina zaměstnanců v přímé péči používá herní terapii na základě vlastní praktické zkušenosti. Při neznalosti herní terapie jako metody může zaměstnanec negativně působit na rozvoj klientova socializačního procesu, samozřejmě i naopak, může mu zároveň svou kreativitou a individualitou prospět. Nicméně je potřeba si uvědomit, že se jedná o hru, terapii s klientem s postižením a brát v úvahu jeho zdravotní stav i při takové činnosti jakou je hra (více viz. příloha č.3).

Tabulka č. 14: Terapeutické služby v zařízení

Zařízení	Terapeutické služby v zařízení				
	1.	2.	3.	4.	5.
DOZP Uherský Brod	68,4%	84,2%	42,1%	42,1%	Ano
DOZP Velehrad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	Ano
DOZP Chvalčov	52,6%	36,8%	78,9%	68,4%	Ano
Fatima Praha	100,0%	26,3%	5,3%	10,5%	Ano
Celkem	80,3%	61,8%	56,6%	55,3%	Ano

Vysvětlivky:

1. léčebná výchova soběstačnosti, ergoterapie
2. léčebná tělesná výchova, fyzioterapeutické služby
3. psychoterapie, muzikoterapie
4. sportovní a rekreační činnosti

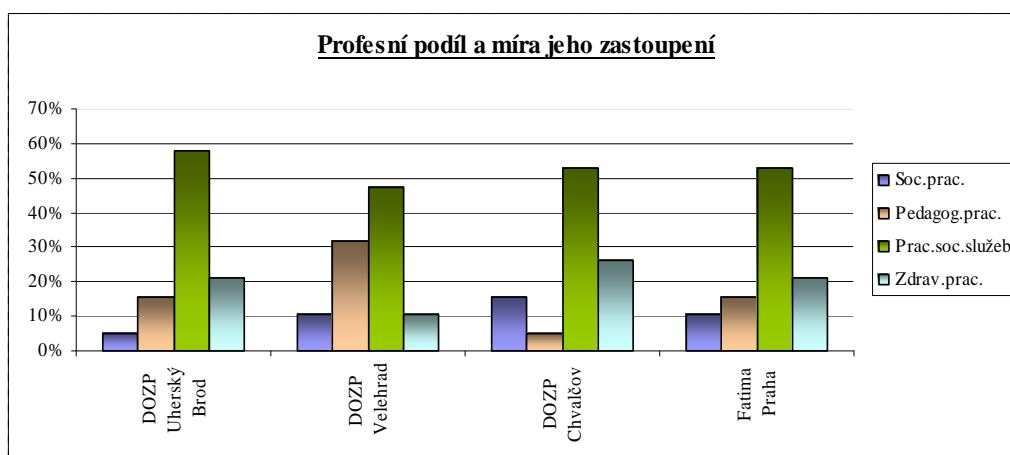


Diskuse k tabulce a grafu č.14

Tabulka popisuje míru zastoupení terapeutických služeb poskytovaných ve zkoumaných zařízeních. Nejčastěji poskytovanou službou ve všech zkoumaných zařízeních, jak uvádějí respondenti, je léčebná výchova soběstačnosti a ergoterapie a to v 80,3%. V 61,8% má celkové zastoupení léčebná tělesná výchova a fyzioterapeutické služby, ale vzhledem k faktu, že v „domovech“ (s výjimkou zařízení ADCH Fatima) chybí profesionální zastoupení fyzioterapeutů a ergoterapeutů, jedná se v tomto případě o amatérsky provozované tělesné aktivity, které mohou jedinci s postižením při nevhodné aplikaci způsobit vážné zdravotní potíže.

Tabulka č. 15: Profesní podíl a míra jeho zastoupení v zařízeních

Zařízení	Profesní podíl			
	Soc.prac.	Pedagog.prac.	Zdrav.prac.	Prac.soc.služeb
DOZP Uherský Brod	5,3%	15,8%	21,1%	57,9%
DOZP Velehrad	10,5%	31,6%	10,5%	47,4%
DOZP Chvalčov	15,8%	5,3%	26,3%	52,6%
Fatima Praha	10,5%	15,8%	21,1%	52,6%
Celkem	10,5%	17,1%	19,7%	52,6%

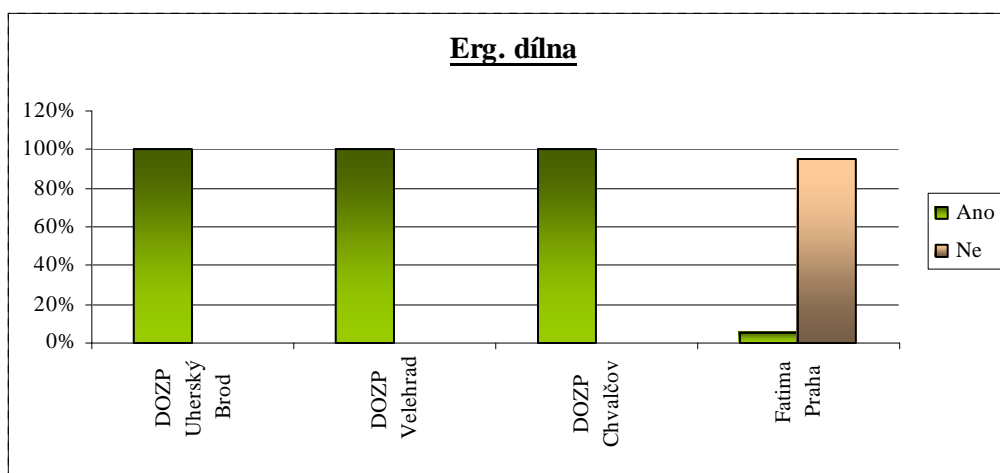


Diskuse k tabulce a grafu č.15

Tabulka i graf udávají (dle §115 z.108/2006 Sb.- okruh pracovníků v sociálních službách, viz. teoretická část), že nejvíce jsou ve zkoumaných souborech zastoupení pracovníci sociálních služeb v 52,6% a to bez ohledu na druh pobytového zařízení a bez ohledu na typ postižení klientů. Zároveň potvrzují výsledky z tabulky a grafu č.3, s.49. Na druhém místě v podílu profesního zastoupení se umístili sociální pracovníci, ale troufám si říci na základě vlastní praxe, že v mnoha případech odpovědí respondentů se jedná o záměnu pojmu s pracovníkem sociálních služeb, jelikož tento termín je užíván v praxi krátce a v době dotazníkového šetření v loňském roce byl pro mnohé zaměstnance prakticky neznámým.

Tabulka č.16: Přítomnost ergoterapeutické dílny

Zařízení	Erg.dílna	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	100,0%	0,0%
DOZP Velehrad	100,0%	0,0%
DOZP Chvalčov	100,0%	0,0%
Fatima Praha	5,3%	94,7%

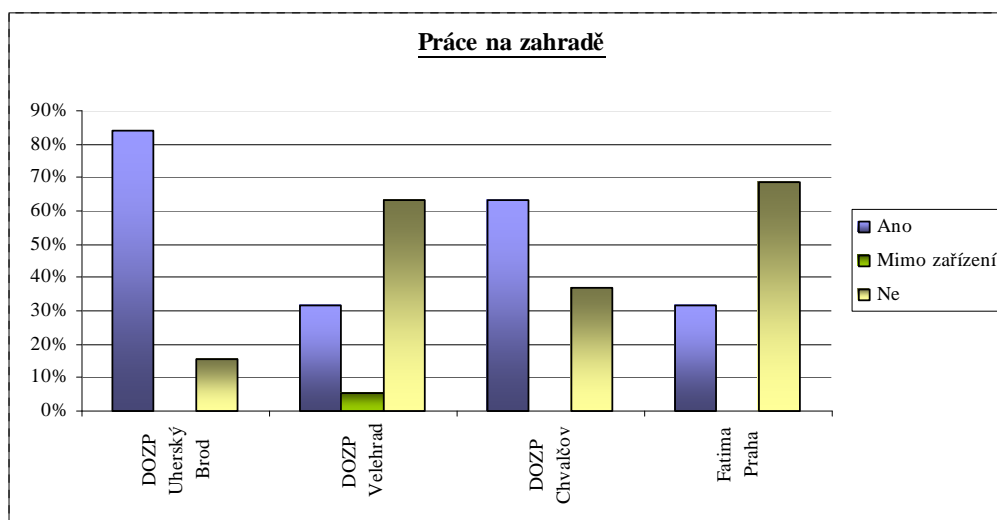


Diskuse k tabulce č.16

Přítomnost ergoterapeutické dílny je Domovech pro osoby se zdravotním postižením samozřejmostí, kdežto v zařízení ADCH Fatima se klienti věnují ergoterapeutickým aktivitám pouze ve smyslu zvládnání běžných činností s cílem dosažení co nejvyššího stupně samostatnosti v co nejkratším možném termínu.

Tabulka č.17: Práce klientů na zahradě

Zařízení	Práce na zahradě		
	Ano	Mimo zařízení	Ne
DOZP Uherský Brod	84,2%	0,0%	15,8%
DOZP Velehrad	31,6%	5,3%	63,2%
DOZP Chvalčov	63,2%	0,0%	36,8%
Fatima Praha	31,6%	0,0%	68,4%



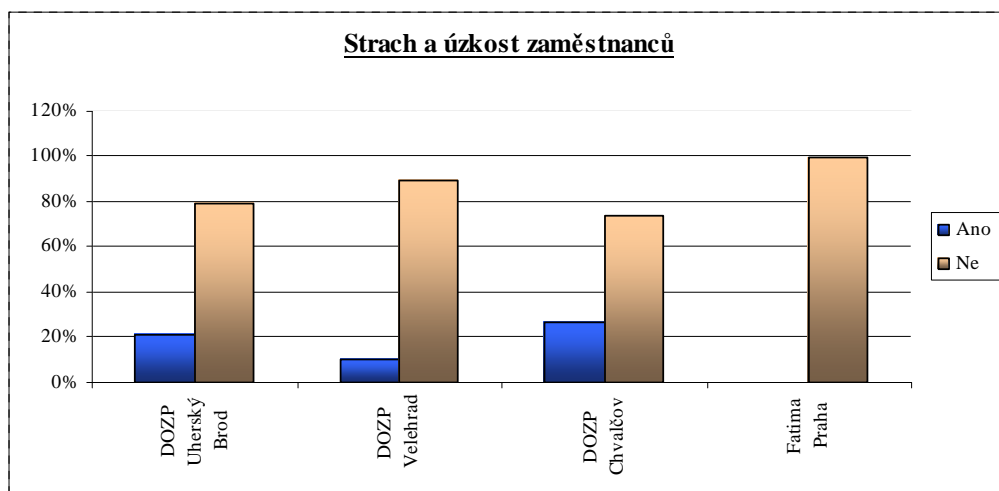
Diskuse k tabulce a grafu č.17

Z tabulky i grafu vyplývá, že práci na zahradě se v maximální míře 84,2% věnují klienti v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Uherském Brodě, minimálně se této ergoterapeutické aktivitě klienti věnují v zařízení ADCH Fatima, což je způsobeno typem postižení. Jedná se o úrazy míchy, poranění páteře (viz.tabulka a graf č.8, s.58), kdy jsou klienti, alespoň v počátcích svého pobytu, odkázáni na lůžko a závislí na pomoci zaměstnanců.

Nízké procento zastoupení této ergoterapeutické aktivity vykazuje též DOZP Velehrad, 31,6%, což je škoda. Práce na zahradě je z hlediska ergoterapie přínosná pro klienty v mnoha směrech, neboť se podílí na rozvoji hrubé i jemné motoriky a současně rozvíjí klientovi morální vlastnosti ve smyslu „péče o ...“ , což v zahradních činnostech znamená pečovat o rostliny, ale rovněž je i pěstovat pro okrasu nebo jako poživatinu, pohyb na čerstvém vzduchu je dalším kladem této ergoterapeutické aktivity.

Tabulka č.18: Strach a úzkost u zaměstnanců

Zařízení	Strach a úzkost u zaměstnanců	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	21,1%	78,9%
DOZP Velehrad	10,5%	89,5%
DOZP Chvalčov	26,3%	73,7%
Fatima Praha	0,0%	100,0%
Celkem	14,5%	85,5%



Diskuse k tabulce a grafu č.18

Z odpovědí respondentů je patrné, že pocity strachu a úzkosti se vyskytují u zaměstnanců v minimální míře, kdy maximální hodnota je 26%. Na základě odpovědí respondentů, nejčastěji se jedná o strach z agresivity klienta a úzkost a obavy ze ztráty zaměstnání, popř. z přemístění na jiný úsek pracoviště a s tím spojené ztráty oblíbených či zaměstnanci blízkých klientů (klienta).

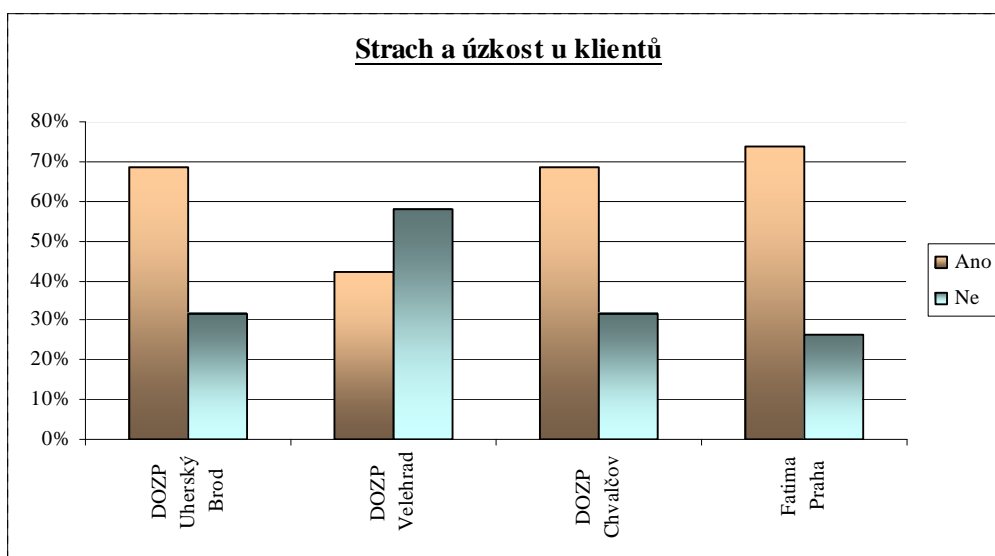
Obecně je známo, že stres je spjat s událostmi, které v nás probouzejí pocit úzkosti, nejistoty nebo ztráty. Stres obvykle přináší nesnáze v době, kdy jsme na stresové situace nuceni neustále reagovat, aniž bychom se proti účinkům stresu bránili, nebo alespoň cítili, že se bránit můžeme. (30)

Množství každodenních situací lze vyhodnotit podle toho, jaké množství stresu plodí. Mezi velmi vysoké stresové faktory patří smrt partnera, rozvod nebo rozchod, uvěznění, úraz nebo nemoc, svatba, ale i ztráta zaměstnání. K vysokým stresovým faktorům patří smrt blízkého přítele (příteklyně), stěhování, snaha o nebo samotné usmíření mezi manželi, sexuální problémy, těhotenství a narození dítěte, odchod do důchodu, změna finanční situace.

K emocionálním příznakům, kterých by si měl zaměstnavatel, popř. zaměstnanec u sebe i u ostatních kolegů všimnout, patří nejčastěji právě úzkost a strach, podrážděnost a netrpělivost, plačtivost, hněv či agresivita, prudké proměny nálad. Mezi projevy chování se řadí potíže s koncentrací, nížená schopnost rozhodování, zvýšená konzumace jídla, pití a tabáku, citové výbuchy, neschopnost cokoliv dokončit, ztráta smyslu pro humor a rovněž rezignace na společenské aktivity. (30)

Tabulka č.19: Strach a úzkost u klientů

Zařízení	Strach a úzkost u klientů	
	Ano	Ne
DOZP Uherský Brod	68,4%	31,6%
DOZP Velehrad	42,1%	57,9%
DOZP Chvalčov	68,4%	31,6%
Fatima Praha	73,7%	26,3%
Celkem	63,2%	36,8%



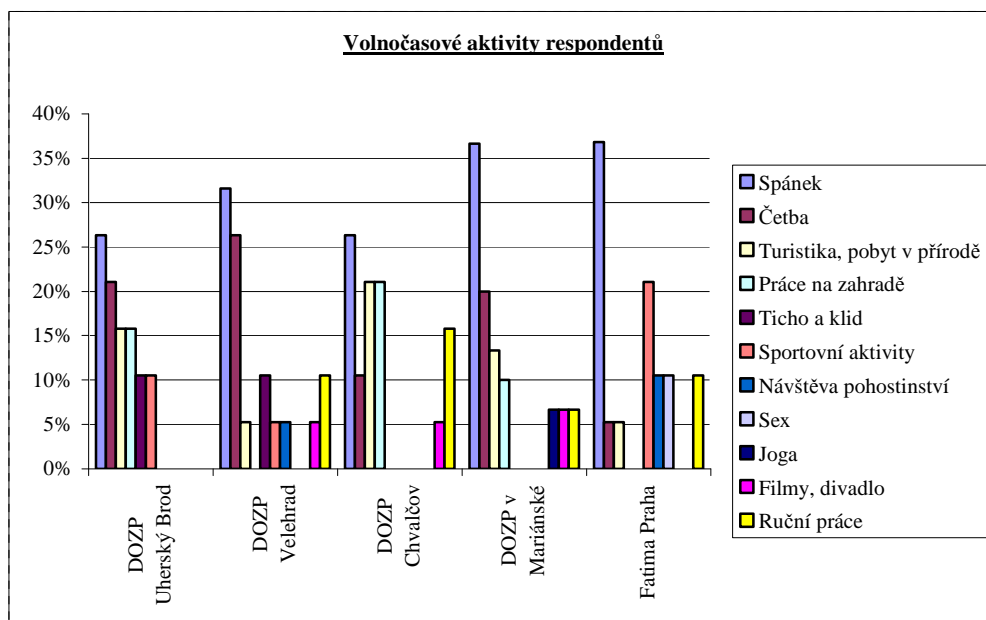
Diskuse k tabulce a grafu č.19

Výsledky prokazují skutečnost, že strach a úzkost je u klientů častá i bez ohledu na míru jejich mentálního postižení, jak je patrné z výsledků v zařízení ADCH Fatima, kde jde převážně o klienty s fyzickým handicapem, což znamená, že tito jedinci jsou si mnohem více vědomi míry a dopadu svého postižení. U těchto jedinců se jedná o obavy z budoucnosti, strach ze smrti a z vlastní změny životní situace.

U ostatních klientů, jak uvedli respondenti v dotaznících, jsou pocity strachu nejčastěji spojeny se smrtí, s bouřkou, se ztrátou klientu blízkého zaměstnance. V těchto případech je nesnadným úkolem zaměstnance v přímé péči pocity strachu a úzkosti u klienta rozptýlit. Řešení se nabízí ve zprostředkování vhodné terapie ve formě volnočasové aktivity a to s ohledem na stávající schopnosti a možnosti klienta s postižením.

Tabulka č.20: Volnočasové aktivity respondentů

Typ volnočasové aktivity	Zařízení				
	DOZP Uherský Brod	DOZP Velehrad	DOZP Chvalčov	Fatima Praha	Celkem
Spánek	26,3%	31,6%	26,3%	36,8%	30,3%
Četba	21,1%	26,3%	10,5%	5,3%	15,8%
Turistika, pobyt v přírodě	15,8%	5,3%	21,1%	5,3%	11,8%
Práce na zahradě	15,8%	0,0%	21,1%	0,0%	9,2%
Ticho a klid	10,5%	10,5%	0,0%	0,0%	5,3%
Sportovní aktivity	5,3%	5,3%	0,0%	21,1%	7,9%
Návštěva pohostinství	0,0%	5,3%	0,0%	10,5%	3,9%
Sex	0,0%	0,0%	0,0%	10,5%	2,6%
Joga	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
Filmy, divadlo	0,0%	5,3%	5,3%	0,0%	2,6%
Ruční práce	0,0%	10,5%	15,8%	10,5%	9,2%



Diskuse k tabulce a grafu č.20

Z výsledků vyplývá, že respondenti používají nejrozmanitější formy relaxace, tyto jsou uvedeny v tabulce i grafu. Jedná se převážně o fyzicky nenáročné zájmové aktivity, což potvrzuje, že zaměstnanci a zejména zaměstnankyně jsou při své pracovní činnosti vystaveni fyzické zátěži, která vyžaduje nutnou rekonvalescenci. Nejčastěji volenou formou odpočinku je spánek. Hovoříme tzv. o pasivní formě odpočinku, kdy osoba relaxuje po fyzické i psychické stránce a dochází k maximálnímu uvolnění organismu a sebeobnově orgánových funkcí.

V případě fyzické i psychické únavy je spánek vhodnou alternativou odpočinku zaměstnance, ovšem v případě psychického a fyzického napětí, které v pomáhajících profesích bezesporu existuje, je na místě sledovat způsob a délku této formy odpočinku.

Potřeba spánku je individuální, u dospělého jedince 5 až 8 hodin a někteří jen 3 až 4 hodiny. Zde je třeba brát v úvahu, že nespavost by se neměla zaměňovat za nízkou potřebu spánku. Běžnou příčinou nespavosti je nadměrný psychický stres, kdy pomalu usínáte, někdy se probouzíte brzy ráno a cítíte se deprimovaní nebo nervózní, skryté příčiny obvykle zahrnují problémy v práci, v partnerském vztahu nebo starosti s penězi. Časně probuzení a skleslá nálada spolu s nízkým sebevědomím, nejistotou, špatnou krátkodobou pamětí, plačtivostí, iracionálním pocitem viny už svědčí o depresi, kdy je na místě vyhledat co nejdříve lékaře.(30)

3.3 Závěrečná diskuze s návrhy na zlepšení stávající situace

Jak již bylo řečeno na počátku prezentace výzkumu, výzkumný vzorek tvořili zaměstnanci v přímé péči o klienta jako nositelé ergoterapeutického potenciálu. Z výsledků výzkumu vyplývá (tabulka a graf č.1 s. 46), že většina zaměstnanců je ženského pohlaví a muži jsou zastoupeni minimálně a při tomto poměru pro mnohé klienty, pro něž je zařízení skutečným domovem, vzniká v rámci socializačního procesu „vlastní handicap tohoto typu zařízení“, neboť postrádá onen mužský element jako trvalý vzor rodinného modelu. Zde mám na mysli onen klasický model, žena - muž – dítě (děti), jejich vzájemné společenství vytvářející základní stavební kámen socializačního procesu, který je bohužel handicapem nejen zkoumaných souborů (zařízení), ale zároveň současné společnosti.

Ženy v přímé péči o klienty jsou vystaveny psychické a zároveň každodenní fyzické zátěži. Pomoc při sebeobslužných činnostech jako koupání, chůze do schodů, polohování a rovněž epileptické záchvaty jsou v těchto zařízeních častým jevem a vyžadují fyzicky zdatného jedince. To vše má vliv na zdravotní stav ženy, která není konstitučně vybavena pro takto namáhavou činnost. Dochází k přetížení zádového svalstva a následným bolestem, ohroženy jsou klouby i vazivo a především ženské reprodukční orgány. Mnohé problémy se zátěží by mohly částečně řešit kompenzační pomůcky, ovšem faktem je, že většina zařízení se potýká s finančním nedostatkem na jejich pořízení.

Z dalších výsledků výzkumu vyplývá (viz.tabulka a graf č.7, s.55), že doba praxe ve stávající profesi činí u velké většiny respondentů více než 20 let. Bez pochyb tak vzniká citová vazba na klienta a současná fixace klienta na zaměstnance, následně při přesunu zaměstnance na jiný úsek pracoviště vznikají problémy jako emoční labilita a ataky klientů na nově působícího zaměstnance v přímé péči, či naopak strach a obavy z agresivity klientů na straně zaměstnanců jak ukazují samotné výsledky výzkumu.

Vzhledem k faktu, že se jedná o ženy, jsou obavy skutečně na místě a v případě, že se jedná o dlouholeté zaměstnankyně, je potřeba upozornit na další riziko.

Za posledních 100 let se prodloužila průměrná délka života ženy o více než 30 let. S prodlužováním života ženy se prodlužuje doba postmenopauzy a s ní i doba života s estrogenním deficitem. Ten představuje významný rizikový faktor pro kvalitu života ženy a jeho délku. Estrogenní deficit významně zhoršuje kvalitu života ženy v důsledku osteoporotických zlomenin, infarktu myokardu, Alzheimerovy nemoci a dalších stařeckých chorob. (28)

Návrh řešení

Řešením v tomto případě nemusí být odchod ženy ze zaměstnání, ale včasná prevence v podobě hormonální substituční terapie jako kauzální léčby postmenopauzálního estrogen-deficit syndromu a to buď pouze estrogeny (estrogene replacement therapy – (ERT), nebo v širším pojetí hormone replacement therapy (HRT), kde je léčebné schéma doplněno o progestin. (28)

Co se týká vzdělání (viz.Tab2, s.48 ;Tab.3, s.49), téměř všichni respondenti mají odpovídající, občas vyšší vzdělání v oboru, k němu vyjma malého procenta respondentů (viz.Tab.4, s.51) i odpovídající pracovní zařazení a bez ohledu na případnou podporu ze strany zaměstnavatele mají respondenti rovněž možnost se nadále vzdělávat (viz.Tab.5, s.53). Nabídka vzdělávacích aktivit je spíše v kompetenci vedoucích pracovníků, kteří by měli volit takové vzdělávací programy, které by nejen rozvíjeli všestrannost zaměstnance a rozšiřovaly nabídku služeb daného zařízení, ale především a to na prvním místě, by měly odpovídat potřebám klientely v zařízení, tedy lidem s mentálním, popř. kombinovaným postižením, v těchto letech převážně mládeži, poněvadž současné Domovy pro osoby s postižením jsou v podstatě bývalé Ústavy sociální péče pro mládež a je pouze otázkou času, kdy tato zařízení budou řešit

generační a mezigenerační potřeby klientů a možné konfliktní situace plynoucí z mnohačetného a generačního společenství, pokud je nevyřeší samotná legislativa.

Návrh řešení

Potížím lze do jisté míry předejít, např. tím způsobem, že při aplikaci rodinného modelu se budou stávající domovy pro osoby se zdravotním postižením postupně přizpůsobovat svým vybavením (personálním, kapacitním i materiálním) klientům všech věkových kategorií a to tak, aby postiženým jedincům byl zajištěn plnohodnotný rozvoj v rámci zařízení, jehož realizace by byla na bázi rodinných bytových jednotek za přítomnosti všech složek uceleného systému rehabilitace.

V současnosti celoživotní vzdělávání pracovníků v sociálních službách nabízí v rámci projektu společnost HESTIA, metodické a vzdělávací centrum, které navíc v roce 2005 začala realizovat rovněž projekty:

- Vzdělávání inspektorů kvality sociálních služeb.
- Moderní vzdělávání pracovníků, orientované na dodržování standardů kvality sociálních služeb v návaznosti na zákon o sociálních službách.
- Management dobrovolnictví v zařízení sociálních služeb.

Pro všechny zájemce o celoživotní vzdělávání v oblasti sociálních služeb z řad odborné veřejnosti jsou připraveny podrobné, pravidelně aktualizované informace na www.cvss.cz.

Uvedená možnost vzdělávání zaměstnanců v sociálních službách je pouhým příkladem, jednou z mnoha možností jak si rozšířit své znalosti v oblasti péče o klienta

s postižením. V současnosti je nabídka škol i vzdělávacích institucí dostatečně široká, současně však též omezená možnostmi a chutí zaměstnance se dále vzdělávat (dlouhodobá působnost ve stávající profesi a s tím spojená averze vůči novým metodám, časová omezení dána vzdáleností vzdělávací instituce od místa bydliště popř. pracoviště ve spojení s náročným povoláním a většinou případech, poněvadž se jedná o zaměstnance – ženy, rovněž s péčí o rodinu a děti).

Pojem ergoterapie a ergodiagnostiky (viz. diskuse k tab. č.10, s.61 a Tab. č.12, s.65) se jeví mnohým respondentům nejasný, pokud je znám a v zařízení aplikován, je vnímán a chápán odlišně. Zejména co se týká ergodiagnostiky, výzkum potvrzuje, a tyto na základě dotazníkové metody a vlastního pozorování a dotazování v období cca 3 let (vyjma zařízení ADCH Fatima, kde je ergoterapie a ergodiagnostika hlavní náplní režimu dne klientů i zaměstnanců), že pokud kdy byla v ostatních zařízeních aplikována ergodiagnostika, tato proběhla:

- a) při diagnostice klientova postižení, což znamená, že u mnohých jedinců při přijetí do zařízení, kdy u klientů s celoročním pobytem mnohdy znamená, pokud v době jeho pobytu v zařízení nedošlo neočekávaným změnám jeho zdravotního stavu, i několik let
- b) popř. bylo hodnocení zbytkového ergoterapeutického potenciálu klientů ponecháno zcela na zaměstnancích, aniž by tito vlastnili potřebné kompetence k výkonu ergoterapeutické diagnostiky.

Návrh řešení

Faktem je, že v zařízeních jako jsou „domovy pro osoby se zdravotním s postižením“ těžko kdy bude přikládán na aplikaci ergodiagnostiky důraz, pokud tento pojem, resp. potřebnost znalostí zaměstnanců, v tomto oboru praktických i teoretických, nebude zahrnut jako součást standardů zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Přitom ergoterapie je aplikována prakticky v každém zařízení,

na mnoha úrovních, kdy jsou nabízeny klientům nejrůznější ergoterapeutické aktivity, včetně nácviku sebeobslužných činností, jejichž míra účinnosti na klienty je těžko měřitelná, neboť psychický činitel je nezaznamenatelný, pokud pracovník, jak již bylo řečeno výše, nemá potřebné kompetence.

Nejčastěji dochází k ergoterapeutickým činnostem v keramické dílně, kde práce s hlínou slouží k odbourání anxiозity, pro nevidomé a slabozraké je kompenzací poškozeného nebo chybějícího smyslu, pomáhá odbourávat agresivní jednání, rozvíjí představivost, je vhodná rovněž pro klienty s narušenou jemnou motorikou. Hledání a nacházení tvaru je tedy vhodné jak pro klienty s poruchou elasticity, tak i pro depresivní a nevidomé klienty. Toliko teorie, vzhledem k tomu, že jsem v jednom ze zkoumaných souborů pracovala a zároveň měla možnost srovnávat ergoterapeutické aktivity i v jiných zařízeních.. Jsou to právě terapeutické dílny, kde jsou soustředěni klienti tzv. schopnější, ve smyslu pracovních i mentálních schopností, tvorby. Zaměstnanec se věnuje skupině cca 4 až 6 osob, někdy více. V případě, že součástí této skupiny je klient se sklony k agresivitě, většinou se mu možnosti této formy nenabízí a rovněž je i dalšími klienty ve skupině odmítán, přitom by tato činnost byla pro něj prospěšná. Rovněž klienti s postižením zraku či sluchu jsou do skupin přijímáni spíše vyjimečně, ačkoliv by jim tato ergoterapeutická aktivita prospěla i ve smyslu sebevyjádření. Bohužel takto postižení jedinci vyžadují mnohem větší nároky na zaměstnance, neboť tento jim musí při terapiích věnovat podstatně větší pozornost než ostatním jedincům v pracovní skupině. Tím dochází k napětí, ostatní členové ve skupině nejsou schopni dokončit svou práci bez pomoci či rady zaměstnance a sám zaměstnanec může pociťovat frustraci z nedokončených výsledků, popř. zažívat pocity vlastní neschopnosti skupinu zvládnout.

(viz.Tab.18, s.77 ;Tab.11, s.63 ;Tab.13, s.67 ;Tab.14, s.69 ;Tab.17, s.75)

Samotní klienti, výše vedené, a v podstatě jakékoliv z aktivit, které představují změnu stereotypního režimu dle standardů daného zařízení přijímají s radostí a ve velké většině se na tyto aktivní změny těší.

Ať už z nedostatku finančních možností, s nímž se mnohá zařízení v současnosti potýkají, či jiných důvodů jakým je např. neznalost významu ergoterapie pro klienty (viz. konfrontace tabulek Tab. č.10, s.61 a č.12, s.65), týkající se protichůdných výsledků v chápání pojmu ergoterapie u zaměstnanců), za účelem zlepšení stávající situace by bylo na místě provést podrobný personální průzkum všech pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením a v případě obdobných výsledků jaké jsou součástí této práce, doplnit personálně a to především legislativně, tato zařízení o ergoterapeuta, aby se předešlo případným chybám v integraci klientů.

Všechna zkoumaná zařízení mají ve svých standardech zakotveno ono naplnění bio – psycho – sociálních potřeb klienta. V případě ergoterapeutických aktivit však nastávají mezení, které vytváří jednak postižení klientů, jednak schopnost zaměstnance – jednotlivce zvládnout současně roli ergoterapeuta, vychovatele, psychoterapeuta, zdravotníka, pokud se jedná o práci v terapeutických dílnách a především o práci se skupinou jedinců s postižením. Vzhledem k postižením klientů lze odůvodněně předpokládat, že i tito mají právo seberealizace, co se týká ergoterapeutických skupin i za cenu činnosti v izolaci, v důsledku individuálního postižení uživatele.

Proto by měla stávající zařízení umožnit klientům prostor i zaměstnancem pro nabízené aktivity, kde by směly pracovat samostatně, pouze pod dohledem zaměstnance. Samotní zaměstnanci v přímé péči o klienta by měli být proškoleni v práci se skupinou postižených jedinců, nejen pracovníci sociálních služeb, kteří mají při své denní pracovní činnosti, jak vyplývá z výzkumu, v péči největší skupiny klientů (někdy se jedná až o 30 členů), ale rovněž by měl být proškolen i zdravotnický personál zařízení a odborníci jako ergoterapeuti a fyzioterapeuti ve spádových oblastech péče o klienta s mentálním a kombinovaným postižením a další externí pracovníci pravidelně spolupracující s „domovy“ ve smyslu přímé péče o klienty (viz.příloha č.4).

Z výzkumu vyplývá, že většina dotazovaných respondentů pracuje denně s menší či větší skupinou klientů. Jedná se o osoby převážně s mentálním postižením,

fyzickým či kombinovaným postižením. Výjimkou jsou zaměstnanci zařízení ADCH Fatima, kteří, i když se každý věnuje skupině cca 6 klientů denně, pracují jednak s početně menší skupinou a na základě ergoterapeutických aplikací i jednotlivě, vzhledem k míře postižení klienta, neboť jsou to lidé s poraněním míchy, dále osoby s DMO (dětskou mozkovou obrnou). I když se jedná v převážné většině o fyzické postižení, popř. lehké mentální postižení, kdy klient je ve srovnání s klientem Domova pro osoby se zdravotním postižením schopen alespoň na čas soběstačnosti. Zde je nutno zamyslet se nad skutečností, že v oblasti soběstačnosti klienti Domovů jakoby ustrnuli na mrtvém bodě, zajisté nemalou zásluhou mentálního postižení. Přesto je třeba brát v úvahu i možnost, že tento nedostatek v bio-psycho-sociálním rozvoji klienta Domova je způsoben chybějící, popř. nedostatečnou ergodiagnostikou.

Ostatní zkoumané soubory, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, sdružují v převážné většině klienty s mentální retardací, rovněž jsou mezi klienty jedinci s přidruženými poruchami jako např. DMO, se sluchovými a očními vadami, popř. kombinovaným mentálním a somatickým postižením Tito jedinci trvale zaostávají ve svém vývoji a v podstatě zůstávají uvězněni, dle stupně postižení, v určité fázi dětského věku, alespoň co se intelektu týká. Přestože v současné době, a zároveň jak ze samotného výzkumu vyplývá, mají dostatek možností rozvoje prostřednictvím nejrůznějších aktivit zprostředkovaných ve zkoumaných zařízeních, jedná se spíše o udržení stávajících schopností, resp. psychomotorického maxima, kterého v souvislosti s postižením mohou dosáhnout (viz. Tab. č.11, s.63 ; č.13, s.67 ; č.14, s.69 ; č.17, s.75) (viz. příloha č.4).

V jednotlivých zařízeních funguje pevný režim, aby si jedinci s postižením osvojili základní hygienické a společenské návyky. Patří sem samozřejmě i nácvik sebeobslužných činností a zde už je třeba o těchto uvažovat z ergoterapeutického hlediska, poněvadž i pouhá neodborná empatie pracovníka, především pracovníka sociálních služeb, může fungovat jako „nosič“ nežádoucích návyků a postojů, často založený na vlastní zkušenosti a zvyklostech zaměstnance.

Každodenní program klientů v zařízeních je přesně načasován od probuzení až do doby, i tato je zpravidla pevně stanovena, než ulehnu na lůžko. Součástí pevného režimu je samozřejmě i jakési osobní volno, čas k hrám, odpočinku, koníčkům (viz.Tab.13, s.67). V mnoha případech, zejména pokud se jedná o závažnější formy mentální retardace, často si klienti nepamatují, co dělali před hodinou, natož formu zábavy, kterou by mohli uplatnit ve volném čase. Tím dochází k nečinnosti, která je ve skutečnosti handicapem zaměstnanců, kteří by měli působit jako facilitátoři a poskytnout těmto osobám nejvhodnější, tj. pro ně přijatelnou formu volnočasové terapie.

Na základě výzkumu, pozorování a vlastní praxe, zaměstnanci, v mnoha případech skuteční odborníci v oboru, v době tzv. odpočinkové fáze klienta pracují na bázi empatického přístupu, kdy nabízí klientovi možnost volby: „Co bys rád ve svém volném čase dělal?“, případně mají klienti stereotypní aktivity.Vyjma speciálních pedagogů a vychovatelů, většina zaměstnanců v této fázi klientova režimu pracuje na základě vlastních zkušeností s herní terapií, tj. zkušenosti s vlastními dětmi, vlastní hry z dětství, což by nebylo na závadu, pokud by tato skutečnost byla v rovnováze s odborností a praktickými zkušenostmi zaměstnance.

(viz. Tab. č.2, s.48 – z níž vyplývá, že) většina respondentů je středoškolského vzdělání, bez odborných znalostí v problematice a orientace zaměstnance v oboru spočívá ve vlastních praktických zkušenostech, což je ne vždy dostačující potenciál pro klienty.

4 Závěr

Výsledky výzkumu přinesly následující informace.

Psychoterapeutický potenciál ergoterapie v Domovech pro mládež s postižením má přímou souvislost s psychoterapeutickým potenciálem zaměstnance, jeho možnostmi vzdělávání se, ale rovněž úzce souvisí s frustrační tolerancí a atmosférou vztahu zaměstnance a klienta s postižením. V tomto případě lze oprávněně tvrdit, že zaměstnanci při péči o klienta jsou prostředníky přenosu v ergoterapeutickém procesu, měli by tedy být osobami s patřičným stupněm odborného vzdělání a současně vlastníky morálně volných vlastností, aby ergoterapeutický proces proběhl na nejvyšší možné úrovni. Zaměstnanci v přímé péči, a nejen oni, ale všichni lidé pečující o osoby se zdravotním postižením, jsou ohroženi náročností této profese, která představuje fyzickou i psychickou zátěž pro pečující osoby. Snad nejčastější z nich, vyhoření, lze předcházet několika způsoby, kdy prioritou zůstává postoj pečujícího k sobě samému, tj. své problémy na pracovišti si přiznat a nejlépe, konzultovat s okolím, střídat se v péči o problematické klienty a využít tento čas pro oddech a načerpání nových sil. Výsledky potvrzují, že zaměstnanci ve stávajících zařízeních používají nejrůznější formy relaxace, ale přesto je zde občas patrný neurotismus a napětí, což je z velké míry způsobeno, jak z výzkumu vyplývá, početně většími skupinami klientů s postižením, s nimiž zaměstnanec pracuje. Zaměstnanec se v důsledku při ergoterapeutických činnostech není schopen věnovat dostatečně každému jedinci. V oblasti ergoterapeutických aktivit je tento jev zřetelný o to více, že veškerý potenciál, tedy i negativní emoce a napětí, je v rámci terapeutického působení přenášen na klienta, který se není schopen soustředit na vykonávanou činnost. V důsledku dochází k útokům ze strany klienta a současně strachu z ohrožení na straně zaměstnance. Dochází k celkovému snížení kvality služby.

Řešení se nabízí ihned několik (viz. jednotlivé diskuze), ovšem centrální vliv na tuto chybu v systému sociálních služeb může mít pouze a jen samotná legislativa, která má moc ustanovit a pevně ukotvit pravidla.

Do všeobecných standardů zařízení stanovit maximální počet klientů, kterým se může zaměstnanec věnovat v rámci pracovního procesu, poněvadž pokud toto rozhodnutí budou mít v kompetenci samotná zařízení, bude ovlivněno ve velké míře ekonomickou situací, která nemusí být vždy příznivá. Zároveň stanovit povinnost zařízení aktualizovat výběr, nabídku a možnostmi ergoterapeutických aktivit.

Za účelem zlepšení stávající situace by bylo na místě provést podrobný personální průzkum všech pobytových zařízení pro osoby s postižením a v případě obdobných výsledků jaké jsou součástí této práce, doplnit personálně o ergoterapeuta a provést legislativní úpravu ve standardech zařízení, čímž lze předejít chybám v poskytování služby, mezi které patří omezený výběr ergoterapeutických aktivit (časem, režimem v zařízení), nízká úroveň odborných znalostí z oboru ergoterapie u zaměstnanců v přímé péči a minimální aplikace ergodiagnostiky.

Rozvoj „*psychoterapeutického potenciálu ergoterapie*“ je podmíněn odborností a empatickým přístupem zaměstnance ke klientovi a na dobrovolném rozhodnutí jedince s postižením tu kterou činnost konat.

Seznam použité literatury

1. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2005. 103 s. Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-826-X.
2. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1.vyd. Praha: Triton, 2001. 158 s. ISBN 80-7254-192-7.
3. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
4. VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 340 s. ISBN 978-80-247-1315-1.
5. VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2006. 1.vyd. 150 s. ISBN 80-7178-586-5
6. TUČEK, J., CHODURA, V. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
7. KRÍŽ, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2005. 127 s. ISBN 80-7040-724-7.
8. KRÁL, V. et al. *Malý encyklopedický slovník*. 1. vyd. Praha: Akademia, 1972. 1456 s.
9. CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta JU, 2000. ISBN 80-7040-409-4.
10. PREKOP, J. *Empatie*. Praha: Grada, 2004. 131 s. ISBN 80-247-0672-5.
11. DORNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
12. HROMÁDKOVÁ, J. et al. *Fyzioterapie*. 1.vyd. Jinočany: H&H, 2002. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.
13. PIPEKOVÁ, J. VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 1. vyd. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7.
14. ZÁKON č.108/ 2006 Sb. O sociálních službách.

15. RŮŽIČKA, J. *Péče o duši v perspektivách psychoterapie*. Praha: Triton, 2003. 240 s. ISBN 80-7254-312.
16. HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient*. Praha: Galen, 2005. 180 s. ISBN 80-7262-367-2.
17. BEZDĚK, C. *Etikoterapie, záhada nemoci a smrti*. Olomouc: Fontána, 2007. 293 s. ISBN 80-7336-370-4.
18. ZEIG, K. *Umění psychoterapie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2005. 710 s. ISBN 80-7178-972-0.
19. WÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
20. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetřovatelství*. 1 vyd. Frýdek-Místek: Institut bazální stimulace, 2005. 100 s. ISBN 80-239-6132-2.
21. Ergoterapie [online]. c2006 [cit. 2007-11-25].
22. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
23. Domov pro osoby se zdravotní postižením Javorník.[online]. [cit. 2008-04-14]. Dostupné z www: <<http://javornik.zde.cz>>.
24. Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník. [online]. [cit. 2008-04-28]. Dostupné z www: <<http://jaryn.nwt.cz/usp>>.
25. Domov pro osoby se zdravotním postižením V Mariánské. [online]. [cit. 2008-04-28]. Dostupné z WWW: <<http://www.kr-karlovarsky.cz/obce/Mariánská>>.
26. Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad.[online]. [cit. 2008-24-28]. Dostupné z www: <<http://www.ouss-uh.cz/usp/uspmvelehrad.htm>>.
27. ADCH Fatima [online]. [cit. 2008-04-28]. Dostupné z www: <<http://charita-adopce.cz/>>.
28. BAMBAS, M. Postmenopauza a HRT. *Medicina* [online]. Říjen 2001 [cit. 2008-04-09]. Dostupné z www: <<http://www.zdrava-rodina.cz/med/med1001/med1023.html>>.
29. LENOCHOVÁ, E. Syndrom vyhoření u pečujících o rodinné příslušníky. *Sociální péče* 2008, č.1, s.24-25, ISSN 1213-2330.

30. ADLAM, E.; AINLEY, H.; ALDRIDGE, S. *Rodinná encyklopedie medicíny & zdraví*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 2006. 672 s. ISBN 80-86880-20-6.
31. VYHLÁŠKA č.424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
32. KRYSKI, M. Ergodiagnostika a zaměstnávání osob se zdravotním postižením v Českých Budějovicích, 2007. České Budějovice, 2007. 89 s. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské university. Vedoucí diplomové práce Jiří Jankovský.

Key words:

1. Home
2. Homes for people with disabilities
3. Empathy
4. Occupational therapy diagnostics
5. Occupational therapy
6. Psychotherapeutic potential
7. User

Přílohy

Příloha č.1: Seznam zkratk

Příloha č.2: Bazální stimulace cestou empatie

Příloha č.3: Skupinová práce s klienty a herní terapie

Příloha č.4: Dotazník

Příloha č.5: Domov a jeho standardy

Příloha č.6: Terapeutické možnosti aktivizačních činností pro klienty

Příloha č.7: Rekreační pobyty klientů

Příloha č.1: Seznam zkratk

IC FDH	- International Classification of Functioning Disability and Helth
DOZP	- Domov pro osoby se zdravotním postižením
ADCH	- Arcidiecézní charita

Koncept bazální stimulace

Úvodní slovo

Umožňuje lidem s postiženým vnímáním a poruchami hybnosti zlepšovat svůj zdravotní stav a to cílenou stimulací smyslových orgánů.

Lidský mozek disponuje schopností uchovávat své životní návyky v paměťových drahách ve více svých Egonech a to nám dává šanci cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost, to rovněž umožňuje vznik nových spojení dendritů v mozku a novou neuronální organizaci v určitých regionech mozku.

Cílem bazální stimulace je podpora a umožnění vnímání tak, aby u postižených docházelo k:

- podpoře vlastní identity
- umožnění navázání komunikace se svým okolím
- zvládnutí orientace v prostoru a čase
- zlepšení funkcí organismu

na podkladě myšlenky „život je možný pouze ve vztahu“.

Koncept vychází z těchto principů:

1. Smysly vnímání se vytvářejí postupně
2. Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení
3. Člověk formuje jeho zkušenosti
4. Člověk vnímá tak dlouho dokud dýchá
5. Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat = mrtvolný reflex.

Bazální stimulace umožňuje klientovi, aby

- cítil hranice vlastního těla

- měl zážitek ze sebe sama
- cítil okolní svět
- cítil přítomnost jiného člověka

BS umožňuje člověku poznat a akceptovat vlastní hranice.

Postižení vibračního, vestibulárního, auditivního, olfaktorického, taktilně haptického, optického vnímání ...vede:

- k chybné interpretaci reality
- zmatenému jednání, chování
- neschopnosti kvalitně komunikovat se svým okolím a vyjádřit tak své potřeby, což vede k deprivaci z nedostatečné saturace potřeb, strachu až smrtelnému reflexu, neklidu (odstranění permanent. Katetru, svlékání se,..)

Celkově:

Ztráta schopnosti pohybu vede k sensorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizace neuronální sítě. Vznik nových dendritických spojení mezi neurony podmiňuje neustálý přísun podnětů z okolí i vlastního těla.

BS se snaží tyto podněty člověku zprostředkovat stimulací jeho smyslových orgánů.

Doteky

- ruce jako ošetřující médium – terapeutické působení – forma poskytování komunikace mezi lidmi
- diskuze: nečekané a necílené dotyky – pocit nejistoty a strachu

- iniciální dotek – zahajující a ukončující – zřeteln a přiměřeného tlaku.
- vhodná místa: rameno, paže, ruka + verbální podpora – informovat o doteku

Komunikace

Tělesný a duševní život člověka je proces závislý na výživě, péči, podnětech a to v interakci s pohybem, vnímáním, komunikací a sociálním prostředím.

Znovu: ztráta schopnosti pohybu vede k senzoričné deprivaci a k nedostatečnému vzniku nových dendritických spojení a organizace mozku.

Komunikace – médium:

- základní: řeč a písmo
- dále:
- somatická komunikace
- vibrační komunikace
- vestibulární komunikace
- olfaktorická komunikace
- orální komunikace
- optická komunikace
- taktilní komunikace

Terapeut:

Dle vlastního citu zaznamenávat reakce klienta – tyto mohou být ve zcela nepatrných niancích..

Znaky příjemného pocitu, otevření se okolí:

- mžikání očima
- hluboký dech, vzdychání, sténání, bručení

- otevírání očí a úst
- pousmání, úsměv
- uvolnění svalového tonu, mimiky a pohybů
- klidné pohledy do okolí a na poskytované stimulační elementy

Znaky nepříjemného pocitu, uzavření se do sebe:

- zavírání očí a úst, blednutí
- neklidné, nepravidelné dýchání
- pláč, křik, sténání
- zvýšení svalového tonu, křečovitě držení těla, křečovitá mimika a pohyby
- reakce signalizující obranu, odvrácení se a gesta proti osobám, předmětům
- všeobecný motorický neklid a stereotypní chování
- manipulace na vlastním těle a sebepoškozování se

Diskuse:

1. Jaký způsob doteků je Vám příjemný nebo nepříjemný?
2. Jakou roli ve vašem životě hrají doteky?
3. Jakou máte zkušenost z dětství?
4. Jaká je k tomuto tématu výše osobní rodinná biografie?
5. Jaký způsob doteků vám činí nejmenší problémy?
6. Jaký přikládáte dotekům význam ve vašem životě?

Desatero bazální stimulace

1. Přivítejte se a rozlučte s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek)
3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídali významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza)
7. Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s klientem se snažte redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožníte klientovi reagovat na vaše slova.

Zahájení terapie

Naplňt předpoklady kvalitního doteku: - klid, způsob a význam kontaktu, vyvinutá síla, tlak, sled = vcelku poskytuje jistotu a umožňuje orientaci

Základy somatické stimulace

Čemu je třeba se vyhnout při terapii:

- nejistota, strach, nedostatek času, bolest, porucha senzibility, matoucí informace, hluk, chlad

- obranné reakce – jsou vždy nežádoucí a můžeme jim zabránit dodržováním těchto pravidel:
- omezujeme dotyky letmé krátkodobé
- uspěchané činnosti omezovat, ve spěchu poskytujeme nejasné informace, které vyvolávají pocity nejistoty
- dotek musí být klidný, proveden celou plochou ruky, ne jen prsty
- po celou dobu pracovat s určitým tlakem, který musí být konstantní
- ritualizovat po dohodě s pacientem/obyvatelem iniciální dotek.

Další témata – formy terapie: Pracovní plán schůzek

1. Zklidňující somatická stimulace (celková zklidňující koupel)
2. Povzbuzující somatická stimulace (celková povzbuzující koupel)
3. Neurofyziologická somatická stimulace (neurofyziologická koupel)
4. Rozvíjející somatická stimulace (rozvíjející koupel)
5. Diametrální somatická stimulace (diametrální koupel)
6. Polohování – mumie, hnízdo, mikropolohování
7. Masáž stimulující dýchání (MSD)
8. Kontaktní dýchání, kontaktní dýchání s vibrací

Všechny typy somatické stimulace lze aplikovat s použitím různých medií (na sucho, jako koupel na lůžku, ve vaně, s použitím různých druhů materiálu ...)

Klienti si na příště přinesou:

- např. žínky, froté ponožky, pleťová mléka, dětské oleje, lufa žínky..)

Příklady: Terapie č.1

Celková tělesná koupel

- dotýkat se klientova těla oběma rukama – modelujeme formu tak, abychom mu poskytli informace o jeho těle
- intimní místa můžeme umýt kdykoliv během dne (i obličej) a teď vynecháme
- předem eliminujeme rušivé elementy (klid a optimální teplota v místnosti)

- jedna koupel je poskytována jedním ošetřujícím
- délka koupele 15-20 min.
- během koupele bychom neměli hovořit se třetí osobou

Možné reakce klienta, které můžeme přehlédnout:

Změna hemodynamiky – změna tepové frekvence

_ změna krevního tlaku

_ změny na periférii těla (naježení chlupů, změna svalového tonu,..)

Změny sekrece – zvýšená salivace během uvolnění

- kašel z důvodu zvýšené tracheální sekrece
- slyšitelná střevní peristaltika
- změna sekrece potu

Terapie č.2

Celková koupel zklidňující

Každý chlup, vlas je u kořene obklopen nervovou pletením, která registruje jeho pohyb a dodává tuto informaci dále do mozku. Pohyby ve směru chlupů podávají zcela přesnou informaci o tělesné formě a působí zklidnění.

Cíle koupele: - tělesné uvolnění, redukce neklidných stavů, stimulace vnímání vlastního těla

Indikace:

- neklidní, hyperaktivní lidé
- klienti s pocitem úzkosti, strachu
- klienti s tachykardií
- klienti se zvýšeným svalovým tonem

- klienti s poruchami spánku
- při bolestech a preoperativních stavech
- klienti v dospávací fázi po narkoze
- klienti ve fázi probouzení se a po komatózních stavech
- klienti s Mobil Parkinson
- klienti s Morbus Alzheimer
- při změnách vnímání tělesného obrazu /schématu

Materiál: vodo 37-40 stup., 4-6 žínek (popř.jen2), 2-3 ručníky (popř.jen 2)

Postup

Klienta informujeme o zahájení koupele adekvátně jeho stavu. Začínáme na hrudníku a pokračujeme na končetin, myjeme vždy ve směru chlupů – postupujeme od hrudníku přes paže až k jednotlivým prstům, potom nohy a také jednotlivé prsty. Záda myjeme v poloze na boku a postupujeme směrem od páteře k zevní straně trupu .

Obličej a genitál buď necháme na jindy, umyjeme formou asistované koupele.

Ošetřujeme stejně jako jsme myli, tedy ve směru chlupů, vyvíjíme dostatečný tlak a to dostatečně dlouhou dobu, Po umytí pacienta přikryjeme necháme odpočívat.

Biografická anamnéza dle konceptu bazální stimulace

1. Sociální situace, zaměstnání.
2. kdo může a kdo nemůže navštěvovat,
3. jaký je typ (klidný, živý, potřebuje kolem sebe dění)
4. jak slyší,
5. jak vidí, potřebuje brýle
6. denní rytmus,
7. pravák, levák
8. doteky, které má rád,
9. jak spí, poloha, přikrývky,
10. jak si čistí zuby, jak se holí,
11. co jí rád/nerad
12. co pije rád/ nerad
13. které zvuky poslouchá rád (rádio, TV, hudba)
14. upřednostňuje některé materiály
15. oblíbené vůně
16. co dělá, když má bolesti
17. co dělá, aby se cítil dobře (hudba, osoby, klid, káva,..),
18. ostatní sdělení,
19. důležitý zážitek v poslední době

Příloha č.3: Technika skupinové práce

Člověk, který vede skupinu, může být nazýván terapeut, facilitátor, vedoucí, učitel, sociální pracovník, skupinový pracovník.

Skupinová práce v zařízeních sociální péče je přínosná z několika důvodů:

- Skupinová práce poskytuje vhodné zázemí (možnost procvičovat sociální učení)
- Lidé s podobnými potřebami si mohou poskytnout vzájemnou podporu a pomáhat si při řešení problémů
- Členové skupiny se mohou poučit ze zpětné vazby od ostatních: „Je zapotřebí dvou, abychom viděli jedno“..
- Členové skupiny si mohou vyzkoušet nové role, vidí jak ostatní reagují (návěst role) a mohou v nich být podpořeni a posíleni
- Skupiny mohou být katalyzátorem vývoje skrytých zdrojů a schopností
- Skupiny více vyhovují určitým jedincům, např. těm, pro které je intimita individuální práce příliš intenzivní
- Skupiny mohou být demokratičtější a dělit se o moc a zodpovědnost
- Některé terapeutů může skupinová práce uspokojovat více než práce individuální
- Skupina může být ekonomický způsob jak využít odborné znalosti a pomáhat několika lidem najednou.. .

Přesto existují nevýhody skupinové práce:

- Zachování důvěrnosti je obtížnější, protože je zapojeno více lidí
- Skupiny potřebují zdroje a jejich organizování je obtížnější
- Členům skupiny je poskytováno méně individuální pozornosti
- Skupina může snadněji někoho označkovat, dát mu „nálepku“(labeling), které se pak obtížně zbavuje
- Klienti se mohou vyhnout rozhovoru o nepříjemných tématech, protože se za někoho schovají.. .

Role technik ve skupinové terapii.

Na první pohled lze všechno, co terapeut při práci se skupinou použije, považovat za techniku, např. mlčení, návrh na vyzkoušení nového druhu chování nebo jednání, vybídnutí klienta, aby se hlouběji zamyslel nad konfliktem, který prožil, udržování očního kontaktu, uspořádání židlí či křesel, nabídka možných reakcí, interpretace.

Pojem technika používáme k označení terapeutovi přímé a jednoznačné žádosti adresované klientovi za účelem hlubšího zpracování situace, zintenzivnění emočního prožívání, nácviku chování, zprostředkování vhledu.

Efektivní vedení skupiny je podmíněno „správnými“ technikami, které se použijí ve správnou chvíli. Bylo ověřeno, že nejefektivnější techniky pramení z práce s konkrétními klienty a jsou šity na míru situacím, které nastávají při skupinovém sezení.

Pokud předpokládáme, že techniky dokáží prohloubit již existující pocity, tak by tyto měly pramenit z toho, co je přítomno a co se odehrává. Např. řekne-li někdo „připadám si osamělý“, je vhodné do práce zapojit techniku, která by mu pomohla při další práci s tímto pocitem.

Správné načasování při volbě technik souvisí úzce s odhadem, zda jsou klienti ochotni a schopni vzdát se svých obran. Nátlak na uvolnění obrany bez zohlednění klientových potřeb sebou přináší riziko potenciální duševní újmy. Klienti, kteří se v takové situaci ocitnou, pochopitelně vstupují do odporu.

Volba jednotlivých technik by měla respektovat i osobnost jednotlivých klientů, aby mohlo dojít k autentickému setkání lidských bytostí (terapeut a klient).

Techniky by rovněž měly respektovat kulturní zázemí klientů, tj. tyto modifikovat, aby naplnily potřeby členů skupiny, pak je rovněž možné, že respektování rozdílů mezi členy a ochota učit se od nich se stane nejdůležitějším základem, na němž terapeut postaví pilíře skupinové terapie.

Kompetence pro práci se skupinovými technikami.

Patrně nejzákladnější etický aspekt skupinových technik se týká stupně kompetence terapeuta. Bez supervize nebo vedení by neměl používat techniky, pro něž nemá výcvik, k nimž není způsobilý a k jejichž aplikaci nemá dostatečné zkušenosti.

Etický standard ASWG ke kompetenci terapeuta uvádí:

„Skupinový terapeuti musí mít základní povědomí o práci se skupinou a o zákonitostech skupinové dynamiky; měli by dosáhnout základní praktické dovednosti při práci se skupinou, uvedené v profesních standardech ASWG pro výcvik skupinových terapeutů. Skupinový terapeuti by dále měli mít absolvovaný výcvik ve specializované oblasti práce se skupinou (psychoterapie, poradenství, psychoedukace; viz. Standardy ASWG pro výcvik)“.

Nejdůležitější etický aspekt terapeutické práce zní, že techniky mohou mít při nevhodné či necitlivé aplikaci škodlivé až zhoubné důsledky. Chybně užití techniky totiž mohou poškodit klienty tělesně i duševně.

Řada problémů v pracovní fázi skupiny vzniká v důsledku nedostatečné přípravy. Výsledkem je nejasné vnímání skupiny i účast v ní. Těmto problémům se lze vyhnout např. vyvíjením vlastních přípravných technik.

V úvodní fázi skupiny má terapeut několik klíčových úkolů. Měl by klientům připravit prostředí, které pozitivně přispívá k rozvoji důvěry, citlivě zacházet se strachem, úzkostí a očekáváním klientů; měl by si být vědom přetrvávajících reakcí a

pocitů; měl by vést členy k tomu, aby o takových pocitech a reakcích ohledně skupiny hovořili; měl by povzbuzovat členy k tomu, aby emoce projevovali ve větší míře, než to běžně dělají. Nejsou-li obavy a výhrady klientů řešeny přímo a na samém začátku skupiny, bezesporu se vynoří překážky na cestě vedoucí k rozvoji soudržnosti, která by měla skupinu stmelovat. Pokud se nebude terapeut zabývat obavami členů, které jim brání v plnohodnotné účasti, uvízne komunikace na mrtvém bodě. (4)

Hra, individuální i skupinová terapie.

Jednou z nejčastěji používaných forem terapie je, a to zejména u dětí, *hra, kterou lze prakticky vždy zařadit do ergoterapeutických aktivit, ať už na bázi slova, nebo koncipovanou v přímou činnost, aktivitu - „hra neomezuje, pouze jedinec sám může být omezen“*. Hra sama o sobě může nést prvek terapie a současně působit na klienta i na zaměstnance (terapeuta), kdy záleží především na tom, jakou formu hry zvolí.

Hra v sobě zahrnuje mnoho druhů činností, jež spojuje pocit nejasnosti a radosti, známý jako hravost. Vlastnosti hry lze shrnout do několika následujících bodů:

- Hra je vždy potěšením a zábavou
- Hra nemá žádné vedlejší cíle, je ve své podstatě neproduktivní
- Hra je spontánní, Dobrovolná a je volena svobodně
- Hra vyžaduje ze strany hráče aktivní účast
- Hra se vztahuje k tomu, co hrou není – tj. zavazuje učitele a terapeuty, neboť je dobře známo, že hry dětí bývají spojovány s učením se jazyku a ostatním kognitivním dovednostem současně s procvičováním sociálních rolí.

Příloha č.4: Dotazník

1. **Jaké je Vaše pohlaví?** (vyhovující podtrhněte) muž/žena
2. **Jaké je Vaše vzdělání?**
3. **Jaké je Vaše pracovní zařazení?**
4. **Je Vaše kvalifikace v souladu s Vaším pracovním zařazením?** (vyhovující podtrhněte) je v souladu s .../ je vyšší ../ je nižší než prof.požadavky../
5. **Máte možnost se vzdělávat a rozvíjet své vědomosti bez ohledu na případnou podporu Vašeho zaměstnavatele?**(vyhovující podtrhněte) ano / ne
6. **Jste spokojen se svým pracovním zařazením?** (vyhovující označte)
 - Spokojen velmi
 - Spokojen
 - Nespokojen
 - Velmi nespokojen
7. **Jak dlouho pracujete ve stávající profesi?** (uved'te celkově i v případě dřívějšího zaměstnavatele)
8. **Uved'te nejčastější druhy postižení uživatelů, kterým se v průběhu pracovního procesu věnujete:**
9. **Uved'te množství uživatelů, kterým se v průběhu pracovního procesu věnujete:**.....
10. **Je Vám znám pojem „ergoterapie“ v souvislosti s léčebnými prostředky rehabilitace?** Ano / ne
11. **Mají uživatelé v rámci zařízení možnost realizovat(vyhovující označte)**
 - Rukodělné činnosti (práce s hlínou, textilem, se dřevem, výtvarná činnost)
 - o Pravidelnou tělesnou aktivitu, cvičení – pokud ano, jmenujte druh:.....
 - o V rámci režimu v zařízení výuku zvládnání běžných činností
12. **Je ve Vašem zařízení realizována ergodiagnostika?** ano / ne
13. **Používáte hry jako jednu z forem terapie při práci s klienty?** Pokud ano, označte, popř. popište konkrétní formu her: manipulační, funkční , receptivní, napodobovací,.....

14. Označte (podtrhněte další terapeutické služby (činnosti), které poskytuje Vaše zařízení uživatelům:

- Léčebná výchova soběstačnosti, ergoterapie
- Léčebná tělesná výchova, fyzioterapeutické služby
- Psychoterapie
- Muzikoterapie
- Sportovní a rekreační činnosti
- Jiná (popište):

15. Podílíte se na poskytování výše uvedených služeb a činností jako (vyhovující označte)

- Sociální pracovník(ce)
- Pedagogický pracovník(ce)
- Zdravotnický pracovník(ce)
- Pracovník(ce) v sociálních službách

16. Je součástí Vašeho zařízení terapeutická dílna? Ano / ne

17. Věnují se uživatelé zařízení práci na zahradě (vyhovující podtrhněte)

- Zahradním pracím se věnují v rámci zařízení
- Zahradním pracím se věnují mimo zařízení
- Vůbec nepracují na zahradě

18. Setkáváte se na pracovišti s pocity strachu a úzkosti?

- U zaměstnanců: ano / ne
- U uživatelů: ano / ne
- **Pokud ano,** uveďte, s čím jsou nejčastěji tyto pocity spojeny?.....

19. Uveďte formy(formy) odpočinku, kterou volíte Vy sám (sama) v případě fyzické a psychické únavy a pocitu vyčerpání:

Příloha č.5:

Domov pro osoby se zdravotním postižením a jeho standardy kvality služeb.

(Tyto standardy jsou značně zkrácenou verzí standardů jednoho ze zkoumaných zařízení a současně ukázkou či souhrnem toho, co je jejich hlavním obsahem. S největší pravděpodobností se příliš neliší od standardů ostatních Domovů pro osoby se zdravotním postižením, neboť jak již bylo řečeno výše, východiskem jsou „Standardy kvality sociálních služeb – MPSV 2002. ISBN 80-86552-23-3.“)

Domov se snaží při své činnosti zajistit profesní růst týmu a jednotlivých pracovníků tak, aby jejich dovednosti a schopnosti pomáhaly při plnění cílů uživatelů, přičemž respektuje všechny zákonné normy a předpisy vztahující se k činnosti a následné funkčnosti samotného zařízení. DOZP má definovanou a pravidelně aktualizovanou organizační strukturu, která je známa všem pracovníkům případně uživatelům, je dán jasný systém kompetencí a míra zodpovědnosti. Domov má zpracovány potřebné interní směrnice, pokyny a řády pro práci v zařízení.

Každý pracovník domova má písemnou formou vymezeny pracovní povinnosti a k jejich plnění se zavazuje podpisem při nástupu do pracovního poměru. K dané funkci se vztahuje vždy požadovaná výše kvalifikace. Po nástupu do zaměstnání je pracovník proškolen a prochází zkušebním obdobím (3 měsíce), v němž jsou ověřovány jeho předpoklady pro výkon práce a perspektiva jeho setrvání v pracovním poměru.

Případné zájemce o práci na úsecích přímé péče o uživatele příslušný vedoucí pracovník seznámí s problematikou práce, prostředím a koncepcí zařízení, přičemž jedním z předpokladů vzniku výše uvedeného pracovního poměru je nejen morální a trestní bezúhonnost zaměstnance, ale zároveň i kladný vztah k problematice péče o postižené osoby a přijetí principu celoživotního vzdělávání. Pracovníci jsou členy týmu

zajišťující služby uživatelům na jednotlivých úsecích. Týmy jsou tvořeny následujícími pracovními pozicemi:

Vedoucí zařízení, vrchní setra, sociální pracovníce, ekonom, skladník, SZP (sociálně zdravotnický personál), vychovatel, PSS (pracovník sociálních služeb – dříve sociální péče), kuchařka, uklízečka, prادلena, údržbář.

Stanovený počet zaměstnanců odpovídá kapacitě zařízení a činí 40x plných úvazků. Přijímání nových pracovníků se děje na základě požadavku vedoucího zařízení s následným průběhem:

- Stanovení požadavků na nového pracovníka.
- První kontakt, studium doložených materiálů, pohovor.
- Rozhodnutí o přijetí (vždy na zkušební dobu).

Personální plán je zpracován při přípravě rozpočtu na kalendářní rok při plánovaných změnách v rozsahu činnosti zařízení. Údaje o struktuře zaměstnanců vede a zpracovává mzdové a personální oddělení SSL Uherské Hradiště.

V DOZP jsou zavedeny následující interní řády a předpisy:

- Organizační řád.
- Provozní řád.
- Protiepidemiologický režim.

Zařízení se snaží pro klienty nabízet veřejné i komerční služby a sociální kontakty a tím je začleňovat do společnosti běžných lidí a vést je ke zvyšování nezávislosti na poskytované službě. Je patrná snaha spolupracovat s různými institucemi a odborníky a to tak, aby klient směřoval k dosažení svých osobních cílů. Je zde patrná snaha klienta kontaktovat a povzbuzovat k využívání dalších služeb podle jeho přání a potřeb, zejména těch, které směřují ke zvyšování samostatnosti a nezávislosti na systému sociálních služeb. Patří sem:

- Obchody

- Poštovní úřady
- Restaurace
- Banky, úřady
- Knihovny
- Kadeřník
- Veřejná sportoviště a stadiony
- Církevní zařízení
- Pobyty u moře
- Veřejné zdravotnické zařízení
- Veřejná doprava

V souladu s přáním a osobními cíli klienta vytváří zařízení příležitosti pro smysluplné vztahy uživatele s rodinou a dalšími blízkými lidmi. Klienti jsou dle možností a schopností pravidelně poučováni o řešení nouzových a havarijních situací (první pomoc, bezpečnostní rizika, postupy a modely řešení nebezpečných situací). Ve věci administrativy, pro ochranu bezpečí a zdraví zaměstnanců a klientů, pro vzájemnou působnost a souhrn jednotlivých složek zařízení jsou zpracovány v rámci zařízení následující nařízení a předpisy:

Předpisy pro ochranu bezpečí a zdraví zaměstnanců

- Předpisy BOZP
- Požární řády
- Evakuační plány
- Protiepidemiologický režim
- Manuál první pomoci
- Provozní řád
- Návštěvní řád (vnitřní pravidla)

1. *Metodický postup pro řešení krizových situací souvisejících s poskytováním sociálních služeb (zhoršení zdravotního stavu, úmrtí, konflikt mezi klienty, agresivita, úraz,...).*

Zde uvádím příklady – druhy mimořádných událostí a způsob jejich řešení:

- a) Událost – vážný úraz klienta, vážný pracovní úraz zaměstnance, pokus o sebevraždu u klienta, infekční onemocnění u klienta, zaměstnance ve službě = řešení: poskytnout první pomoc, zajistit lékařskou pomoc, informovat zákonné zástupce či rodinné příslušníky.
- b) Událost – úmrtí klienta v zařízení, úmrtí zaměstnance při výkonu práce = řešení: přivolat lékaře, informovat zákonné zástupce a rodinné příslušníky, sepsat osobní majetek (postup stanoven dle vyhlášky č.19/1988 Sb.)
- c) Událost – agresivita klienta = řešení: snaha o verbální či neverbální uklidnění, při nezvládnutí situace přivolat na pomoc jiného zaměstnance, uvědomit lékaře, dle situace po ordinaci lékaře použít restriktivní opatření a zjištění náležitostí s tím spojených

2. *Vnitřní standardy kvality zařízením poskytovaných služeb, jejichž cílem je konkretizace a jejich zpřesnění za účelem poskytování maximální kvality služby. Jsou závazné pro všechny pracovníky Domova.*

Východiskem zde jsou „Standardy kvality sociálních služeb – MPSV 2002 – ISBN 80-86552-23-3“. Zařízení průběžně sleduje a vyhodnocuje, zda jím poskytované sociální služby jsou v souladu s deklarovanou kvalitou a zda odpovídají potřebám a požadavkům jednotlivých klientů. Za tímto účelem se zde užívají zdroje zpětné vazby interní a externí.

Zdroje zpětné vazby interní

- Spokojenost či nespokojenost klientů – přímé rozhovory.
- Výstupy ze setkání s klienty (řešeno samosprávou klientů v zařízení).

- Vyhodnocování četnosti a obsahu stížností.
- Vyhodnocování statistiky vzdělávacích aktivit zaměstnanců.
- Vyhodnocování implementace získaných znalostí a dovedností personálu zařízení do běžné praxe při poskytování služeb.
- Supervize a vnitřní kontrola.
- Autoevaluační aktivity – průzkumy, vyhodnocování portfolií (individuálních plánů), vnitřní audit.
- Spokojenost či nespokojenost zákonných zástupců klientů, tj. opatrovníků či rodinných příslušníků klientů.

V rámci zařízení má každý klient právo si stěžovat, připomínkovat nebo vznášet podněty na způsob a kvalitu poskytovaných služeb. Vzhledem k tomu, že klienti jsou z velké části osoby s potížemi ve vyjadřování, mají možnost vznášet své připomínky pomocí prvků alternativní a augmentativní komunikace (piktogramy, bazální stimulace, znakový jazyk,..). V těchto případech je třeba zajistit nestranného člověka, který zprostředkuje komunikaci a ověří, zda je stížnost sepsána tak jak byla míněna. Je-li to pro pochopení třeba, je písemná odpověď objasněna v rozhovoru.

Zaměstnanci jsou informováni prostřednictvím vedoucích oddělení o právu podat si stížnost. Vnitřní předpis je jim k dispozici na jednotlivých odděleních.

Veškeré, tj. ústní, písemné, elektronické i anonymní stížnosti, připomínky a náměty jsou vedeny v evidenci a jsou zaevidovány do zvláštního záznamu, přičemž stížnosti klientů jsou vyřízeny okamžitě, nejdéle však do deseti kalendářních dnů. Je dbáno, aby při vyřizování stížností bylo respektováno soukromí a lidská práva klienta. Na žádost stěžovatele je zachována mlčenlivost o jeho totožnosti.

Zdroje zpětné vazby externí

- Kontrolní činnost zřizovatele.
- Inspekce kvality sociálních služeb.

- Studie a závěry nezávislých zdrojů – média, auditoři kvality sociálních služeb, partnerské spolupracující subjekty, posudky a konzultace odborníků z oboru.
 - Poznatky a připomínky externích spolupracovníků, návštěvníků, praktikantů.
 - Ohlasy veřejnosti z komunity obce.
3. *Zvláštní agenda* jako soubor zpráv o zpětných vyzbách v rámci činnosti v zařízení s případnými doporučeními k nápravě problémů či nedostatků a obsahujícím podněty pro další zkvalitňování služeb zařízení.
 4. Zvláštní pozornost je ve standardech věnována *životnímu prostředí*. A to nejen v rámci plnění příslušných předpisů. Zaměstnanci i uživatelé se podílejí na třídění odpadu a jsou vedeni samotným zařízením k šetření energetických zdrojů.

(- v tomto duchu – viz. bod č.5 – probíhá mnohoúčelová ergoterapeutická aktivita s ekologickým podtextem. Zařízení (prostřednictvím firmy na zpracování plastů, dodávající cca čtvrtletně odpadový plastový materiál do zařízení) umožňuje i méně zručným klientům seberealizaci a možnost rozvoje motoriky. Jelikož tato aktivita probíhá v kolektivu, rozvíjí současně sociální vztahy).

Co se týká klientů, v zařízení je vedena široká škála dokumentace:

- sociální spis klienta.
- zdravotní dokumentace.
- ošetrovatelsko-sociální dokumentace.
- Evidence finančních depozit a vkladní knížky klientů.
- Doklady o totožnosti klientů.
- Evidence (seznam) klientů se jmény a přiřazenými osobními čísly, monogramy a čísly oddělení.
- Kmenová kniha s osobními údaji klientů.
- Seznam klientů a jejich klíčových pracovníků.
- Seznam přiřazených diet.

Veškerá dokumentace v zařízení podléhá skartačnímu řádu a skartačním lhůtám, s výjimkou dokladů totožnosti. Tyto se při ukončení pobytu odchodem ze zařízení vrací klientovi (opatrovníkovi či zákonnému zástupci). Při ukončení pobytu z důvodu úmrtí se občanský průkaz a cestovní průkaz vrací na ohlašovnu matričního úřadu místně příslušného obecního úřadu, průkaz mimořádných výhod zpět vyhotoviteli, průkaz pojištění zpět zdravotní pojišťovně.

(Tyto standardy jsou zkrácenou verzí standardů jednoho ze zkoumaných zařízení a současně ukázkou či souhrnem toho, co je jejich hlavním obsahem. S největší pravděpodobností se příliš neliší od standardů ostatních Domovů pro osoby se zdravotním postižením, neboť jak již bylo řečeno výše, východiskem jsou „Standardy kvality sociálních služeb – MPSV 2002. ISBN 80-86552-23-3.“)

Příloha č.6: Možnosti aktivizačních činností pro klienty

Arteterapie

Arteterapie je v odborné literatuře vymezena jako druh psychoterapie. Arteterapeut umožňuje klientovi možnost sebevyjádření k jeho psychotraumatizujícím zážitkům pomocí výtvarné tvorby a v této souvislosti ji chápeme jako relaxační činnost nebo jako prostředek k rozvoji vnímání, popř. k sebeuzdravování.

(x, s.105,106)

Součástí arteterapeutických metod je i práce s hlínou, která je ve většině zkoumaných zařízeních častá a klienty velmi oblíbená. Ale o práci s hlínou již bylo řečeno v průběhu výzkumu jako metodě, jež je součástí terapeutických dílen v jednotlivých zařízeních.

Muzikoterapie

Vliv hudby na mentálně retardovaného jedince je nesporný, hudba se stává nevyčerpatelnou zásobnicí radosti, slouží jako povzbuzující stimul života. Hudební vnímání a hudební projev prostřednictvím aktivních i receptivních muzikoterapeutických technik disponuje vyjímečnými, specifickými možnostmi pozitivního vlivu na postiženého jedince, kdy dochází k výrazné podpoře v oblasti seberealizace, která mentálně postižené přibližuje i pomyslný krok kupředu. Zde se uplatňuje práce muzikoterapeuta, který s pomocí individuálního přístupu a prostřednictvím speciálních hudebních aktivit umožňuje postiženému jedinci dosáhnout vnitřní relaxace, pomáhá mu vyrovnávat a podporovat citový vývoj, snaží se podporovat rozvoj kladných interpersonálních vztahů.

Hudební výchova rozvíjí u dětí vnímání rytmu, tempa, melodie, harmonie, také hudebního výrazu, celkově vede v jejich tvorbě k nápodobě. Rytmus, tempo a melodie

mají důležité postavení v celkovém rozvoji motorických schopností mentálně handicapovaného jedince, v jeho řečové výchově. Hudební terapie má ovšem smysl pouze v případě, pokud tato činnost dělá handicapovanému jedinci radost, pokud dítě prožívá určitou satisfakci, zadostiučinění. Hudba může být nasazena jako stimulátor aktivity, k uklidnění, odstranění či zmírnění agrese, k odstranění napětí. Jiné formy muzikoterapie jsou používány u klientů s autismem, u dětí tělesně či duševně postižených, jiné u psychicky nemocných, u klientů s vadou řeči, s neurózami řeči, při specifických poruchách učení.

(x, s.34, 41, 43, 51)

V zařízeních je užívána ve velké míře, např. v DOZP v Uherském Brodě je ponechána možnost volby hudebního směru na klientech a tito v důsledku vykazují velkou orientaci v nejrůznějších hudebních žánrech a jeví se v tomto směru podstatně aktivnější než v oblastech, kde podobnou možnost volby postrádají.

Psychomotorika

Když hovoříme o psychomotorice jako o pojmu jednoty tělesných a duševních procesů, míníme tím psychomotoriku ve smyslu tělesné a duševní jednoty a nedělitelnosti. Psychomotorika jako nadřazený pojem k výzkumu motoriky se používá pro teorie, které se zabývají problémem motoriky řízené psychikou. Jde o modelovou rekonstrukci souvislosti vnitřních neviditelných procesů, jak např. centrální nervové reakce s vnějšími viditelnými pohyby. Požijeme-li termín psychomotorika jako vývojově orientovaný pojem, jde v první řadě o fázi dětského vývoje ve sledu neuromotorika, senzomotorika, psychomotorika a sociomotorika.

Psychomotorický přístup orientovaný na tělo a pohyb nacházíme také v dalších terapeutických metodách. Na podobné myšlenky je založena např. „senzorická integrační terapie“ podle Ayersové, Frohlichové „bazální stimulace“ a cvičení smyslů podle Montessoriové. (x, s.64, 68)

Ve třech zkoumaných zařízeních se využívá metody bazální stimulace. Základní myšlenkou „bazální stimulace“ je požadavek celistvosti, holistický přístup. Základní model vychází z předpokladu, že není možno vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší. Našimi metodami a přístupy můžeme ovlivňovat jen celého člověka, vědomé rozlišování mezi tělesným a duševním je nepřípustné, neboť lidská bytost je nedělitelná

V rámci své působnosti v jednom z domovů. jsem měla možnost absolvovat školení v „konceptu bazální stimulace“ a také touto metodou pracovat a aplikovat ji na klientech – jednotlivcích. Co se týká její účinnosti, tato je nezpochybnitelná, přesto v rámci zařízení a pracovní náplně jednotlivých pracovníků je koncept bazální stimulace, alespoň v zařízení, v němž jsem pracovala, aplikován na jednotlivci maximálně jednou v týdnu, což se jeví pro klienty z hlediska rozvoje a působivosti této metody jako nedostačující.(více viz. Příloha č.)

Dramaterapie

The British Association for Dramatherapist definuje disciplínu takto (1979): *„Dramaterapie pomáhá porozumět a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace“.*

The National Association for Drama Therapy ve Spojených státech nabízí následující vymezení (Landy R., 1985,s.58): *„Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní a fyzické integrace a osobního růstu“.*

Dramaterapie patří rovněž mezi metody užívané ve zkoumaných zařízeních, v jaké míře či na jaké úrovni zůstává ovšem otázkou, neboť z vlastní zkušenosti jsem se setkala s dramaterapií, která byla aplikována pouze u tam, kde byly v této metodě pracovníci proškoleni, navíc se vždy pracovalo pouze s úzkou skupinou klientů v rámci oddělení, kde takto vyškolený zaměstnanec působil. Ačkoliv se jednalo o oblíbenou činnost klientů, tito se jí mohli věnovat pouze v době svého osobního volna, což v každodenním režimu klienta představoval čas cca 3 hodiny.

Hipoterapie

Hipoterapie je speciální formou léčebné rehabilitace, která ideálně spojuje fyzické a psychické prvky, aktivizace senzorycké integrace a rytmizující vliv, zvláště rytmizace hybných a řečových funkcí a silná emoční motivace, to je obraz aktivní hipoterapie. Zejména osobám s postižením dolních končetin je schopna nabídnout úplnější a dokonalejší biostimulátor lidské lokomoce.

Hipoterapie jako léčebná metoda je aplikována zejména u těchto postižení:

Oblast ortopedie

- Vrozené malformace končetin
- Anomálie páteře a hrudníku
- Stavby po zlomeninách končetin
- Amputace

Oblast neurologie

- Roztroušená mozkomíšní skleróza
- Svalová atrofie a dystrofie
- Dětská mozkové obrna

Další oblasti, které pozitivně ovlivňuje jsou např. psychotické stavy, LMD, depresivní nálady, neurózy, z oblasti interny např. kardiovaskulární choroby, chronická

bronchitida, obezita. V literatuře jsou uváděny účinky ve smyslu snížení svalové elasticity u hypertoniků, zlepšení koordinace pohybů, zlepšení stability.

(x,s.132)

Hypoterapie je ve zkoumaných zařízeních rovněž aplikována, ale pouze občasně, tudíž její pozitivní vliv by bylo na místě využít formou pravidelnosti pro klienty s určitým typem postižení (např. u klientů se sklony k agresivitě, která je (jak výzkum dokazuje – viz.tabulka č.18) v zařízeních častým jevem a touto metodou jí účinně předcházet.

Canisterapie

Canisterapie je označení způsobu terapie, při níž dochází k působení psa na člověka. Je jednou z forem zooterapie, která používá obecně zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem.

Canisterapie je rovněž v některých zařízeních využívána, ale stejně jako hippoterapie, na základě vlastní praxe a rozhovorů, využívána sporadicky, což je ke škodě především klientům.

Výstup.

Je pozitivní, že v nových terapeutických metodách jsou zaměstnanci proškolení, přesto je na místě podpořit účinnost této metody ve zvýšení její aplikace, nejlépe pověřit (či přijmout do pracovního poměru) zaměstnance, kteří by byli v této metodě samozřejmě proškoleni a kteří by se věnovali klientům pouze při výkonu této terapie. Poté by tato mohla přinést žádanou efektivitu v rozvoji senzomotorického vnímání u klientů.

Aplikované tělesné aktivity

Hlavní riziko při aplikaci metod a činností bez znalosti základů teorie daného cvičebního tématu může vyvolat nefunkčnost hry či **cvičení**, které je v Domovech pro mládež s postižením aplikováno často, nicméně bez patřičné odbornosti. Sportovní aktivity u jedinců s postižením by měly být aplikovány pod dohledem pedagoga, popř. školeného pracovníka sociální péče. Tento by měl znát alespoň základy teorie osobnosti, sociálních skupin, lidského chování, komunikace, kooperace, řešení problémů a hodnot a sám být účasten „sebezkušenostního“ semináře osobnostní a sociální výchovy, aby pak byl schopen hrami a sportovní aktivitou nejen pobavit, ale i něco naučit.

Další významné riziko při aplikaci hravých a cvičebních aktivit u jedinců s postižením spočívá v možnosti, že i nevinná hra otevře u žáka osobní problém. V této situaci, zejména pokud se klient zklidní, je vhodné nabídnout oddech od hry, později možnost pohovoření o problému ve skupině nebo s pedagogem, v žádném případě není vhodné k rozhovoru nutit. Jinak je na místě hledat pomoc u terapeuta či psychologa.

Součástí enviromentální výchovy existuje celá řada her a aktivit, které slouží k vzdělávání a rozvoji klienta s postižením. Zejména hry zaměřené na stimulaci, rozvoj a podporu psychomotoriky, které jsou ideálním prostředkem pro získávání vědomostí, zručností a návyků způsobem mnohem více přístupnějším než běžný vyučovací proces, který jedinci s postižením těžko snášejí a jen minimálně vlastní předpoklady zachovat si z tradičního způsobu vyučování znalosti.

Příklad č.1: Psychomotorická hra „Tanec v kruzích“

Potřeby: gymnastické obruče – počet o jednu méně než je klientů,
reprodukováná hudba

Pedagog rozmístí po ploše kruhu, každý účastník hry se postaví do jedné a jeden zůstává mimo. Při zpuštění hudby všichni klienti začnou tančit. Po zaznění zvukového signálu musí opustit své místo a poskoky snažmo se dostat do jiného kruhu. Klient, který neobsadí žádný kruh, vypadává. V dalším kole pedagog odebere jednu kruhu a hra se opakuje. Vyhrává žák, který ve hře zůstal.

Zaměření: hra rozvíjí hrubou motoriku, koordinaci pohybů, orientaci v prostoru, vzájemné vztahy a zdravé soutěžení.

Dalším vhodným typem aktivity pro jedince s mentálním postižením je jóga, díky které lze eliminovat nevhodné projevy klientů jakými jsou nervozita, agresivita a nesoustředěnost. Navíc jógová cvičení pomáhají kompenzovat jednostrannost fyzických a psychických činností, zlepšuje chování, snižuje impulsivnost, zlepšuje pozornost. Zlepšují se i psychomotorické potíže a motorika. Ale i při této aktivitě je třeba předcházet rizikům a brát v úvahu zvláštnosti samotného stupně postižení klienta a rovněž zvláštnosti jednotlivých věkových kategorií, kterými jsou:

- Relaxace a výdrže v pozicích jsou kratší.
- Cvičení je třeba přizpůsobit věku.
- Při volbě vhodných cvičení je třeba zohledňovat specifické potřeby dětí a mládeže, kterými je zdravotní stav.
- Samotné cvičení není vhodné provádět na zemi bez podložky.
- Výběr cviků je omezen i prostorově.

(Brychnáčkova, E. Enviromentální a mediální výchova ve vzdělávací oblasti člověk a zdraví. 1.vyd. Universita Palackého v Olomouci 2007, ISBN 978-80-244-1770-7)

(Wittmanová, J. Osobnostní a sociální výchova ve vzdělávací oblasti člověk a zdraví. 1 vyd. Universita Palackého v Olomouci 2007, ISBN 978-80-244-1697-7)

Příloha č. 7: Rekreační aktivity a radost ze života



Obr. č.1: Vystoupení klienta v Chorvatsku



Obr. č.2: Utužování těla i přátelství



Obr. č.3: Děvčata i chlapani společně, i v horku s dobrou náladou ..



Obr. č.4: Na oblíbené zmrzlině.



Obr. č.5: Na večerní procházce



Obr. č.6: „Naše vzpomínky nevyblednou“, říkali klienti, když jsme se na závěr fotili, ...“bylo nám tu fajn!“