

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Oddělení praxe

Bakalářská práce

**VLIV MOTORICKÝCH DOVEDNOSTÍ NA SOCIÁLNÍ ZAČLEŇOVÁNÍ
U OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM**

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Eva Čermáková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce, kombinovaná forma

Ročník: Třetí

2018

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 své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

23. 3. 2018

Eva Čermáková

„Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Heleně Machulové za hodnotné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Dále bych chtěla poděkovat osobám zmiňovaným v této práci a jejich rodičům za umožnění zpracování kazuistik a za souhlasy s jejich zveřejněním.“

OBSAH:

Úvod	6
1 Uvedení do problematiky.....	7
1.1 Filip	7
2 Zdravotní postižení.....	7
2.1 Zdravotní postižení z pohledu společenskovedních oborů	8
2.2 Definování kombinovaného postižení.....	9
2.2.1 Dělení kombinovaného postižení	10
2.2.2 Mentální a tělesné postižení	11
2.2.3 Kombinace mentálního a tělesného postižení	13
2.2.4 Popis člověka s těžkým kombinovaným postižením.....	13
3 Sociální začlenění.....	15
3.1 Vymezení pojmů sociální začlenění a kvalita života	15
3.2 Překážky a východiska v sociálním začlenění u osob s postižením.....	16
3.2.1 Z pohledu jednotlivce	16
3.2.2 Z pohledu rodiny	18
3.2.3 Z pohledu komunity	19
3.2.4 Z pohledu státu a institucí.....	20
3.2.5 Shrnutí předchozích pohledů	21
3.3 Zásady sociálního začlenění u osob s těžkým kombinovaným postižením mentálním a tělesným	21
3.3.1 Dodržování lidských práv.....	22
3.3.2 Individuální přístup	22
3.3.3 Týmová spolupráce	23
3.3.4 Spolupráce s rodinou	23
3.3.5 Asistence.....	23
3.3.6 Vyjití z izolace.....	24
3.3.7 Způsob komunikace.....	24
3.3.8 Shrnutí zásad	24
4 Motorické dovednosti.....	25
4.1 Nácvik motorických dovedností	25
4.1.1 Koncept Bazální stimulace	25
4.1.2 Reflexní lokomoce dle Vojty.....	27
4.1.3 Metodika manželů Bobathových	27
4.1.4 Nácvik vertikalizace	28
4.1.5 Polohování.....	28
4.1.6 Speciální přístroje a pomůcky	29
4.1.7 Cvičení na míčích	29
4.1.8 Asistované cvičení.....	29
4.1.9 Masáže.....	29

4.1.10 Hra, zábava a úprava prostředí	30
4.1.11 Cvičení ve vodě	30
4.1.12 Zooterapie	30
4.2 Návuk motorických dovedností v sociální službě.....	31
5 Stacionář Človíček.....	32
5.1 Popis zařízení	33
5.2 Návuk motorických dovedností u klientů Stacionáře Človíček	33
6 Kazuistiky.....	34
6.1 Vyhodnocení kazuistiky Vojtěcha	34
6.2 Vyhodnocení kazuistiky Karla	35
6.3 Porovnání těchto kazuistik	36
7 Diskuse.....	37
Závěr	38
Seznam použitých zdrojů	40
Seznam příloh.....	43
Příloha I. Stacionář Človíček, Individuální plánování průběhu sociální služby	44
Příloha II. Stacionář Človíček, Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb	53
Příloha III. Kazuistika Vojtěch	60
Příloha IV. Kazuistika Karel	66
Abstrakt	71
Abstract.....	72

Úvod

Člověka nelze definovat pouze jednotlivými oddělenými částmi jeho osobnosti, ale tvoří ho jeden kompaktní celek, který se z těchto částí skládá. „*Na člověka se pohlíží jako na bio – psycho – sociální jednotku se všemi jeho tělesnými, psychickými a sociálními potřebami.*“¹ Všechny složky jsou vzájemně propojeny, a tudíž jedna ovlivňuje druhou.

Ve své bakalářské práci se budu propojením těchto složek zabývat. Cílem je zjistit, jaký mají motorické dovednosti vliv na sociální začleňování u osob s kombinovaným postižením. Půjde tedy především o tělesné a sociální potřeby, ale budou zmíněna i psychologická hlediska. To, jak působí pohybové schopnosti člověka na jeho zapojení do společnosti, je důležité nejen pro něj samotného, ale pomáhá nám to určovat i způsob práce v sociálních zařízeních. Pracovníci by měli vědět, jaká pozitiva přinášejí pohybové aktivity klientů v jejich sociální dimenzi. Pak budou schopni určit, u kterých klientů a jaké motorické nácviky mají zařadit do nabídky služeb.

Kapitoly jsem uspořádala tak, aby praktické informace navazovaly na teoretická východiska. Ve své práci vycházím především z odborné literatury. Zejména s tematikou sociální práce, zdravotního postižení a vybraných technik vhodných pro nácvik pohybových aktivit. Dále se opírám o interní dokumenty a metodiky Stacionáře Človíček. Nejprve popíši specifika zdravotního postižení a sociálního začlenění. Pak oba aspekty spojím a přiblížím překážky, východiska a zásady práce s lidmi s těžkým postižením při zapojování do společnosti. Poté charakterizuji motorické dovednosti a popíši některé postupy, kterými je možné je procvičovat a jak lze tyto nácviky praktikovat v sociální službě. Na vybraném sociálním zařízení Stacionáři Človíček představím, jakým způsobem a za jakých okolností je možné nacvičovat motorické dovednosti v sociální službě. Všechny informace ve své práci propojím a srovnám s vybranými kazuistikami. Na nich budu prezentovat konkrétní výsledky, které pravidelné cvičení přináší v běžném životě. V závěru vyhodnotím faktory, které jsou důležité pro praxi.

Uvedené téma je velmi podstatné pro mé povolání. Pracuji v denním stacionáři a zde se věnuji nácviku pohybových schopností klientů s těžkým kombinovaným postižením, při němž je zasažena mentální a tělesná složka člověka.

¹ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4. s. 11.

1 Uvedení do problematiky

Stěžejním tématem této práce je člověk s těžkým kombinovaným postižením. Zajímá nás, jakým způsobem ho postižení limituje v sociálním začlenění, zda na začlenění mají vliv jeho motorické dovednosti a jakými postupy je můžeme procvičovat.

Pro názornost si nejprve uvedme konkrétní příklad člověka s hendikepem, který byl zdařilým způsobem začleněn do společnosti. Ukažme si na něm, jak může fungovat propojení osoby s těžkým kombinovaným postižením, jeho rodiny a komunity v praktickém životě a jaké aspekty života jsou pro něj důležité. Tento případ budeme postupně v různých souvislostech hodnotit a srovnávat s uvedenými informacemi.

1.1 Filip

Filip měl od narození těžkou formu kombinovaného postižení tělesného a mentálního. Žil společně se svojí rodinou v malém městečku. Protože měl kvadruparézu, měl ochrnuté všechny končetiny, takže se nemohl obsloužit, samostatně najíst a k pohybu používal invalidní vozík, který nedokázal sám ovládat. Z těchto důvodů potřeboval neustálou asistenci druhé osoby. Dorozumíval se sice verbálně, ale nebylo snadné porozumět tomu, co říkal. V rámci inkluze se vzdělával na základní škole, kterou navštěvoval s asistentkou. Zde měl také kamarády. Aby udržel svoji pohyblivost a neměl bolesti, rodiče s ním každý den cvičili Vojtovu metodu a další techniky. Pravidelně navštěvoval rehabilitačního pracovníka a každoročně jezdil do lázní. Rodiče, prarodiče i sourozenci ho brali na společenské akce v místě bydliště. Na koncertech, v letním kině, na fotbalových utkáních a podobných akcích si sousedé a kamarádi s Filipem povídali a ten se smál. Někdo mu rozuměl dobře, někdo méně, ale všichni v něm viděli sobě rovného občana a měli ho rádi. Filip takto žil spokojeně do svých osmnácti let. Pak se zhoršil jeho zdravotní stav natolik, že měl bolesti, a tím byl vyřazen ze společenského života. Podle matky najednou ztratil chuť do života a v devatenácti letech zemřel.

Je uveden konkrétní člověk, který měl sice hendikep, ale prožil spokojený život.

2 Zdravotní postižení

Z výše uvedeného příkladu je zřejmé, že Filip i jeho rodina museli překonávat určité potíže, které ovlivňovaly jejich život. Abychom lépe pochopili, s jakými překážkami se člověk s těžkým zdravotním postižením při začleňování do společnosti setkává,

musíme si nejprve vysvětlit co je to zdravotní postižení, a ujasnit si některé pojmy a situace, které s tím souvisejí.

2.1 Zdravotní postižení z pohledu společenských oborů

Zdravotnímu postižení se ve svých předpisech věnují různé společenské obory například zdravotnictví, sociální práce, školství a právo.

Pro zdravotní účely Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) definuje postižení, anglicky disability, jako „(...) *zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace. Označuje negativní hlediska interakce mezi jedincem (se zdravotním problémem) a spolupůsobícími faktory daného jedince (faktory prostředí a faktory osobní)*“ přičemž participace je „*zapojení se do životní situace (...)*“.² Dále MKF pro vysvětlení pojmu disability propojuje dva modely lékařský a sociální. Zatímco lékařský model se soustřeďuje na lékařskou péči, sociální model se zabývá začleněním člověka do společnosti vytvářením sociálních aktivit a orientuje se na sociální změnu na politické úrovni.³

Z hlediska sociální práce se v Zákoně o sociálních službách jako zdravotní postižení prezentuje jako „(...) *tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.*“⁴ Pro potřeby školství se pro člověka se zdravotním postižením používá pojem žák se speciálními vzdělávacími potřebami, který „(...) *k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.*“⁵ Školský zákon dále mimo jiné řadí mezi osoby, které potřebují podpůrné opatření „(...) *žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným*

² Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [online]. Praha: ÚZIS, Posl. úpravy 8. 3. 2018 [cit. 2018-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkf-mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi>>. s. 221.

³ Srov. Tamtéž, s. 32.

⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 10. 8. 2017 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf>.

⁵ Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [online]. Praha: MŠMT, Copyright © 2013 [cit. 2018-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-1-9-2017-do-31-8-2018>>.

*postižením více vadami nebo autismem (...)“.⁶ Z pohledu práva se v antidiskriminačním zákoně zdravotní postižení vymezuje jako „(...) *tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok.*“⁷*

Uvedené citace se rozcházejí ve vymezení faktů, které jsou pro daný obor podstatné. Z toho vyplývá, že není jednoduché určit jednotnou definici zdravotního postižení. U předchozích definic však můžeme najít podobné rysy. Ze srovnání následujících formulací vyňatých z těchto definic: omezení participace, závislost na pomoci jiné osobě, potřeba podpůrných opatření a zábrana v jejich právu na rovné zacházení, můžeme konstatovat, že zdravotní postižení má určité negativní dopady na rovnoprávnost příležitostí pro začlenění osob se zdravotním postižením do společenského života.

2.2 Definování kombinovaného postižení

Z předchozích údajů vyplývá, že kombinované postižení je forma zdravotního postižení, kterému je věnována samostatná pozornost. Konkrétně je zmiňováno ve dvou ze čtyř uvedených definic. Michalík ho též řadí mezi běžné formy postižení. Podle něj se můžeme nejčastěji setkat s následujícími typy postižení:

- *„tělesným,*
- *mentálním (i postižení duševní a poruchy autistického spektra),*
- *zrakovým,*
- *sluchovým,*
- *řečovým (narušením komunikační schopnosti) (...)*
- *kombinovaným (kombinace jednotlivých postižení, zvláště bývá uváděna např. hluchoslepota),*
- *nemocné civilizačními chorobami.*“⁸

⁶ Srov. tamtéž.

⁷ AION CS, s.r.o.. [online]. Zlín Posl. úpravy 1. 1. 2018 [cit. 2018-02-20]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198/zneni-20180101>>.

⁸ MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3, s. 34.

Literatura jako synonyma k termínu kombinované postižení uvádí české názvy kombinované vady nebo vícenásobné postižení, anglické multiple handicap a německé schwerstmehrfachbehinderung.⁹ Není snadné popsat typického jednotlivce s vícenásobným postižením, protože se u každého sdružuje několik vad, které mohou být různě zkombinované a mají tedy na konkrétního člověka rozdílný účinek. Sovák uvádí definici, která je sice starší, ale pro svoji výstižnost je stále používaná. Píše, že kombinované postižení je, „(...) když jedinec je postižen současně dvěma nebo více vadami (...)“.¹⁰

2.2.1 Dělení kombinovaného postižení

Rozdělit vícenásobné vady do konkrétních skupin je komplikované, protože se může jednat o mnoho rozličných kombinací typů postižení. Z těchto důvodů bývá členění u různých autorů rozdílné. Může se jednat o varianty, kdy se sdružuje postižení mentální, fyzické, duševní, smyslové, poruchy chování apod. Přes veškerou snahu je velice složité obsáhnout všechny kombinace, které mohou nastat. Asi nejobecnější dělení uvádí Vašek, který třídí kombinované postižení do následujících symptomatologicky příbuzných kategorií.

- „*mentální postižení s dalšími postiženími*
- *slepohluchota*
- *poruchy chování v kombinaci s dalším(i) postižením(i) či narušením(i)*“.¹¹

Dále se rozlišují kombinovaná postižení na lehká a těžká. Ludíková píše, že je často obtížné, vzhledem k množství seskupení, která mohou u konkrétní osoby nastat, vždy určit o jaký stupeň se jedná. Mezi osoby s lehkým kombinovaným postižením se řadí ty, které se zvládnou na základě vzdělávání začlenit do běžného života. Do skupiny lidí s těžkým kombinovaným postižením patří ti, kteří zvládají jen základní úkony a neobejdou se bez pomoci druhé osoby. Mají narušenou složku komunikace a potřebují

⁹ Srov. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 10.

¹⁰ SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5, s. 158.

¹¹ VAŠEK in LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 10.

speciální pomůcky.¹² Výběr přiměřeného způsobu práce a metod, které je vhodné s těmito lidmi provádět, umožní bližší popis typu postižení a určení do jaké míry je závažné.

2.2.2 Mentální a tělesné postižení

Jak již bylo uvedeno, typů kombinovaných vad je velké množství, které zde nelze plně obsáhnout. Ve své profesionální praxi se specializuji na osoby s kombinací mentálního a fyzického postižení a proto se budu tímto propojením zabývat i nadále v této práci.

Nejprve si charakterizujeme oba typy postižení zvlášť.

• Mentální postižení

Kombinované postižení bývá nejčastěji propojeno s postižením mentálním. Příčinou tohoto velmi frekventovaného spojení je, že mentální retardace se váže na poškození centrální nervové soustavy, které bývá mnohdy i příčinou kombinovaného postižení. V literatuře se objevují jak pojmy mentální postižení, tak i mentální retardace. Mentální retardaci definuje Kozáková „(...) jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí (...) s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.“¹³ Dále se v souvislosti s mentálním postižením setkáváme s pojmem mentální věk, který je v pedagogickém slovníku definován jako „Úroveň mentálních (duševních) schopností, která odpovídá průměrné hodnotě, zjištěné u velkého souboru jedinců téhož stáří.“¹⁴ Tento pojem se v praxi používá k zaznamenání mentální úrovně, na jaké se klient nachází, přiřazené k odpovídajícímu věku. To nám pomáhá orientovat se v jeho limitech a nastavit přiměřený způsob práce.

Dále se může mentální úroveň zaznamenávat pomocí čtyř stupňů mentální retardace:

- Osoby s lehkou mentální retardací mají IQ 50 - 69
- Osoby se středně těžkou mentální retardací mají IQ 35 - 49
- Osoby s těžkou mentální retardací mají IQ 20 - 34
- Osoby s hlubokou mentální retardací mají IQ nižší než 20

¹² Srov. tamtéž, s. 10 – 11

¹³ KOZÁKOVÁ, Z. in tamtéž, s. 26.

¹⁴ PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J.; *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4, s. 114.

Švarcová následně srovnává projevy neuropsychického, motorického, psychického vývoje, somatického postižení, komunikace, poruchy citů, vůle a možnosti vzdělávání u lidí s mentální retardací. Prakticky z toho vyplývá, že čím větší mentální postižení, tím více bývají zasaženy i ostatní složky. Tato postižení jsou na sobě závislá a jdou tak zvaně ruku v ruce. Lidé s lehkou mentální retardací mívají další vývoj spíše zpomalený až opožděný. Psychicky mohou být impulzivní, labilní a úzkostní a jsou vzdělavatelni v rámci speciálního individuálního vzdělávacího programu. Na opačné straně stupnice jsou lidé s hlubokou mentální retardací, kteří mají ostatní složky výrazně omezeny. Jejich pohyblivost je značně snížena, mohou být až zcela imobilní, potřebují stálý dohled a většinou verbálně nekomunikují. V chování mívají individuální rozdíly a vzdělávají se v jednoduchých dovednostech a návycích.¹⁵ Pro tuto práci je stěžejní těžká a hluboká mentální retardace, protože s těmito formami se nejčastěji váže postižení tělesné.

• Tělesné postižení

Pod pojmem tělesné nebo fyzické postižení „(...) podle Krause a Šandery rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí (...) poškození nebo poruchy nervového ústrojí (...) včetně vrozených i získaných deformit tvaru těla a končetin.“¹⁶ Podle Jankovského dochází k poruchám hybnosti buď následkem poškození nervového systému, nebo k vadám pohybového a nosného aparátu. Motorické dovednosti také ovlivňuje, zda se jedná o hypotonii (snížení svalového tonu) nebo hypertonii (zvýšení svalového tonu), která vede až ke spastickým křečím. Stav, kdy člověk není schopen uskutečnit volní pohyb, se nazývá obrna. Může se jednat o částečnou obrnu, zvanou paréza nebo o úplnou ztrátu hybnosti některé části těla, nazývanou plegie. Dále obrnu rozdělujeme podle toho, kolik a jaké končetiny zasahuje, na monoparézu, paraparézu, diparézu, hemiparézu, tetraparézu a kvadruparézu.¹⁷ V praxi to znamená, že člověk s fyzickým postižením nedokáže sám buď částečně, nebo úplně ovládat určité části těla a tím je omezen v pohybu.

¹⁵ Srov. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0. s. 45-47.

¹⁶ KRAUS, ŠANDERA. in LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 82.

¹⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5. s. 39.

2.2.3 Kombinace mentálního a tělesného postižení

Kozáková uvádí, že k propojení mentálního a tělesného postižení dochází často. Takové postižení může být vrozené nebo získané. Mnohdy se k němu připojuje zhoršení zraku, sluchu, komunikačních i sociálních schopností. Lidé s tímto postižením trpí leckdy i epilepsií, která je v Lékařském repetitoriu vymezena jako „(...) *chronické onemocnění mozku charakterizované spontánně se opakujícími epileptickými záchvaty (...)*“.¹⁸

Rozlišujeme postižení vrozené a získané. Jedním z nejčastěji zastoupených onemocnění, kdy může být spojeno mentální a tělesné postižení je dětská mozková obrna (DMO), při níž bývá primárně postižena fyzická složka, ale v některých případech může dojít ještě k postižení mentálnímu i smyslovému. DMO Stoklasová definuje jako „(...) *neurologické onemocnění vzniklé v období pre-, peri- a postnatálním, jehož důsledkem je poškození CNS(...)*“.¹⁹ Kombinace mentálního a fyzického postižení může nastat také jako následek úrazů, nádorů nebo chronické cukrovky.²⁰ Ve své praxi jsem se setkala s různými úrazy, kdy vedle fyzického postižení člověka došlo vlivem dlouhého bezvědomí i k poškození mozku. Jedná se o následky autonehod, skoků do vody a jiných sportovních úrazů, pádů z výšek nebo postižení po tonutí. Fatální následky mívají i úrazy dětí, které se staly pod nesprávným dohledem dospělého (pády, popáleniny, opaření nebo další nehody). Také se často setkáváme s lidmi, kteří mají kombinované postižení jako důsledek vysokých horeček při zánětu mozkových blan, onemocnění meningokokem a jiných nemocí.

2.2.4 Popis člověka s těžkým kombinovaným postižením

Na základě předchozích informací si popíšeme typický obraz člověka, který má vlivem poruchy centrální nervové soustavy těžké kombinované postižení mentální a tělesné.

Začněme fyzickými obtížemi. Jedinec s uvedeným postižením může mít ochrnuté končetiny, omezené pohyby v páteři, snížené, nebo naopak zvýšené svalové napětí a to vše má za následek zhoršenou pohyblivost i vertikalizaci. Důsledkem nesprávného pohybového vzorce je vadné držení těla, které vede k různým tělesným deformitám, například v podobě skoliózy páteře. Ta s sebou zase nese nerovnoměrné rozložení

¹⁸ KOMÁREK, V. in HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-241-2. s. 143.

¹⁹ STOKLASOVÁ, V. in LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 76.

²⁰ Srov. KOZÁKOVÁ, Z. in tamtéž, s. 35 – 43.

vnitřních orgánů, což může mít vliv na jejich funkci. V praxi to znamená, že ke svému životu potřebuje různé kompenzační pomůcky jako jsou zvedáky, vozíky, polohovací židle, postele a podobně.

Dále si uveďme některé zdravotní komplikace, které mohou být s tímto kombinovaným postižením spojeny. Bendová uvádí, že pokud se jedná o vrozenou poruchu, bývají děti opožděny v celkovém vývoji a je u nich obvyklá i porucha růstu a opožděný vývoj sekundárních pohlavních znaků. Mezi zdravotní obtíže také patří snížená imunita, kvůli níž jsou lidé náchylnější k různým infekčním onemocněním.²¹ Kromě toho mohou mít osoby s těžkým postižením zhoršen příjem potravy a tekutin, způsobený nedokonalou funkcí svalů, které ovlivňují polykání. V takovém případě potřebují dostávat jídlo rozmělněné, mixované nebo podávané sondou do žaludku. Potíže mohou mít i s vyprazdňováním. Buď svoji potřebu nerozpoznají, nebo si nedokážou požádat o použití toalety. Pak je na místě použití inkontinenčních pomůcek. Fungování lidí s kombinovaným postižením mohou ovlivňovat někdy časté epileptické záchvaty.

Mentální postižení, stejně jako postižení zraku a sluchu spoluvytváří také způsob komunikace a přístup k informacím z okolí. Kozáková píše, že lidé s těžkým postižením užívají převážně neverbální formu komunikace, kterou musíme zkoumat individuálně. Důležité jsou zejména projevy libých a nelibých pocitů.²² Pokud nedovedou své požadavky projevit verbálně, mohou se pak dorozumívat pomocí obrázků, piktogramů, gest, mimiky a jinými způsoby. Své potřeby vyjadřují někdy pouze úsměvem a plácem nebo mrknutím oka apod. Abychom takovému klientovi porozuměli a rozeznali jeho přání a potřeby, je důležité poznat a správně určit projevy jeho komunikace. Toto bývá mnohdy dlouhodobý proces, při kterém je podstatná i spolupráce s rodinou.

Ani v konkrétní charakteristice není možné jednotlivé složky jednoznačně oddělit, protože jsou vzájemně provázány. Potíže, které nese tělesné i mentální postižení, jsou propojeny a následně ovlivňují i sociální záležitosti. Z popisu člověka s těžkým kombinovaným postižením je zřejmé, že není soběstačný a pokud chce navštěvovat společenské aktivity, potřebuje asistenci druhé osoby, a to většinou nepřetržitě.

²¹ Srov. BENDOVIÁ, P. in tamtéž, s. 84.

²² Srov. KOZÁKOVÁ, Z. in tamtéž, s. 27.

3 Sociální začlenění

Jak je výše uvedeno, všechny zmiňované zdravotní obtíže, mentální postižení i způsob komunikace hrají roli i v sociální dimenzi člověka. Lidé s kombinovaným postižením, jsou stejně jako lidé s jakýmkoli zdravotním znevýhodněním, vlivem jejich hendikepu limitováni v některých činnostech. Tato omezení pak mohou negativně ovlivnit způsob jejich začlenění do společnosti a mít vliv i na kvalitu jejich života.

3.1 Vymezení pojmů sociální začlenění a kvalita života

Abychom mohli rozvíjet problematiku začleňování osob s těžkým postižením do společnosti, je zapotřebí nejprve vymežit, co je sociální začlenění a kvalita života.

Pojmy sociální začlenění, sociální soudržnost a sociální inkluze Matoušek společně definuje jako „*Pevné spojení jednotlivců a vrstev společnosti. Jeden z ideálů sociální politiky, opak sociálního vyloučení (...)*“.²³ Zákon o sociálních službách vymezuje sociální začleňování jako „*(...) proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.*“²⁴ V kontextu sociální práce lze sociální začleňování podle Hory chápat jako dlouhodobý proces, při kterém dochází k zapojování sociálně vyloučených osob zpět do společnosti. Toho můžeme dosáhnout pomocí sociální politiky a dílčích sociálních aktivit, které vedou ke změně životních situací u těchto lidí.²⁵

Jde tedy především o to, aby lidé se znevýhodněním mohli co nejvíce participovat na dění ve společnosti a mohli se účastnit různých společenských aktivit. To vede ke zvýšení kvality jejich života. Pro kvalitu života uvádí Dragomirecká definici Světové zdravotnické organizace, ve které je z pohledu jedince chápána „*(...)jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“²⁶ Kvalitu života lze hodnotit subjektivně nebo

²³MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0, s. 215.

²⁴ *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 10. 8. 2017 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf>.

²⁵ Srov. HORA, O. in MATOUŠEK, O.; KŘIŠŤAN, A.; MUSIL, L. (ed.) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 232.

²⁶ DRAGOMIRECKÁ, E. in tamtéž, s. 223.

objektivně. Pro subjektivní hodnocení se zkoumá celková spokojenost člověka s jeho životem nebo s jednotlivými oblastmi, které sám považuje za významné. Jedná se například o fyzickou kondici, zdraví, sociální vztahy nebo jak člověk tráví svůj čas. Pro objektivní hodnocení se posuzují sociální indikátory, které mohou kvalitu života ovlivňovat. Mezi ně patří například vzdělání, bezpečí, finanční zabezpečení atd.²⁷

Společnost mnohdy automaticky počítá, že pokud má člověk postižení, je pak snížena i kvalita života. Spokojenost člověka však závisí na jeho vlastním pocitu. Z výše uvedeného příkladu Filipa je zřejmé, že i přes svůj hendikep se cítil šťastný, dokud nebyl naplněn jeho subjektivní ukazatel pro nespokojenost. V jeho případě tím byla bolest, která ho vyřadila ze společenského dění.

3.2 Překážky a východiska v sociálním začlenění u osob s postižením

Na základě předchozích informací můžeme konstatovat, že zapojení lidí se zdravotním postižením do společenského života není otázkou pouze jednotlivce, ale týká se celé společnosti. Proto si v této kapitole rozdělme problematiku sociálního začleňování do několika společenských sfér.

3.2.1 Z pohledu jednotlivce

Jedním z měřítek problému sociálního začlenění je fungování konkrétního člověka s postižením. Ludíková zmiňuje, že trvalé postižení nastavuje člověku hranice v rozvíjení činností orientovaných na okolí a má nepříznivý vliv na sociální adaptaci jedince ve společnosti. To s sebou nese i zhoršení kvality jeho života. Takový člověk se potřebuje dostat z izolace a zapojit se do společnosti.²⁸ Člověk se zdravotním znevýhodněním je tedy limitován svým postižením. Míru těchto omezení určuje také typ a rozsáhlost postižení. Není tudíž schopen vykonávat aktivity ve stejném rozsahu jako člověk bez postižení. I z těchto důvodů bývají tyto lidé často více či méně izolováni od okolního světa a mohou se pak cítit osaměle.

Jedním z přání, které člověk s postižením má, je podle Koláčkové a Kodymové potřeba nezávislosti. Tu může společnost podpořit tím, že bude mít v různých společenských oblastech stejné možnosti a podmínky jako lidé bez postižení. Čím více

²⁷ Srov. DRAGOMIRECKÁ, E. in tamtéž, s. 223 – 225.

²⁸ Srov. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 7 – 12.

bude člověk s hendikepem samostatný, tím více bude mít život ve svých rukou. Bude mít příležitost lépe rozhodovat o svém životě, a proto bude více nezávislý.

Dále autorky poukazují na bariéry, které mohou v sociálním začleňování lidem s postižením činit existenční problémy. Tyto překážky bývají pro osoby s různým postižením rozdílné. Některé zábrany mohou činit potíže člověku, který užívá invalidní vozík, a odlišné mohou být problematické pro jedince, který je nevidomý. Problémy nedělají jen hmotné bariéry v prostředí, které musejí tito lidé překonávat a které je omezují v pohybu a v přístupu například do budov, dopravních prostředků apod. Neméně podstatné jsou bariéry v mysli jejich zdravých spoluobčanů.²⁹

Zdaleka ne posledním problémem, se kterým musí člověk s postižením počítat, je finanční náročnost pomůcek, které zabezpečují kvalitu jejich života. Následkem fyzického postižení těchto osob je výrazné omezení v pohybu. Nemohou chodit, mají nestabilní sed, takže kromě asistenta potřebují k sociálnímu zapojení speciální kompenzační pomůcky, jako jsou vozíky, speciální autosedačky, které bývají poměrně drahé. Některé pomůcky sice hradí pojišťovny, ale z praxe vím, že tato finanční kompenzace naprosto nedostačuje.

Vše můžeme shrnout slovy Michalíka, že v mnoha oblastech společenského života osoby se zdravotním postižením nemají stejné příležitosti jako jejich zdraví spoluobčané. Například mají horší uplatnění na trhu práce, při vzdělávání, a v neposlední řadě se setkávají s různými předsudky ve společnosti.³⁰ Mluvíme-li o rovnosti v sociálním začleňování u lidí s hendikepem, jde především o rovnost, která se týká lidské důstojnosti a základních lidských práv.

Ke zlepšení sociálního začleňování lidí s postižením mají možnost přispět i sociální služby. Prostřednictvím svých pracovníků mohou nabízet různé společenské aktivity, nebo je podporovat v nezávislosti. Třeba tím, že jim umožní rozvíjet jejich schopnosti v rámci sebeobsluhy, péče o domácnost, motoriky a komunikace. Významně také mohou pomoci v nacvičování sociálních dovedností jako je jízda dopravními prostředky, nákupy a jiné.

²⁹ Srov. KOLÁČKOVÁ, J.; KODYMOVÁ, P. in MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. (ed.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, s. 101 – 104.

³⁰ Srov. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3, s. 34.

3.2.2 Z pohledu rodiny

Pokud nemůže žít člověk s těžkým postižením samostatně, je nejlepší, aby zůstal ve své rodině. Rodina je totiž tím nejpřirozenějším prostředím pro každého člověka. Jako hlavní a velmi důležitý aspekt pro sociální fungování osob se zdravotním postižením je tedy fungování celé rodiny.

Michalík uvádí, že rodiny s členem s hendikepem, mají ve své podstatě průměrné podmínky jako ostatní rodiny v České republice. Tyto rodiny se však navíc musejí potýkat s úkoly a problémy, které pro ně bývají zatěžující. Pro stát je domácí péče levnější varianta než umístění osoby s postižením do pobytového zařízení sociálních služeb. Pro rodinu je však tato varianta ekonomicky a časově náročnější. Podmínky bydlení často nesplňují potřebný standard pro zajištění kvalitní péče (bezbariérovost, soukromí apod.). Rodiny, které pečují o svého člena se zdravotním postižením, potřebují od státu nejen ekonomickou podporu, ale také dostupné sociální služby na profesionální úrovni, které částečně a kvalitně převezmou péči o jejich člena a umožní jim tak čas pro práci i relaxaci. Potřeby rodiny jsou individuální a závisí na náročnosti a délce péče. Záleží také na subjektivních i objektivních podmínkách pro kvalitu života člověka s postižením a pečující rodiny. To vše se odvíjí i od závažnosti postižení. Rodina musí často čelit stigmatizaci od společnosti, proto je důležitá také její soudržnost a celková osvěta společnosti. Dlouhodobou zátěží trpí také vztahy v rodině. Další typický aspekt takové rodiny je ten, že péče o člena s postižením je genderově nevyrovnaná, to znamená, že ženy se o své blízké starají mnohem více než muži. Je tedy zřejmé, že rodinám, které pečují o osoby se zdravotním postižením, se k průměrným životním podmínkám přidávají nepříznivé situace, které jsou pro ně dlouhodobě zatěžující.³¹

Z předchozích údajů je zřejmé, že čím více bude s danou situací vyrovnaná celá rodina a nebude vyčleněná ze společenského dění, tím lépe bude do společnosti zapojen i její člen s postižením. Z toho vyplývá důležitost sociálního začlenění celé rodiny.

Sociální služby mohou preventivní, poradenskou, vzdělávací i terapeutickou formou pomoci rodině participovat na dění ve společnosti. Sociální pracovník musí kromě klienta spolupracovat i s jeho rodinou a respektovat její individuální potřeby. Významnou roli hraje sociální pracovník v procesu osamostatňování člověka s postižením. Pokud již rodina nezvládá sama péči o svého člena s postižením, společně

³¹ Srov. tamtéž, s. 93 – 108.

pro něj vyhledávají vhodnou sociální službu. Při tom se rodina potýká s mnoha obavami. Zajímá ji, zda o něj bude dobře a bezpečně postaráno. Sociální pracovník by měl vědět, že jde o dlouhodobý proces založený na vzájemné důvěře a poskytnout při něm rodině podporu a dostatek informací.

Přístup k informacím je jedním z předpokladů dobrého fungování rodiny. K tomu, aby se všichni členové rodiny mohli lépe sžít s danou situací, pomáhá jim i dostatečné množství sdělení od odborníků a vzájemné předávání zkušeností mezi rodinami se stejným problémem. Zde je na místě uvést význam rané péče pro rodiny, kterým se narodí dítě s hendikepem.

3.2.3Z pohledu komunity

K sociálnímu začlenění může významně přispět i komunita. Okolní svět, ve kterém žijeme, například přátelé, sousedé, škola, práce, farnost, nebo celá vesnice či městečko nás nějak vnímá a zároveň i ovlivňuje. Jak taková komunita pohlíží na člověka s postižením?

Ludíková zaznamenává, že každá společnost sama určuje rozdíly mezi normou a tím co už norma není. Není ale snadné určit co je norma, protože ji můžeme hodnotit z různých úhlů. Pokud se někdo vymyká běžným zvyklostem, například lidé s postižením jsou vnímáni jako odlišní, ostatní členové společnosti jim nerozumějí a proto je považují za abnormální. Tlak společnosti vede k tomu, že se můžeme setkávat i s předsudky. Takovým předsudkem může být, že všichni lidé s postižením jsou stejní a nevidíme mezi nimi rozdíly. Lidé v okolí si mohou vytvářet bariéry ve vztahu k člověku s postižením také z nevědomosti, z neznalosti nebo z obavy, že něco neudělají správně. Jedním z východisek, které může společnost nabídnout lidem s postižením je to, že bude připouštět odlišnosti a respektovat individualitu každého člověka.³²

Růžička uvádí další situace, které mohou vznikat od okolí směrem k lidem s hendikepem. Jde o vnímání jejich často nestandardního vzhledu, který vzniká následkem tělesných deformit. Lidé s hendikepem se pak mohou ve společnosti setkat na jedné straně s nálepkováním, stigmatizací až opovrhováním, na straně druhé naopak s přílišným opečováváním. Ani opovrhování, ani opečovávání nejsou vhodné přístupy

³² Srov. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 7 – 12.

k lidem s postižením a oba komplikují jejich sociální začleňování.³³ Jak bylo řečeno v předchozích kapitolách, jde především o respekt k jedinečnosti a o rovnost příležitostí.

Kolářková s Kodymovou k tomuto tématu podávají velmi přiléhavé vyjádření „Člověk s postižením se cítí vyřazen ze společnosti právě do té míry, jak se k němu chová či jak s ním zachází jeho okolí.“³⁴ To opět znamená, že i v komunitě by měla fungovat osvěta, což může dávat prostor i sociálním službám. Ty mohou pomoci v uspořádání různých aktivit nebo ve vzdělávání a osvětě v místě působení.

3.2.4 Z pohledu státu a institucí

Dalším z kritérií sociálního začlenění u lidí s postižením bývá pohled státu a institucí. Podle toho, jak se ve společnosti přistupuje k sociálně potřebným, lze hodnotit vyspělost konkrétní země. Jak uvádí Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, je potřeba zajišťovat podmínky pro sociální změny na politické úrovni.³⁵

Hlavními úkoly státu, jak pomoci osobám se zdravotním postižením, je zajištění podpory v legislativě, v ekonomickém zabezpečení a ve vytvoření potřebných institucí.

S odkazem na lidská práva a lidskou důstojnost stát zabezpečuje osobám se zdravotním znevýhodněním rovnoprávnost. Ta je zaručena především v Listině základních práv a svobod nebo v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.

Další funkcí státu je finanční kompenzace, kterou vyplácí konkrétně osobám se zdravotním postižením ve formě příspěvku na péči³⁶ a jiných dávek, které určuje Zákon 329/2011 (příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku, průkaz OZP).³⁷

³³ Srov. RŮŽIČKA M. in tamtéž, s. 100 – 101.

³⁴ KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. in MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. (ed.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, s. 102.

³⁵ *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*. [online]. Praha: ÚZIS, Posl. úpravy 8. 3. 2018 [cit. 2018-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkf-mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi>>. s. 32.

³⁶ Srov. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 10. 8. 2017 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf>.

³⁷ *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 30. 1. 2012 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf>.

Mezi instituce, které mohou vystupovat jako podpora sociálního začleňování lidí se zdravotním znevýhodněním, patří zařízení z okruhu zaměstnávání, vzdělávání a sociálních služeb. Michalík dále uvádí, že kromě úpravy legislativy ve prospěch osob se zdravotním znevýhodněním je úlohou těchto institucí vytvoření rovných příležitostí k zařazení do těchto oblastí. K tomu je nutná i dostupnost informací o konkrétních zařízeních, srozumitelných pro všechny typy zdravotního postižení. K lepšímu zapojení těchto lidí do pracovního procesu patří například pracovní rehabilitace, možnosti rekvalifikace, chráněná pracovní místa a dílny. Ke zlepšení v oblasti vzdělávání dětí a mládeže se zdravotním postižením může přispět školství vytvořením rovného přístupu ke vzdělávání, vytvořením speciálně pedagogického systému nebo vybudováním speciálních školských zařízení. Dále se mohou přizpůsobit podmínky v dané škole úpravou individuálního vzdělávacího plánu, působením asistenta pedagoga, odstraněním fyzických bariér, poskytnutím didaktických a kompenzačních pomůcek a podobně.³⁸ V sociální oblasti je to vytvoření širokého spektra profesionálních sociálních služeb.

3.2.5 Shrnutí předchozích pohledů

Z předchozích kapitol vyplývá, že pokud hovoříme o sociálním začlenění, měli bychom vzít v potaz i vzájemný vztah člověka a sociálního prostředí. Úkolem sociálního pracovníka je poznávat životní podmínky klienta a pozorovat, jak na něj působí okolní prostředí. Pak také sledovat zpětnou reakci klienta a jak vše dokáže zpracovat podle svých životních zkušeností.³⁹ Důležitá je i informovanost a osvěta na všech úrovních, protože z nevědomosti mohou vznikat různé potíže.

3.3 Zásady sociálního začlenění u osob s těžkým kombinovaným postižením mentálním a tělesným

V předchozí kapitole byly uvedeny obecné překážky a východiska při sociálním začleňování u lidí s jakýmkoli zdravotním hendikepem. Osobám s těžkou formou mentálního a fyzického postižení se přidávají při sociálním začleňování specifické potíže. Proto potřebují vybudovat speciální podmínky, které jim nevyvářejí nějakou

³⁸ Srov. MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3, s. 59 – 92.

³⁹ Srov. MUSIL, L. in MATOUŠEK, O.; KŘIŠŤAN, A.; MUSIL, L. (ed.) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 213 – 214.

výhodu, ale pomáhají kompenzovat jejich znevýhodnění. Z tohoto znevýhodnění, zapříčiněného jejich postižením, vznikají potřeby k překonání překážek, se kterými se běžná populace ve svém životě nesetkává.⁴⁰

Z aspektů, které byly v této práci uvedeny, můžeme shrnout hlavní zásady, které je potřeba při sociální práci s touto cílovou skupinou dodržovat. Dále si uvedme některé principy, ze kterých by měl sociální pracovník vycházet.

3.3.1 Dodržování lidských práv

Při dodržování lidských práv u osob s postižením můžeme vycházet především z Listiny základních práv a svobod, která všem občanům České republiky zaručuje stejná práva i důstojnost. Lidé s těžkým kombinovaným postižením se vzhledem k omezené pohyblivosti, sníženým mentálním schopnostem a zhoršené komunikaci mohou těžko bránit jakémukoli fyzickému, psychickému i sexuálnímu zneužívání. Proto je zapotřebí, aby osoby, které jsou s takovým člověkem v kontaktu, dbaly ve zvýšené míře na dodržování lidských práv.

K porušení jejich práv může dojít například nesprávným oslovováním, nevhodnými přezdívkami, nerespektováním věku nebo intimity. Jedním z takových práv je právo na soukromí, které je zapotřebí uplatňovat především při osobní hygieně. Není možné klientům vyměňovat inkontinenční pomůcky na veřejnosti, protože tak dochází k narušování jejich intimity. Protože osoby s těžkým kombinovaným postižením často verbálně nekomunikují, může se stát, že si ostatní lidé neuvědomují jejich základní lidská práva a zacházejí s nimi „jako s věcí“. Nelze o nich mluvit před nimi, jako by u toho nebyli, protože je tím porušována jejich lidská důstojnost.⁴¹

3.3.2 Individuální přístup

Přestože máme specifikovanou konkrétní kombinaci postižení, lze říci, že schopnosti každé takové osoby se odvíjejí od toho, do jaké míry je která oblast zasažena. Proto platí při práci s těmito lidmi významné pravidlo, kterým je individuální přístup. Musíme zhodnotit schopnosti každého klienta zvlášť a reagovat na to, s čím přijde on.

⁴⁰ Srov. NOVOSAD, L., *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9, s. 108 – 111.

⁴¹ Srov. ČERMÁKOVÁ, K.; JOHNOVÁ, M., *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4. s. 21 – 28.

Nevnucujeme mu naše názory, spíš stojíme v pozadí a respektujeme jeho tempo, zájmy a potřeby. Ty můžeme vyhodnotit dlouhodobým pozorováním podle jeho komunikačního kanálu. Abychom zvýšili zájem o činnosti, dbáme na jejich atraktivitu.

3.3.3 Týmová spolupráce

Lidé s kombinovaným postižením mají potíže ve více oblastech. Aby byla zajištěna péče ve všech směrech, ve kterých je jejich postižení negativně ovlivňuje, je nezbytná týmová spolupráce. Potřebu multidisciplinárního týmu zajišťuje koncept koordinované rehabilitace, dříve nazývané jako ucelená rehabilitace. Ta řeší prevenci, stabilizaci i následky zdravotního stavu s cílem zajistit lidem co největší nezávislost a zapojení do společnosti. Takový tým se skládá z odborníků v různých oborech, jakými jsou například lékaři, psychologové, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, sociální pracovníci, speciální pedagogové a jiní.⁴² Kromě samotných jedinců s postižením jsou přizváni ke spolupráci také rodinní příslušníci.

3.3.4 Spolupráce s rodinou

Dalším důležitým úkolem sociálního pracovníka je spolupráce s rodinou. Jedinec s touto formou postižení je zcela závislý na druhých osobách, proto rodina představuje výrazný prvek v sociálním začleňování. O daného člověka dlouhodobě pečuje, nejlépe zná jeho přání, i jeho projevy. Zároveň má často tendence za něj rozhodovat nebo v něm stále vidět malé dítě, šišlat na něj, případně mu dávat oblečení nevhodné k jeho věku. S rodiči je třeba komunikovat empaticky a trpělivě je upozorňovat na potřeby klienta. Musíme si uvědomovat, jak důležitá je jejich důvěra k pracovníkům. Ta se nabývá složitě, a pokud se ztratí, ještě obtížněji se získává zpět.

3.3.5 Asistence

Člověk s uvedeným postižením potřebuje stálou asistenci druhé osoby. Kromě členů rodiny to mohou být lidé pracující v sociálních službách, asistenti nebo ve školním věku pedagogové a jejich asistenti. Všichni musí dobře chápat jeho potřeby a mít schopnost se s ním dorozumět.

⁴² Srov. NOVOSAD, L, *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9, s. 108 – 111.

3.3.6 Vyjití z izolace

Sociální služba a také škola umožňují kromě jiného jedinci s těžkým postižením vyjití z izolace domova mezi své vrstevníky. Každý kontakt s okolním prostředím je vítán a každý zážitek ve společnosti ostatních lidí je inspirující. Nemožnost docházet do školy nebo sociální služby, odkazuje klienta jen na rodinu, která je dlouhodobou péčí natolik vyčerpána, že většinou nemá kapacitu řešit další aktivity. Pokud je člověk s těžkým zdravotním postižením trvale umístěn v sociálním zařízení, je povinností této služby nabízet mu také aktivity směřující ke společnosti.

3.3.7 Způsob komunikace

Lidé s uvedeným postižením obvykle vzhledem k těžké nebo hluboké mentální retardaci verbálně nekomunikují a okolí pak často neumí vyhodnotit jejich potřeby. K dorozumívání je možné využít různé formy komunikace. Uvedme způsob, který používají pracovníci ve Stacionáři Človíček. Aby se s klienty domluvili, vycházejí z cíleného a strukturovaného pozorování komunikačního chování. Sledují, jak osoba reaguje na jimi vykonávané činnosti, jak vyjadřuje své libé a nelibé pocity (výrazem ve tváři, gesty, postojem těla apod.). Vše pravidelně vyhodnocují a zapisují do individuálních plánů. Toto konzultují s rodinou a dalšími osobami, které jsou ve styku s klientem. Využívají také techniku empatické fantazie nebo imaginárního rozhovoru člena rodiny či pracovníka, které mohou poukázat na problematickou oblast u některého klienta. Protože se při těchto technikách musejí rodiče vžít do pocitů svých dětí s postižením, mívají s tím někteří emoční problémy. Většinou se však podaří tyto počáteční dojmy překonat a nakonec dokážou popsat pocity svého potomka.⁴³

3.3.8 Shrnutí zásad

Na příkladu Filipa jsme viděli, jakým způsobem je možné zapojit konkrétního člověka s postižením do dění ve společnosti. V jeho případě byly dodrženy všechny uvedené zásady. Hlavní roli v jeho životě hrála rodina. Všichni respektovali jeho jedinečnost i lidskou důstojnost a snažili se ho zapojit do společenského života. Filip nebyl izolovaný od společnosti, navštěvoval společenské akce, měl kamarády, asistentku a v péči se u něj propojovali různí odborníci (sociální pracovníci, pedagogové, rehabilitační pracovníci a další).

⁴³ Srov. Příloha I.

4 Motorické dovednosti

V předchozích kapitolách jsme charakterizovali člověka s těžkým kombinovaným mentálním a fyzickým postižením. Již víme, jak prožívá svůj život, jak vypadá a jak působí na své okolí, jaké jsou jeho limity a s jakými obtížemi se setkává při zapojování do společnosti. Zjistili jsme, že jedním z limitů, které komplikují jeho sociální začlenění, jsou fyzické schopnosti.

Pohybové schopnosti, jak jsme již zmiňovali, závisí na zdravotním stavu daného člověka. Z filosofického hlediska není podle Novosada motorická schopnost člověka jenom pouhé fyziologické uskutečnění pohybu. Jde o víc. Na pohyb se můžeme dívat jako na „(...) *sociální sílu motivující lidskou soudržnost a kooperaci na všech úrovních lidské existence.*“⁴⁴ Dále autor zdůrazňuje význam pohybu na zapojení jedince do různých aktivit, které mu přinášejí existenční zajištění.⁴⁵

4.1 Návuk motorických dovedností

Aby byla v co největší míře zachována nebo rozvíjena pohybová aktivita, je potřeba motorické schopnosti pravidelně procvičovat. V dalším textu si popíšeme některé způsoby, koncepty a techniky, které jsou k tomuto nacvičování vhodné pro osoby s kombinací mentálního a tělesného postižení.

4.1.1 Koncept Bazální stimulace

Jednou z významných aktivit, kterými je možné v sociální službě podporovat pohybové schopnosti, je v poslední době stále více užívaný koncept Bazální stimulace, který ve druhé polovině dvacátého století vytvořil prof. dr. Andreas Fröhlich. Jde o celkový přístup k člověku s hendikepem, při kterém se uplatňují a kombinují různé techniky. Využívá se nejen v sociálních službách, ale také v ošetrovatelství nebo ve školství.

Bazální stimulace je celostní učení, do vnímání těla zapojuje celý organismus. „*Bazální stimulace je koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Každý člověk vnímá pomocí smyslů (...)*“⁴⁶ Pokud se u člověka stimulují smysly, může pak lépe vnímat okolí i sám sebe. Důležité dovednosti, které na sebe

⁴⁴ NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení.* Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9, s.37.

⁴⁵ Srov. tamtéž, s. 37 – 40.

⁴⁶ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4. s. 19.

vzájemně působí, jsou pohyb, vnímání a komunikace. To znamená, že pokud stimulujeme jednu složku, automaticky posilujeme i obě další. Motorické schopnosti jsou pro člověka podstatné nejen pro to, aby se mohl pohybovat, ale také pro veškeré somatické funkce i pro vnímání okolního světa. Vzájemná závislost těchto složek platí i opačně, pro dobré vnímání a kognitivní vývoj je důležité, aby měl člověk dostatek podnětů, které mu pohyb zprostředkují. Dalším, neméně důležitým prvkem v tomto propojení je komunikace. Komunikační kapacita člověka je závislá na tom, jak je schopen vnímat okolí i jak se umí pohybovat. Nejdůležitější signály člověka s těžkým postižením nejdou skrze slova, ale na bazální úrovni. Motorické dovednosti umožňují komunikovat neverbálně například změnou svalového tonu nebo pohybem ruky, očí, hlavy apod. Důležitým prvkem je i motivace, která všechny předchozí složky posiluje. Jak dále uvádí Friedlová, aby se člověk mohl správně orientovat v životních situacích, je pro něj potřebná interakce s okolím.⁴⁷

Z předchozích údajů lze vyvozovat, že vnímání, pohyb i komunikace jsou významnými předpoklady pro sociální začlenění. Koncept Bazální stimulace využívá mnoho technik a lze sem zahrnout i vhodnou úpravu životního prostředí. Z jednotlivých technik si uvedme jen některé, které se dají využít pro motorické nácviky u lidí s kombinovaným postižením.

Dobře dostupné a snadno zvládnutelné jsou somatické stimulace, které prvotně stimulují vnímání povrchu těla i pohybu, který s klientem vykonáváme. Jedná se o předem dané kontaktní pohyby, které provádíme buď pouze rukama, nebo různými materiály (froté, měkké míčky, olejíčky apod.). Dále sem Friedlová zařazuje kontaktní dýchání nebo masáž stimulující dýchání. Obojí prohloubí a zlepší dechový rytmus, zklidní člověka a navodí mu pocit jistoty. Důležité je i polohování do polohy „hnízdo“ nebo „mumie“. Na rozdíl od jiných typů polohování, je takto klientovi umožněno dobře vnímat své tělo, protože to je ohraničeno vhodnými pomůckami, například dekou apod.

K nácviku motorických dovedností je možné z konceptu Bazální stimulace používat také vestibulární stimulaci pomocí houpaček a velkých míčů. Dále vibrační stimulaci, ke které využíváme vibrační pomůcky. Vibrace jsou totiž vnímány již na bazální úrovni, když dotyčný nic jiného nevnímá.⁴⁸

⁴⁷ Srov. tamtéž, s. 13 – 36.

⁴⁸ Srov. tamtéž, s. 74 – 108.

Jednotlivé techniky Bazální stimulace se používají ve fyzioterapii, ale mohou se stát i součástí každodenní práce v sociální službě, ve zdravotnickém zařízení nebo v rodinném prostředí. Kurzy Bazální stimulace mohou absolvovat členové rodiny, jednotliví pracovníci nebo mohou být proškoleni celá pracoviště. Pracoviště, která s tímto konceptem pracují, získají po zaškolení od Institutu Bazální stimulace certifikát, který je opravňuje daný koncept aplikovat v praxi. Výhodou těchto pracovišť je, že s ním pak mohou pracovat všichni pracovníci.

4.1.2 Reflexní lokomoce dle Vojty

Tuto terapeutickou metodu vytvořil profesor Vojta a doporučuje se především k nacvičování správné vertikalizace u dětí, které mají po narození opožděný motorický vývoj, například u dětské mozkové obrny. Je však možné ji využívat i u dalších motorických defektů, jako je vadné držení těla, skoliózy, ortopedické vady, dále se používá i u dospělých po mozkové příhodě, po úrazu a dalších pohybových postižení. Pomocí stimulace daných spoušťových zón v určitých polohách dochází k reflexnímu podnětu, který startuje správné pohybové vzorce. Tyto vzorce se častým opakováním u člověka zafixují. Vojtovu metodu musí provádět speciálně zaškolený fyzioterapeut, který zaučuje rodiče, aby ji mohli denně provádět doma.⁴⁹

4.1.3 Metodika manželů Bobathových

Koncept, který je vhodný k rozvíjení motorického vývoje u dětí s dětskou mozkovou obrnou, rozpracovali manželé Bobathovi. Jeho principem je, že se postupně nacvičují vývojově vyšší vertikalizační polohy, ke kterým se přistupuje vždy až po zvládnutí vývojově předchozí polohy. Při tom se příznivě ovlivňuje patologický svalový tonus. Bobath koncept také učí, jak správně s dítětem zacházet i jak ho držet, aby při manipulaci cítilo volnost a zároveň bylo správně stimulováno. Tyto techniky se nazývají handling a provádí je speciálně zaškolený terapeut, který spolupracuje s rodinou. Na rozdíl od Vojtovy metody se zde předpokládá částečná spolupráce klienta.⁵⁰

⁴⁹ Srov. TROJAN, S.; DRUGA, R.; PFEIFFER, J.; VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-257-3. s. 120-127.

⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 127 – 133.

4.1.4 Návnik vertikalizace

Z Bobathova konceptu vychází návnik vertikalizace. Jak je uvedeno v předchozím oddíle, jednotlivé polohy se nacvičují postupně podle ontogenetického vývoje jedince do jednoho roku. Návnik začínáme od nejnižších poloh lehu na zádech a lehu na břiše s oporou o předloktí, později o dlaně. Pak pokračujeme v návniku sedu, kleku, nároku, vzpřímeného kleku, stoje, chůze, chůze v terénu i po schodech. K nacvičování je možné používat různé pomůcky, jako jsou válce, míče, balanční plochy, žebřiny a podobně.⁵¹ K chůzi pak přírodní terén, nerovné plochy a schody.

Abychom nefixovali patologické lokomoční vzorce, nemá se podle Bobath konceptu a Vojtovy reflexní lokomoce pokračovat ve vyšší poloze, pokud dítě nezvládne tu předchozí. V praxi to znamená, že pokud se dítě samo neposadí nebo nepostaví, tak ho do těchto poloh ještě nedáváme. Tento názor v některých případech posunuje profesor Tardieu, který zavedl hodnocení funkčního věku. Tardieu říká, že když při hodnocení zjistíme, že se motorický vývoj již nelepší a nelze tak očekávat posun v lokomoci, je podle něj přiměřené začít zavádět různé kompenzační pomůcky, které umožní sed, stoj nebo chůzi.⁵² S tím je vhodné začínat až u dětí školního věku. U člověka, který je dlouhodobě v horizontální poloze, převážně vleže, přináší postavení do vertikální polohy důležitý zdravotní i sociální aspekt. Nejenže prokrvuje klouby, podporuje správné dýchání a činnost srdeční soustavy, ale přináší jedinci jiný pohled na svět, který mu pomáhá rozvíjet mentální oblast.⁵³

4.1.5 Polohování

Podstatnou a snadno dostupnou technikou, kterou lze zařadit mezi způsoby ovlivňující motorické činnosti, je polohování. Používáme ho k zajištění jedince do správné pozice a tím preventivně zabraňujeme vzniku kontraktur, tělesných deformit nebo proleženin. Podporujeme také dechový a oběhový aparát. Můžeme ho ale využít i k novým návnikům, například sedu nebo kleku. Polohování provádíme pomocí vaků, dek, polštářků a jiných polohovacích pomůcek.⁵⁴

⁵¹ Srov. tamtéž, s. 140 – 141.

⁵² Srov. tamtéž, s. 148 – 149.

⁵³ Srov. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5, s. 77.

⁵⁴ Srov. tamtéž., s. 69 – 70.

4.1.6 Speciální přístroje a pomůcky

Rozvoj vertikalizace u lidí s kombinovaným postižením podporují i technické polohovací pomůcky. Zdravou a pohodlnou polohu vleže zajišťují speciální polohovací postele, polohu v sedě umožňují polohovací židle a k vycházkám jsou určeny vozíky pro invalidy, sportovní vozíky a kočáry. Pro zajištění stoje jsou určeny vertikalizační stojany a vertikalizační stoly. K nácvičku chůze lze používat chodítka, berle a hole nebo závěsné kolejničové zařízení, které je zabudované do stropu. Pasivní i aktivní procvičování končetin umožňuje přístroj MOTOMed.

4.1.7 Cvičení na míčích

Cvičení můžeme provádět na velkých míčích, elipsách a válkách různých velikostí. Takové pomůcky používáme nejen pro nácviček vertikalizace, ale také pro uvolnění nebo naopak posílení těla. Cvičení, které je prováděné formou hry, bývá pro klienty zábavné.

4.1.8 Asistované cvičení

Rozsah kloubní pohyblivosti i posílení svalů procvičujeme pomocí asistovaného cvičení nebo pasivního cvičení. Klient podle svých schopností pomáhá nebo pohyb vede asistent, a tělo tak pasivně protahuje.

4.1.9 Masáže

Masáž je historicky uznávaná a stále rozvíjená léčebná metoda. Tím, jak se masér dotýká těla klienta a jaké používá techniky, má masáž pozitivní vliv na tělesné struktury. V prvním okamžiku člověk vnímá dotek receptory umístěnými na kůži. Receptory posílají informaci do mozku, který ji zpracuje a předá do svalů. Ty se následně uvolní, odchází bolest a tím se navozuje příjemný pocit. V těle se tak vyvolává řada pozitivních reakcí. Nejen že se snižuje svalové napětí, ale stimuluje se také krevní oběh, respirační a lymfatický systém a kůže zvyšuje svoji elasticitu. To vše má následně pozitivní dopad i na psychiku člověka a pomáhá tak i od stresu. Existuje mnoho typů masáží a také se při nich používají různé materiály (vonné oleje, lávové kameny a další). Klidná a relaxační masáž pomáhá od bolesti. Naopak intenzivní masáž organismus člověka povzbuzuje.⁵⁵ Záleží na terapeutovi, jaký typ masáže zvolí a ve kterých je vyškolený.

⁵⁵ Srov. MEEUS, C.; JOSHI, B. *Tajemství masáže*. Praha: Svojtka & Co., 2017. ISBN 978-80-256-2075-5, s. 10-48.

4.1.10 Hra, zábava a úprava prostředí

Pro děti je atraktivní zařazení nácviku pohybových činností do denních aktivit formou hry a zábavy. K tomu se dá uzpůsobit i okolní prostředí. Takto můžeme rozvíjet hrubou motoriku, například hrou s míčem, vytvářením různých prolézaček překonáváním překážek i společným tancem. Jemnou motoriku a úchopy procvičujeme manipulací s předměty (pastelky, kostky apod.) nebo nácvikem denních dovedností a sebeobsluhy.⁵⁶

4.1.11 Cvičení ve vodě

Voda je přirozené prostředí, které mají rády převážně děti. Jakékoli činnosti ve vodě jsou nejen radostné, ale i prospěšné. Tyto aktivity pomáhají k motorickému rozvoji.

Voda nadlehčuje, ale zároveň při pohybu klade odpor, a tak zábavnou formou pomáhá k posilování svalů i k udržení kloubní pohyblivosti.⁵⁷ Je možné s klienty docházet do bazénu nebo provádět koupele ve vaně s vířivkou. Teplé koupele jsou vhodné také pro celkové uvolnění spasticity před dalším cvičením.

4.1.12 Zooterapie

Pod tímto pojmem rozumíme působení zvířete na člověka. Dá se realizovat skupinově nebo individuálně, v sociálním zařízení nebo v domácím prostředí. Zooterapie ovlivňuje zdravotní, psychickou i sociální složku. Dochází k celkovému psychickému i fyzickému uvolnění. Využíváme pohyb a teplo zvířete, který podporuje tělesnou funkci. Důležitý je zde také fyzický kontakt se zvířaty, člověk se dotýká jejich srsti, což působí dobře také na taktilní složku. Musíme ovšem zohlednit, že tato terapie není vhodná pro každého, někteří lidé mohou mít alergii nebo se zvířat bojí. Mezi nejoblíbenější a nejznámější zooterapie, které lze provádět v sociální službě, řadíme canisterapii (použití psa), hipoterapii (použití koně), felinoterapii (použití kočky). Může se jednat i o terapii za pomoci drobných, hospodářských i exotických zvířat. Zooterapii musí provádět speciálně zaškolený terapeut.⁵⁸

⁵⁶ Srov. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4, s. 95 – 116.

⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 106 – 107.

⁵⁸ Srov. MOJŽÍŠOVÁ, A.; EISERTOVARÁ-BICKOVÁ, J. in MATOUŠEK, O.; KRÍŠŤAN, A.; MUSIL, L. (ed.) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7, s. 285 – 286

4.2 Nácvik motorických dovedností v sociální službě

Je zřejmé, že některé předchozí způsoby nácviku motorické složky člověka jsou zaměřené spíše pro odborníky z oboru fyzioterapie. Zkusme se dál zamyslet nad tím proč a za jakých okolností lze některé postupy využít i v sociálních zařízeních.

Sociální služba nenahrazuje zdravotnickou péči a to ani v léčbě pohybového aparátu. Ta je náplní fyzioterapie nebo lázeňské péče. Lázeňská péče se provádí v léčebných zařízeních, která jsou však separována od ostatní společnosti. Tím pádem dochází k izolaci pacientů, kteří jsou tak na nějaký čas izolováni od běžného života ve společnosti.⁵⁹ Nechceme zde zpochybňovat význam lázeňského způsobu péče, ale ten je spíše nárazový a nelze ho provádět v pravidelných denních aktivitách, které lidé s těžkým postižením potřebují. Na léčbu pohybového aparátu je vhodné docházet za fyzioterapeutem, masérem nebo na různé terapie. Zde mají pacienti tu nejodbornější péči ke zlepšování svých pohybových dovedností. Ale jedinec ani jeho rodina nemají kapacitu absolvovat tyto návštěvy tak často, jak člověk s těžkým hendikepem potřebuje.

Proč se na to nepodívat z druhé strany a pro ty, co to nejvíc potřebují, nenabídnout cvičení v sociální službě? Do ní klient dochází pravidelně a jsou mu zde nabízeny mnohé činnosti. Tělesná postižení klientů vedou k problémům i v sociální oblasti a vyžadují pravidelné procvičování motorických dovedností. Na to nezapomíná ani zákon o sociálních službách, který ve vyhlášce 505/2006 určuje povinnost poskytovatelům nabízet kromě jiných úkonů i „nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností“. Ze třiceti tří typů sociálních služeb má povinnost tento úkon nabízet třináct z nich.⁶⁰

Fyzické aktivity lze uskutečňovat skupinově nebo individuálně. Skupinové nácviky jsou vhodné pro klienty s lehčím postižením, zatímco individuální pro osoby s těžkým postižením. Cvičení je možné provádět v místnosti k tomu přizpůsobené (cvičební místnost, herna, tělocvična apod.), skupinové pak ještě venku na hřišti nebo v přírodě.

Nacvičování motorických dovedností s lidmi s těžkým kombinovaným postižením vyžaduje odborné vzdělání odpovědného pracovníka (fyzioterapeut, ergoterapeut, masér

⁵⁹ Srov. KOLÁČKOVÁ, J. KODYMOVÁ, P. in MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. (ed.) *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X, s. 101.

⁶⁰ Srov. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 4. 4. 2012 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf>.

a podobně). Ten ke správnému vyhodnocení účinných technik, které je vhodné s klienty provádět, potřebuje znát nejen tyto techniky, ale také anatomii a fyziologii pohybového ústrojí, a rozumět ontogenetickému vývoji dítěte. V sociální službě tento pracovník provádí nejen motorické cvičení, ale také v této oblasti metodicky vede ostatní pracovníky, kteří pak mohou některé techniky provádět sami. Jde například o polohování, nácvik vertikalizace, bazální stimulaci nebo různé hry. Pokud v sociálním zařízení, žádný takový odborník nepracuje, je vhodné alespoň pracoviště proškolit v konceptu Bazální stimulace.

Bendová zařazuje mezi vhodné facilitační techniky, které je vhodné provádět s osobami s těžkým kombinovaným postižením, koncept Bazální stimulace, Vojtovu metodu, Bobath koncept a další.⁶¹ Tyto a některé další formy nácviku motorických dovedností pro lidi s mentálním a fyzickým postižením jsou popsány v předchozí části. Ze své zkušenosti vím, že nejefektivnější je kombinace různých technik.

5 Stacionář Človíček

Pokud mluvíme o rozvoji motoriky u lidí, kde je tato schopnost snížena, vidí Jankovský výrazný smysl v uceleném systému rehabilitace. Je důležité vytvořit multidisciplinární tým, složený z odborníků na léčbu, pedagogiku, sociální a pracovní stránku a členů rodiny. Tento tým řeší klienty komplexně, přitom každý člen musí odpovědně uplatňovat svoji profesi. Východisko pro sociální začlenění lidí se zdravotním postižením vidí autor v uceleném systému služeb, které naplňují jejich speciální potřeby. Jako příklad takového zařízení uvádí Dětské centrum ARPIDA v Českých Budějovicích.⁶² Toto centrum je svým pojetím jedinečné, protože propojuje sociální, zdravotní a výchovně vzdělávací péči o děti s tělesným a kombinovaným postižením. Z tohoto konceptu si vzala příklad další zařízení, která pak vznikala v České republice. Částečně se nechali inspirovat i zakladatelé Stacionáře Človíček, pro osoby s postižením.

⁶¹ Srov. BENDOVÁ, P. in LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7, s. 90.

⁶² Srov. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5. s. 14 – 15.

5.1 Popis zařízení

Denní stacionář Človíček, pro osoby s postižením vznikl v roce 2002 v Plzni. Jeho zřizovatelem byla Diakonie ČCE – Středisko v Plzni a od roku 2012 je jím Diakonie ČCE – Středisko Západní Čechy. Tento stacionář nabízí svým klientům dvě služby. Jedna je určena dospělým lidem s mentálním postižením.

V této práci bude popisována druhá služba, která se věnuje osobám od 4 do 30 let, s těžkým kombinovaným postižením. Jedná se o kombinaci těžkého tělesného postižení a střední, těžké nebo hluboké mentální retardace. K tomu může být připojeno i smyslové postižení. Jde o ambulantní sociální službu, kterou může denně navštěvovat až 12 lidí. Cílem je zajistit rozvoj klientů s ohledem na kvalitu jejich života tak, aby měli zážitky podobné ostatním lidem bez postižení. Stacionář Človíček, program pro děti a mládež je akreditovaným pracovištěm pracujícím v konceptu Bazální stimulace, takže všechny činnosti s klienty jsou obohaceny o prvky Bazální stimulace. Rozvoje osobnosti uživatele se zde dosahuje tím, že se udržuje a zlepšuje tělesný rozvoj pomocí nácviku motorických dovedností včetně vodní lázně ve vaně s vířivkou a cvičením na speciálním přístroji MOTOmed. Kromě tělesného rozvoje se udržuje a zlepšuje duševní rozvoj, pomocí aktivizačních činností a podporují a zdokonalují se prvky komunikace. Dále se vytvářejí a upevňují hygienické stravovací návyky a prvky sebeobsluhy. V neposlední řadě se pomáhá v navazování sociálních kontaktů různými aktivitami, jako jsou společenské akce ve stacionáři, výlety, vycházky, cesty městskou hromadnou dopravou, návštěvy obchodů a jiné.⁶³

5.2 Nácvik motorických dovedností u klientů Stacionáře Človíček

Nedílnou součástí nabídky Stacionáře Človíček je nácvik motorických dovedností, který je zařazen mezi individuální nebo skupinové činnosti, ze kterých si může klient vybrat a které jsou hrazeny podle Rozpisu úhrad služby.

Ke cvičení jsou zde uzpůsobeny a vybaveny dvě místnosti a ve třetí místnosti je vana s vířivkou. K rozvíjení fyzických schopností se ve stacionáři používají následující metody: nácvik podle konceptu bazální stimulace, reflexní lokomoce podle Vojty, koupání ve vaně s vířivkou a chromatoterapií, masáže s prvky aromaterapie, masáže lávovými kameny, pasivní a aktivní cvičení, cvičení na míči, u žebřin, procvičování dolních i horních končetin na speciálním rehabilitačním přístroji

⁶³ Srov. Příloha II.

MOTOMed, nacvičování chůze nebo vertikalizace na vertikalizačním stole, tejpování apod. Mezi fakultativní služby patří dva typy zooterapie. Do stacionáře dochází canisterapeutka se cvičeným psem nebo klienti hromadně dojíždějí na hipoterapii.

K rozvoji motorických dovedností jsou určeny dvě pracovnice, jedna pracuje na pozici koordinátorky. Ta je původním povoláním fyzioterapeutka a je vyškolená ve Vojtově reflexní lokomoci. Druhá pracovnice pracuje na pozici pracovníka v sociálních službách a je akreditovaná masérka. Obě mají v náplni práce specializaci na nácvik motorických dovedností a pravidelně se vzdělávají nejen v sociální oblasti, ale také v oblasti zaměřující se na fyzickou složku. Koordinátorka navíc v oblasti fyzických dovedností metodicky vede veškerý personál.

Pohybové schopnosti klientů a nácvik motorických dovedností jsou také zapisovány do individuálních plánů a pravidelně vyhodnocovány. U klientů se popisují nejen jejich současné fyzické schopnosti, ale také případný vývoj, metody a techniky, které se využívají a jak na ně klient reaguje. Důležitá jsou i případná rizika, která jsou s tím spojena.

6 Kazuistiky

V následujícím textu si popíšeme kazuistiky dvou klientů denního stacionáře. Cílem je ukázat na nich, jak se pravidelným nacvičováním motorických dovedností rozvinulo jejich sociální začlenění a upravila kvalita jejich života. Kritérium pro volbu klientů bylo, aby měli těžké kombinované postižení fyzické a mentální složky. Jejich postižení má rozdílnou etiologii, liší se i v projevech a závažnosti postižení. Jeden klient je s lehčí formou kombinovaného postižení a druhý s velmi těžkým kombinovaným postižením. Na těchto příkladech uvidíme, jakou roli pro sociální začlenění hraje forma postižení. Kazuistiky jsou zhotoveny na podkladě dlouhodobého pozorování, zápisů z individuálních plánů a z rozhovorů s rodiči klientů i pracovníků denního stacionáře.

Dále uvádím vyhodnocení obou kazuistik, celá kazuistika Vojtěcha je v příloze III. a kazuistika Karla je v příloze IV.

6.1 Vyhodnocení kazuistiky Vojtěcha

Vojta po závažném infekčním onemocnění, které prodělal v devíti měsících, má kombinované postižení mentální a fyzické, je neslyšící a trpí epilepsií.

Do denního stacionáře nastoupil před pěti lety. V té době mu byly čtyři roky a celkově se projevoval jako lítostivý chlapec, který byl silně fixován na rodiče. Ve

stacionáři zpočátku plakal, a vydržel zde maximálně čtyři hodiny. Vzhledem ke svému sluchovému hendikepu nijak nekomunikoval. V prostoru byl zmatený, nechodil, pouze lezl. Musel být pod neustálým dohledem, aby se nezranil při epileptickém záchvatu, který měl několikrát denně. Přání rodičů bylo, aby se zlepšila jeho samostatnost a dokázal se nějakým způsobem dorozumět.

Ve stacionáři jsme se nejprve zaměřili na celkovou adaptaci v cizím prostředí a na nácvik chůze, v pozdějším období i na nácvik komunikace pomocí znakové řeči. V posledních letech přibyly nácviky sebeobsluhy a sociálního začleňování.

Během pěti let Vojta ve stacionáři pravidelně denně cvičil, nacvičoval chůzi, koupal se ve vaně s vířivkou nebo v bazénu a jezdil na hipoterapii. Tyto techniky vedly k tomu, že dnes Vojta umí chodit po schodech, běhá, a dokonce dovede chodit i pozpátku. K tomu, že Vojta přestal být zmatený, přispěla i jeho osobní asistentka. Vojta brzy pochopil, že asistentka je „jeho pravá ruka“. V současné době Vojta chápe, že znakování je prostředek k dorozumívání, a umí ukázat dva znaky (pozdrav a jídlo). Dokáže se sám najíst a z větší části používá WC.

Všechny předchozí aktivity, tudíž i procvičování motorických dovedností přispěly k tomu, že Vojtovi jsou přístupnější některé společenské aktivity. Můžeme ho charakterizovat jako velmi veselého chlapce. Postupem času je samostatnější, jezdí tramvají s doprovodem, ale již bez kočáru. Má rád společnost a s radostí navštěvuje všechny společenské akce, s asistentkou chodí do obchodů, do knihovny nebo do města. Epileptické záchvaty přetrvávají, takže je stále nutný neustálý dohled. Ten však nemusí být fyzickým dotekem jako dřív, ale stačí oční kontrola. Vojta je spokojený, velmi často se směje a do stacionáře se těší.⁶⁴

6.2 Vyhodnocení kazuistiky Karla

Karel se narodil s dětskou mozkovou obrnou, která se v jeho případě vyznačuje kombinací těžkého fyzického postižení a hluboké mentální retardace. Velmi špatně vidí a má kompenzovanou epilepsii. Do denního stacionáře nastoupil ve svých deseti letech a dochází sem již šestnáctý rok. Tehdy byl silně spastický, nepohyblivý s obrnou a kontrakturami na všech končetinách a neotáčel ani hlavou. Verbálně nekomunikoval, veškeré dorozumívání bylo očním kontaktem nebo projevy pláče a úsměvu. Byl silně fixován na matku, se kterou trávil většinu času a nepřijímal jídlo od nikoho jiného.

⁶⁴ Srov. Příloha III.

V počátku spolupráce se sociální službou jsme se zaměřili na adaptaci ve stacionáři. Dále na udržování celkového stavu a kloubní pohyblivosti, aby bylo možné ho oblékat a polohovat do různých pozic. V šestnácti a sedmnácti letech trpěl velkými bolestmi kloubů, které byly způsobené jeho nepohyblivostí. V tomto období jsme zvýšili frekvenci koupání ve vaně s vířivkou a masáží. Obojí mu dělalo dobře a bolesti pravděpodobně vymizely, protože se opět začal převážně usmívat. Později jsme na základě empatické fantazie zjistili, že Karel by chtěl ve stacionáři prožívat den plný pohody, klidu s prvky Bazální stimulace.

Po celou dobu ve stacionáři se Karel denně zúčastňuje nácviku motorických činností. Mezi ně patří vodoléčba, masáže, pasivní cvičení, cvičení na velkém míči, Vojtova reflexní lokomoce, Bazální stimulace, polohování a canisterapie. Cvičení je v posledních letech vzhledem k jeho věku a postižení vedeno v klidném prostředí a pomalém tempu.

Protože je Karlovi v rodině i ve stacionáři neustále věnovaná kvalitní péče, jeho fyzický stav se během šestnácti let nezhoršil. Ve stacionáři se mu líbí, což dává najevo úsměvem a veselým výrazem v očích. Jídlo, které původně přijímal jen od matky, nyní akceptuje i od pracovníků stacionáře. Karel je stále schopen jezdit v polohovacím kočáru na vycházky nebo do města za rozptýlením. Má rád společnost, takže si tyto výlety nesmírně užívá. Bez pravidelného procvičování jeho motorických schopností by nemohl bez bolesti sedět a v pohodě realizovat tyto svoje oblíbené aktivity.⁶⁵

6.3 Porovnání těchto kazuistik

Z předchozích kazuistik vyplývá, že fyzické schopnosti mají vliv na sociální začlenění osob s těžkým postižením v kombinaci fyzického hendikepu a mentální retardace.

Vyšlo najevo, že u lehčí formy postižení, kterou má Vojta, je reálné dosáhnout vertikalizace a progresivního vývoje. Nácvik stoje a chůze můžeme procvičovat i zábavnými technikami, hrou nebo cvičením v terénu. Chůze pak pozitivně ovlivňuje samostatnost, která vede k sociální adaptaci.

U lidí s těžkým kombinovaným postižením však jde především o udržování fyzického stavu, ve kterém se nacházejí. Spasticita u Karla vede ke kloubním kontrakturám, takže bez pravidelného procvičování motorických dovedností by se výrazně omezil kloubní rozsah a Karel by nemohl sedět, obléknout se a hlavně by trpěl

⁶⁵ Srov. Příloha IV.

velkými bolestmi. Od bolesti pomáhají především relaxační techniky. Když člověka něco trápí, nemá schopnosti ani chuť vykonávat další aktivity, které mohou být orientovány směrem ke společnosti. Zachování určitých fyzických schopností pro Karla znamená, že má kvalitnější polohu, vydrží déle sedět a pak je schopen na kvalitním polohovacím vozíku navštěvovat některé akce, stejně jako Vojta.

Z kazuistik lze vypožorovat, že Vojta i Karel pomocí pravidelného cvičení dosáhli lepšího zařazení do společnosti. Oba klienti mohou nejen docházet do stacionáře a do školy, ale společně s dalšími kamarády jezdit do města hromadnou dopravou. Zde navštěvují obchody, knihovnu, kostely, výstavy, zoologickou zahradu a další aktivity. Oběma se to líbí a projevují radost ze života.

7 Diskuse

Novosad uvádí, že „*Pohyb přímo tvořivě či formativně působí na socializaci člověka i na vývoj jeho osobnosti. Bezprostředně ovlivňuje jeho samostatnost, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat i jeho schopnost sdružovat se, spolupracovat, komunikovat a vyvíjet cílenou, smysluplnou aktivitu (pracovat, studovat, pěstovat své zájmy apod.)*“.⁶⁶

Na základě porovnání výstupů své práce s touto citací mohu konstatovat shodu v tom, že sociální začleňování člověka je přímo závislé na jeho fyzických schopnostech. Na příkladech z kazuistik jsme viděli, že pravidelným cvičením člověk rozvíjí nebo udržuje svoje pohybové schopnosti. Může pak snadněji navštěvovat a lépe prožívat společenské aktivity. V případech těžkého kombinovaného postižení, které mají oba uvedení klienti, však nelze předpokládat úplnou samostatnost. Oba vyvíjejí aktivity na základě svých možností. Je zjevné, že čím těžší postižení člověk má, tím má horší výchozí podmínky i pro sociální začleňování. Na příkladu Vojty je vidět, že u lehčího postižení dochází vlivem pohybových schopností k částečnému rozvíjení samostatnosti. U těžkého postižení, které má Karel, jde cvičením spíše o udržení fyzického stavu bez bolesti.

Význam fyzických schopností na prožívání člověka bych shrnula slovy Karolíny Friedlové. „*Ten, kdo nemůže změnit svou polohu je velmi ochuzen o mnoho podnětů*

⁶⁶ NOVOSAD, L, *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9. s. 40.

*z vnitřního i vnějšího světa.*⁶⁷ Proto je potřeba lidem s fyzickým hendikepem nabízet co nejvíce aktivit a podnětů. Karel i Vojta ke svému životu potřebují neustálou asistenci další osoby, ale oba dělají, co je baví.

Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv mají motorické dovednosti na sociální začlenění u osob s kombinovaným postižením mentální a fyzické složky. S lidmi s tímto postižením procvičuji pohybové schopnosti v denním stacionáři již šestnáctý rok a mám tedy praktické zkušenosti. Také jsem chtěla propojit tyto praktické zkušenosti s teorií. Teoretická východiska jsem postupně na sebe navazovala a na závěr spojila s praxí.

Na začátku jsem popsala životní příběh Filipa. Ten je uveden jako příklad, aby si čtenář při čtení práce mohl lépe představit, jakým způsobem může v praxi probíhat začleňování člověka s velmi těžkým postižením do společnosti. Nyní mohu Filipa porovnat s kazuistikami Karla a Vojtěcha. Všichni tři jsou shodou okolností mužského pohlaví a u všech byl stejný typ kombinovaného postižení. Všechny tři znám a mohla jsem je pozorovat řadu let. Jejich pohybové schopnosti byly omezeny, a proto pro ně bylo významné každodenní cvičení. Udržení nebo rozvoj pohyblivosti, kterého docílili, jim všem třem umožnil účastnit se dění ve společnosti.

Závěrem bych ráda shrnula některé poznatky, které považuji za nejdůležitější. Z této práce vyplynul význam motorické aktivizace u lidí s těžkým kombinovaným postižením pro jejich začlenění do společnosti. Cvičení vede ke zlepšení nebo udržení stávající pohyblivosti a pomáhá odstraňovat některé bolesti. Pak i člověk, který má těžké fyzické postižení, se může lépe zúčastňovat společenských aktivit. Abychom u něj dospěli k pozitivním výsledkům, je potřeba procvičovat pohybovou složku denně, po celou dobu jeho života. Cílem sociální služby není nahradit zdravotnické zařízení, ale pomáhat zlepšovat sociální fungování člověka. Cestou k začlenění je právě pravidelné cvičení. Proto je vhodné zařadit tyto nácviky do činností v sociální službě. K tomu mohou sloužit různé metody a techniky. Jejich použití záleží na typu postižení u klienta a na tom, jakým způsobem na ně reaguje. Aby nácviky motorických dovedností byly účinné, nebo dokonce klientovi neškodily, měly by nezbytně mít profesionální úroveň. Z toho důvodu musí být ve službě takový pracovník, který je

⁶⁷ FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4. s. 25.

v příslušných metodách proškolený. Ten pak metodicky vede ostatní personál, který může vykonávat pouze některé činnosti. Zde bych uvedla jako příklad dobré praxe Stacionář Človíček, kde zařazení nácviku motorických dovedností funguje od jeho založení a přináší klientům dobré výsledky.

Dalšími faktory, které z této práce vyplynuly jako podstatné a které přispívají ke zkvalitnění sociální práce s lidmi s těžkým hendikepem, jsou zařazení konceptu Bazální stimulace do péče o klienty a individuální plánování.

Svoji práci zakončím zdůrazněním role informovanosti veřejnosti. Pokud bude veřejnost dostatečně seznámena s problematikou lidí s postižením, předejde se tím negativním dopadům ve vzájemné interakci mezi společností a lidmi s těžkým hendikepem.

Seznam použitých zdrojů

Použitá literatura:

ČERMÁKOVÁ, K.; JOHNOVÁ, M. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

HORKÝ, K. *Lékařské repetitorium*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-241-2.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATOUŠEK, O.; KŘIŠŤAN, A.; MUSIL, L. (ed.) *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O.; KODYMOVÁ, P.; KOLÁČKOVÁ, J. (ed.) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MEEUS, C.; JOSHI, B. *Tajemství masáže*. Praha: Svojtka & Co., 2017. ISBN 978-80-256-2075-5.

MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-872-4.

NOVOSAD, L. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5

PRŮCHA, J.; WALTEROVÁ, E.; MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.

SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: H & H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

TROJAN, S.; DRUGA, R.; PFEIFFER, J.; VOTAVA, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 1996. ISBN 80-7169-257-3.

Internetové zdroje:

AION CS, s.r.o. [online]. Zlín Posl. úpravy 1. 1. 2018 [cit. 2018-02-20]. Dostupné na WWW: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198/zneni-20180101>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 10. 8. 2017 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1._10._2017.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 4. 4. 2012 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf>.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [online]. Praha: ÚZIS, Posl. úpravy 8. 3. 2018 [cit. 2018-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkf-mezinarodni-klasifikace-funkcnich-schopnosti-disability-zdravi>>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [online]. Praha: MŠMT, Copyright © 2013 [cit. 2018-03-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-1-9-2017-do-31-8-2018>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, Posl. úpravy 30. 1. 2012 [cit. 2017-12-1]. Dostupné na WWW: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pdf>.

Interní dokumenty Stacionáře Človíček:

Příloha I. Stacionář Človíček, program pro děti a mládež, *Individuální plánování průběhu sociální služby, 2017.*

Příloha II. Stacionář Človíček, program pro děti a mládež, *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, 2018.*

Seznam příloh

Příloha I. Stacionář Človíček, *Individuální plánování průběhu sociální služby*

Příloha II. Stacionář Človíček, *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*

Příloha III. Kazuistika Vojtěch

Příloha IV. Kazuistika Karel

Příloha I. Stacionář Človíček, Individuální plánování průběhu sociální služby



Název předpisu: Individuální plánování průběhu sociální služby

Číslo předpisu: 7.DSČDM.5.2017.1

Verze číslo: 2 Počet stran: 9 Počet příloh: 3

Schválil:	Marie Šamanová	Vydal:	Martin Friš
Funkce:	Vedoucí ambulantních služeb	Funkce:	Koordinátor Stacionáře Človíček,
Datum schválení:	1.9.2017	Datum vydání:	1.9.2017
Datum účinnosti od:	1.9.2017	Datu revize:	
Obsah:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Účel a cíle metodiky individuálního plánování 2. Co je individuální plánování 3. Jednotlivé fáze individuálního plánování 4. Popis vyhodnocení IP 5. Dokumentace 6. Přílohy metodiky 7. Kompetence 8. Kontrola IP 9. Legislativa a použitá literatura 10. Aktualizace 		
Změny oproti předchozí verzi v těchto kapitolách: ano, 1-10			
Změny oproti předchozí verzi v těchto přílohách: ano, 1-4, př. č. 2 zrušena			

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

METODIKA INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ STACIONÁŘ ČLOVÍČEK - PROGRAM PRO DĚTI A MLÁDEŽ

1. Účel a cíle metodiky individuálního plánování

Směrnice je určena pro pracovníky služby Stacionář Človíček, program pro děti a mládež. V tomto dokumentu je popsáno, jak postupovat při individuálním plánování služby s každým uživatelem a jak se to má projevit při samotném průběhu služby.

Cílem metodiky je:

- a) každý pracovník ví, jaký je smysl individuálního plánování služby a jakou v něm hraje roli
- b) klíčoví pracovníci vědí, jak mají při individuálním plánování postupovat, co je jejich povinností, jaké mají pravomoci a na co mají právo
- c) koordinátor služby a sociální pracovník má k dispozici základní informace pro kontrolu práce pracovníků v souvislosti s individuálním plánováním

2. Co je individuální plánování

Individuálním plánováním služby rozumíme:

- .Proces, který má 4 fáze (mapování – sběr informací, plánování, realizaci a vyhodnocení)
- V jeho průběhu vzniká individuální plán, což je fakticky dohoda mezi službou a uživatelem o tom, jakým způsobem a s jakým zaměřením bude podpora a péče konkrétnímu uživateli ve službě poskytována.

Proč individuálně plánujeme nabízené služby:

➤ Z pohledu zákona:

- abychom dostáli povinnosti ukládané zákonem, mohli dokázat kvalitu své nabízené služby a dosáhnout tak na podporu státu

➤ Z pohledu uživatele služby:

- aby dostal to, za co si platí
- aby měl kontrolu nad tím, co se s ním děje
- aby se orientoval v tom, co se bude dít
- aby dostával to, co potřebuje a ne to, co nepotřebuje

- aby nebyl objektem vůle poskytovatele
- aby se zvýšila účinnost služby
- Z pohledu pracovníka:
 - aby pracovník věděl, že dodává to, za co si uživatel platí
 - aby pracovník věděl, co a jak má dělat
 - aby naše práce byla uvědomělá (ne nahodilá) a systematická (ne chaotická)
 - aby pracovník věděl, co může odmítnout a co musí poskytnout
 - aby se pracovník na svoji práci mohl připravit a věděl, s čím musí počítat
 - aby pracovník věděl, jestli plní svoje povinnosti a zda je případná kritika nadřízeného nebo kolegy oprávněná.

3. Jednotlivé fáze individuálního plánování

Průběh individuálního plánování:

Individuální plánování služby probíhá na základě sjednaného cíle spolupráce.

- Sjednání cíle spolupráce probíhá již v období jednání se zájemcem a především při zkušebním pobytu. Pokud očekávání zájemce odpovídají poslání a cílům sociální služby, je sepsána Smlouva o poskytování péče, k níž je přiložen rozsah sjednané péče a podpory a využití fakultativních služeb.
- Cíl spolupráce je poté "doladěn" nejpozději do tří měsíců ode dne zahájení poskytování služby, včetně vypracování celkového individuálního plánu.
- Pro tvorbu IP je nutné od uživatele služby zjistit, jaké jsou jeho potřeby, očekávání, čeho by chtěl prostřednictvím poskytované sociální služby dosáhnout, co by chtěl ve svém životě pomocí sociální služby změnit.
- IP je vytvářen při rozhovorech, které jsou k tomuto účelu určené. Rozhovory probíhají v prostorách zařízení, ve kterých je pro uživatele zajištěno soukromé prostředí. U těchto rozhovorů je vždy přítomen klíčový pracovník a uživatel. Dále je přítomen zákonný zástupce uživatele (odůvodnění přítomnosti zákonného zástupce je vysvětleno níže). Ke schůzce mohou být prizvány i osoby, které jsou s uživatelem v kontaktu (např. babička, kamarád apod.) nebo odborník (např. jiný pracovník zařízení, speciální pedagog, fyzioterapeut apod.), který může příznivě ovlivnit proces plánování a stanovení cílů uživatele (zná

jeho potřeby a přání). Zároveň s přítomností další osoby musí souhlasit uživatel, případně zákonný zástupce.

- Vzhledem ke skutečnosti, že cílovou skupinu služby tvoří osoby s těžkým kombinovaným postižením, které obvykle kvůli těžkému nebo hlubokému mentálnímu postižení verbálně (používání mluvených slov) ani neverbálně symbolicky (používání psaných slov, řeči ve znacích, piktogramů, obrázků, fotografií apod.) nekomunikují, bývá problematické prokazatelně zjistit jejich informovaný souhlas s jejich osobním cílem. Vycházíme tedy z anamnestických údajů získaných při jednání se zájemcem nebo na schůzkách, konkrétně z rozhovorů se členy pečující rodiny (zákonným zástupcem) nebo i informací z dotazníků (např. Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace), které členové pečující rodiny (zákonný zástupce) při jednání se zájemcem nebo v průběhu poskytování služby vyplňují. Ke stanovení cíle spolupráce lze využít i alternativní techniky sociální práce, např. empatické fantazie nebo imaginárního rozhovoru zaměstnanců, blízkého člena pečující rodiny, praktikantů, stážistů. Pokud to schopnosti uživatele umožňují, je uživatel aktivně zapojen do tvorby IP a komunikujeme s ním, způsobem pro něj srozumitelným za použití alternativní nebo augmentativní neverbální komunikace symbolické (např. používáme obrázky z Výměnného obrázkového komunikačního systému, piktogramy, fotografie, znakovou řeč aj.).
- Na základě takto získaných informací je stanoven cíl spolupráce a vytvořen individuální plán. Poté je tento cíl hodnocen na základě cíleného a strukturovaného pozorování tzv. uživatelova komunikačního chování, kdy pozorujeme, jak uživatel reaguje na námi vykonávané činnosti - vyjádření libých a nelibých pocitů (výraz ve tváři, gesta, postoj těla apod.). Pokud to schopnosti uživatele umožňují, je uživatel aktivně zapojen i do hodnocení a to způsobem pro něj srozumitelným, za použití alternativní nebo augmentativní neverbální komunikace symbolické (např. používáme obrázky z Výměnného obrázkového komunikačního systému, piktogramy, fotografie, znakovou řeč aj.) nebo verbálně.

Způsoby stanovení cílů spolupráce se sociální službou i popis případného komunikačního chování uživatele jsou vždy popsány ve složce uživatele služby v kapitole Komunikace.

- Osobních cílů uživatele lze docílit i pomocí fakultativních služeb, které zařízení poskytuje (např. svoz a rozvoz uživatelů, výlety, hipoterapie aj.). Z těchto důvodů se uživatel a jeho zákonný zástupce může sejít i s dalším odborníkem (hipoterapeut, canisterapeut apod.), který má v tomto směru s uživatelem zkušenosti, nebo který může příznivě ovlivnit proces plánování a stanovení cílů uživatele.
- Výsledkem rozhovoru by měl být stanovený cíl spolupráce. Ten by měl být:
 - specifický (jsme schopni jednoznačně odpovědět na otázku, co je přesně a konkrétně cílem)
- měřitelný (víme, jak a podle čeho poznáme, že jsme s úspěchem dosáhli cíle)
 - akceptovatelný (odpovídají cíle potřebám uživatelů a jsou pro ně přijatelné)
 - reálný (je možné cíle vůbec realizovat a dosáhnout požadovaných výsledků)
 - termínovaný (jaký je časový rámeček pro realizaci cíle a do kdy bude cíl naplněn)

IP - jeho části:

- Charakteristika uživatele
- Rizikové situace
- Plán péče
- Plán podpory
- Fakultativní činnosti

Frekvence plánování:

- Klíčový pracovník se minimálně 2x ročně (obvykle září a únor) setkává s uživatelem a jeho zákonným zástupcem na individuální schůzce, na které se vytváří a zhodnocuje cíl spolupráce se sociální službou. Pokud to situace vyžaduje je možné schůzky svolat i v kratším časovém úseku. Pokud časové možnosti zákonného zástupce nedovolí osobní účast na schůzce s klientem,

je možné mu záležitosti týkající se IP sdělit písemnou formou (dopis, e-mail).
Vždy však upřednostňujeme osobní setkání.

Realizace IP:

- Je každodenní týmovou záležitostí (neprovádí ji samotný klíčový pracovník).
- Klíčový pracovník má za úkol tuto realizaci koordinovat.
- Ve službě probíhají pravidelné (minimálně jedenkrát za měsíc) porady o individuálním poskytování služeb, na nichž se pracovníci věnují realizaci jednotlivých IP.

5. Popis vyhodnocení IP

Ve Stacionáři Človíček, programu pro děti a mládež probíhají pravidelné porady k realizaci a zhodnocování IP jednotlivých uživatelů. Tyto porady jsou pořádány minimálně jednou za měsíc. Průběh realizace cíle je vždy minimálně jednou za týden zaznamenán v informačním sešitě uživatele (mimořádné události zaznamenáváme ihned). Z těchto týdenních záznamů pak vychází klíčový pracovník při kontrole úspěšnosti plnění cíle spolupráce, která se provádí při schůzce s uživatelem služby (obvykle v září a v únoru daného roku). Při této kontrole se především hodnotí úspěšnost naplnění IP, posun k uskutečnění cíle, případně jestli není třeba provést některé jeho změny (např. změnu metody k dosažení cíle IP). Podklady k vyhodnocení IP předkládá klíčový pracovník, ostatní členové týmu mohou tyto podklady doplnit, upřesnit, připomínkovat.

- Individuální plán uživatele služeb Stacionáře Človíček – program pro děti a mládež se aktualizuje minimálně jednou za rok, obvykle během měsíce ledna.
- K celkovému vyhodnocení IP dochází, pokud:
 - došlo k dosažení cíle spolupráce
 - uživatel služby si přeje upustit od sjednaného cíle spolupráce
 - dochází k ukončení využívání sociální služby (z jakéhokoliv důvodu).

6 Dokumentace

Veškeré podklady k IP zaznamená klíčový pracovník písemně do osobní složky (šanon s názvem IP a jméno uživatele + PC, plocha Človíček server/společná data/Človíček děti/IP-sociální služba) uživatele služby. Složka klienta je v uzamykatelné skříni

v kanceláři zařízení č. dveří 21, data v PC jsou chráněna přihlašovacím heslem pracovníka. Průběh naplňování cíle spolupráce zapisují pracovníci do informačního sešitu, který je umístěn ve skříni v herně Stacionáře Človíček.

- K osobním složkám uživatelů mají přístup všichni pracovníci zařízení. Do písemné osobní složky může dále nahlížet uživatel a jeho zákonný zástupce a to po předchozí žádosti. Každá další osoba musí mít souhlas od uživatele, případně zákonného zástupce.
- Jakékoliv mimořádné události týkající se osoby uživatele, může zapisovat každý pracovník zařízení do informačního sešitu uživatele, který je umístěn ve skříni na herně Stacionáře Človíček.

7 Přílohy metodiky

- Příloha č. 1 - Formuláře IP uživatele služeb Stacionáře Človíček, program pro děti a mládež
- Příloha č. 2 - Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace
- Příloha č. 3 - Klíčový pracovník - informace pro pracovníky

8 Kompetence

- Koordinátor služby je odpovědný za to, že metodika IP je v souladu se směrnicí IP v úseku služeb sociální péče Diakonie Západ a individuální plánování probíhá dle stanovených požadavků. Jeho úkolem je zajistit, aby se všichni podřízení ujali svého dílu odpovědnosti v rámci individuálního plánování a poskytování služby. Dále je pak na něm, aby zajistil dostatečné podmínky k výkonu role klíčových pracovníků a podpořil je v jejich samostatnosti a zajistil kontrolu výsledků individuálního plánování v rámci zařízení.
- Koordinátor služeb je odpovědný za kontrolu průběhu procesu individuálního plánování ve své části úseku a zajištění podmínek pro potřebné vzdělávání pracovníků.
- Sociální pracovník je zodpovědný za vedení, obsah a formu složek uživatelů. Je zodpovědný za aktualizaci tištěných i elektronických

dokumentů (složek uživatelů). Je zodpovědný za dodržení termínů aktualizací a přehodnocování osobních plánů.

- Sociální pracovník je zodpovědný za to, že metodika IP ve službě je funkční a aktuální. Pro pracovníky je srozumitelná a pracují podle ní.
- Za sestavení individuálního plánu konkrétního uživatele, koordinaci naplňování této dohody a jejího vyhodnocování je odpovědný klíčový pracovník. Obsah a formu složek IP schvaluje sociální pracovník.
- Vedoucí služby je zodpovědný za nastavení a zajištění podmínek pro individuální plánování v úseku služeb péče, řízení procesů změn a kontrolu funkčnosti procesu.

9 Kontrola IP

- Za kontrolu práce (dodržování procesu IP, používání dojednaných metod práce apod.) klíčových pracovníků je odpovědný sociální pracovník.
- Jednou za rok (obvykle v měsíci únoru) koordinátor služby zkontroluje průběh a dokumentaci IP jednotlivých uživatelů služeb. Při zjištění jakéhokoliv nedostatku v IP, koordinátor na toto upozorní sociálního pracovníka, ten pak klíčového pracovníka, který je povinen nedostatek odstranit do jednoho měsíce od tohoto upozornění.
- Vedoucí služby je odpovědný za kontrolu průběhu procesu individuálního plánování ve své části úseku a zajištění podmínek pro potřebné vzdělávání pracovníků.
- Vedoucí služby je zodpovědný za kontrolu funkčnosti procesu.

10 Legislativa a použitá literatura

- Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění
- Vyhláška 505/2006 v akt. znění
- Občanský zákoník
- Standardy kvality sociálních služeb
- Standardy kvality - výkladový sborník

- Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách
- Dosavadní směrnice IP ve službách Diakonie Západ
- Dosavadní metodika IP Stacionáře Človíček, program pro děti a mládež
- Vnitřní řád a pravidla Stacionáře Človíček, program pro děti a mládež

11 Aktualizace

Změny předpisu budou prováděny dle předpisu 1.DIAK.23.2014 spisový a skartační řád. Za aktualizaci je zodpovědný koordinátor služby.

Aktualizace: 1. 9. 2017

Příloha II. Stacionář Človíček, Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb



Název předpisu: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Číslo předpisu: 7.DS.1.2018

Verze číslo: 2

Počet stran: 7

Počet příloh: 8

Schválil:	Marie Šamanová	Vydal:	Eva Čermáková
Funkce:	Vedoucí ambulantních služeb	Funkce:	Koordinátor Stacionáře Človíček, programu pro děti a mládež
Datum schválení:	20. 12. 2017	Datum vydání:	1. 1. 2018
Datum účinnosti od:	1. 1. 2018	Datu revize:	
Obsah:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Veřejný závazek 2. Etický kodex zaměstnanců 3. Základní činnosti při poskytování sociální služby. 4. Metodické postupy k fakultativním službám 5. Denní časový program uživatelů 6. Vnitřní řád 7. Pravidla pro ochranu před negativním hodnocením uživatelů 8. Podmínky pro uplatňování vlastní vůle uživatele 9. Strategické cíle zařízení 10. Seznam příloh 11. Legislativa 		
Změny oproti předchozí verzi v těchto kapitolách: 3, 4			
Změny oproti předchozí verzi v těchto přílohách: zrušena příloha č. 6 Metodika pro rehabilitaci			

1. Veřejný závazek k poskytování služby

Název služby:	Stacionář Človíček pro osoby s postižením
Druh služby:	Denní stacionáře
Forma služby:	Ambulantní
Poskytovatel služby:	Diakonie ČCE - středisko Západní Čechy
Adresa služby:	Kralovická 1562/35, Plzeň 1 – Bolevec, 323 00
Denní kapacita služby:	12 klientů

Následující dokument definuje a blíže vymezuje veřejný závazek k poskytování služby Stacionáře Človíček pro osoby s postižením, program pro děti a mládež (v textu může být použito SČDM). Všichni pracovníci jsou si vědomi, že služby musejí poskytovat v souladu s tímto veřejně deklarovaným prohlášením, tj. posláním, cílovou skupinou, cíli a principy.

1. Definice služby

Služba sociální péče s názvem „Stacionář Človíček pro osoby s postižením, program pro děti a mládež“ je ambulantní formou sociálních služeb, která je jako denní stacionáře definována v § 46 Zákona o sociálních službách, č. 108/2006. Služba je poskytována Diakonií ČCE – středisko Západní Čechy, na adrese Kralovická 1562/35, Plzeň 1 – Bolevec, 323 00.

2. Poslání

Stacionář Človíček, program pro děti a mládež nabízí ambulantní formou komplexní služby v oblasti denní péče, rozvoje znalostí, motoriky, komunikačních schopností a sociálních vztahů dětem a mládeži s těžkým kombinovaným postižením z Plzně a okolí.

3. Okruh osob, kterým je služba určena

Služba tohoto programu je určena dětem a mládeži a osobám (od 4 do 30 let) z Plzně a okolí, kteří mají těžké kombinované postižení. Tzn. kombinace těžkého tělesného postižení (při přesunu a pohybu úplná závislost na druhé osobě) a střední, těžké nebo hluboké mentální retardace může být přidruženo i smyslové postižení. Z provozních a personálních důvodů služba není určena osobám s autismem. Pro zachování kvality

poskytované služby s dostatkem času pro vzájemnou spolupráci, přijímáme do služby pouze osoby do 26 let, které tento věk dovrší v době uzavření smlouvy.

Službu nejsme schopni poskytnout zájemcům:

- V případě naplněné kapacity služby – nabízíme zařazení do pořadníku zájemců o službu.
- Pokud neposkytujeme službu, o kterou žadatel žádá.
- Osobám, u kterých bylo při zkušebním pobytu zjištěno, že jejich chování závažným způsobem narušuje kolektivní soužití ve Stacionáři Človíček (např. agrese vůči ostatním uživatelům apod.).

4. Kapacita služby

Denní kapacita služby je dvanáct uživatelů. Tato kapacita je vymezena prostorovými možnostmi budovy.

5. Cíl služby

Naším cílem je všestranný rozvoj osobnosti uživatele tak, aby kvalita jeho života ve všech oblastech dosahovala té nejvyšší možné úrovně a jejich prožitky byly podobné zdravým vrstevníkům.

Tohoto dosahujeme pomocí dílčích cílů:

- Pracujeme v konceptu Bazální stimulace - jsme akreditované Pracoviště Bazální stimulace.
- Vytváříme a upevňujeme hygienické a stravovací návyky a další úkony, které vedou k péči o vlastní osobu.
- Zlepšujeme a udržujeme tělesný a duševní rozvoj.
- Podporujeme a zdokonalujeme prvky komunikace.
- Pomáháme v navazování sociálních kontaktů.

6. Principy

- **Respekt a porozumění.** Názor a volbu uživatelů přijímáme s respektem a porozuměním

- **Ochrana práv uživatelů.** Dodržujeme lidská práva a zachováváme lidskou důstojnost.
- **Individualita klienta.** Ke každému uživateli přistupujeme s ohledem na jeho individuální potřeby.
- **Partnerství.** Potřeby uživatelů vnímáme v širších souvislostech, a proto při řešení dílčích potřeb spolupracujeme s rodinou a dalšími organizacemi v navazující péči
- **Prostředí i atmosféra přátelská uživatelům.**

2. Etický kodex zaměstnanců

Pracovníci SČDM se řídí Etickým kodexem sociálních pracovníků české republiky. Viz, příloha č. 9.

3. Základní činnosti při poskytování sociální služby

Úkony, které SČDM svým uživatelům nabízí, jsou popsány v příloze č. 1 Nabízené úkony ve Stacionáři Človíček, program pro děti a mládež a jejich propojení na Předpis č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. V této příloze je také popsáno, které činnosti patří k jednotlivým úkonům a ceny za jednotlivé úkony.

Jednotlivé metodiky, kterými se zaměstnanci SČDM řídí, jsou popsány v příloze č 2 Metodika k úkonům péče. Tyto metodiky vycházejí ze Zákona o sociálních službách, z potřeb uživatelů SČDM a z fungující dobré praxe, která se během let ve SČDM vytvořila. Tyto úkony jsou zapsány v rozvrhu uživatele i jeho IP.

4. Metodické postupy k fakultativním službám

Fakultativní činnosti a jejich úhrady, které SČDM svým uživatelům nabízí, jsou popsány v příloze č. 1 Nabízené úkony ve Stacionáři Človíček, program pro děti a mládež Dále je zde popsáno, které činnosti k jednotlivým fakultativním službám patří.

Jednotlivé metodiky pro fakultativní služby, kterými se zaměstnanci SČDM řídí, jsou popsány v přílohách č. 6 - 9 (6-Svoz, 7-Podávání léků, 8-Hipoterapie).

V jednotlivých přílohách jsou popsány metodické postupy, kterými se pracovníci SČDM řídí. Tyto metodiky vycházejí ze Zákona o sociálních službách, potřeb uživatelů SČDM a z fungující praxe, která se během let fungování SČDM vytvořila.

5. Denní časový program uživatelů – viz Přílohy (rozvrhy)

V Příloze č. 3 je popsán denní program uživatelů ve SČDM.

6. Vnitřní řád

Vnitřní řád a pravidla SČDM viz příloha č 4 Vnitřní řád. S těmito pravidly jsou seznámeni zájemci o službu při schůzce s koordinátorkou služby. Pravidla jsou umístěna na nástěnce při vstupu do stacionáře, k volnému nahlédnutí. Tato pravidla jsou povinni dodržovat pracovníci, uživatelé, jejich rodiče a každý, kdo se ve SČDM pohybuje.

7. Pravidla pro ochranu před negativním hodnocením

Pracovníci SČDM jsou instruováni, jakým způsobem mají jednat v případě negativních reakcí veřejnosti při setkání s uživateli naší služby, Jsou pravidelně vzděláváni na kurzech (o komunikaci, v asertivitě apod.). Negativním reakcím se snažíme předcházet seznamováním veřejnosti s problematikou osob s postižením – například na vycházkách, na akcích pořádaných pro veřejnost, dále spoluprací s médii, školami, dobrovolníky a další.

O uživatelích se vyjadřujeme nejen ve stacionáři, ale i na veřejnosti s úctou, mluvíme o nich jmény (nikoli nevhodnými přezdívkami), nezesměšňujeme je, nevysmíváme se jim, nekritizujeme je, ale motivujeme pozitivně, popisujeme to, co uživatel dokázal, co umí. O uživatelích nemluvíme v jejich přítomnosti jako by u toho nebyli, ale zapojujeme je do hovoru. Dále s nimi hovoříme úměrně jejich věku, nešíšláme a podobně.

8. Podmínky pro uplatňování vlastní vůle uživatele při řešení jeho nepříznivé situace.

Cílovou skupinu služby tvoří osoby s těžkým kombinovaným postižením, které obvykle kvůli těžkému nebo hlubokému mentálnímu postižení verbálně (používání mluvených slov) ani neverbálně symbolicky (používání psaných slov, řeči ve znacích, piktogramů, obrázků, fotografií apod.) nekomunikují a fyzicky jsou zcela závislí na druhé osobě. Z těchto důvodů je třeba zvlášť pečlivě dbát na ochranu jejich práv a uplatňování vlastní vůle. Této problematice se podrobně věnujeme ve Standardu č. 2, Ochrana práv osob a ve Standardu č. 5 Individuální plánování průběhu sociálních služeb.

Abychom správně porozuměli uživateli a vytvořili tím podmínky pro uplatňování jeho vlastní vůle, vyhodnocujeme následující skutečnosti. Vycházíme z anamnestických údajů získaných při jednání se zájemcem, konkrétně z rozhovorů se členy pečující rodiny (zákonným zástupcem) nebo i z informací z dotazníků (např. Biografická anamnéza v konceptu Bazální stimulace), které členové pečující rodiny (zákonný zástupce) při jednání se zájemcem vyplňují. K dorozumívání používáme také alternativní techniky sociální práce, například empatické fantazie nebo imaginárního rozhovoru pracovníků, blízkého člena pečující rodiny, praktikantů, stážistů. Dále vyhodnocujeme uživatelské komunikační chování, kdy pozorujeme, jak uživatel reaguje na námi vykonávané činnosti - vyjádření libých a nelibých pocitů (např. libý výraz ve tváři - úsměv nebo naopak nelibý výraz ve tváři - pláč aj.). Pokud to schopnosti uživatele umožňují, komunikujeme s ním, způsobem pro něj srozumitelným, za použití alternativní komunikace (např. používáme obrázky, piktogramy, znakovou řeč).

Vše zapisujeme do IP uživatele a přání uživatele pracovníci vyhodnocují na pravidelných poradách a supervizích. Klíčový pracovník jej zapíše do IP a nadále jej řeší se zákonnými zástupci uživatele. Pozorují-li pracovníci, že přání uživatele je v rozporu s tím, co vykonávají členové pečující rodiny (zákonný zástupce), vyhodnotí toto na poradě a klíčový pracovník nebo koordinátorem služby tuto situaci řeší s rodiči/zákonnými zástupci uživatele. Pracovníci SČDM jednají vždy v zájmu uživatele. Pokud je jednání rodičů/zákonných zástupců v rozporu se zákonem nebo se základní listinou práv a svobod, jsou pracovníci povinni informovat příslušné orgány (Odbor sociálních služeb, policii apod.).

9. Strategické cíle zařízení

Strategický plán zařízení se vypracovává 1x za rok. Jedná se o to, jakým způsobem budeme zlepšovat kvalitu služby v daném roce, jaká budeme potřebovat nová zařízení a jakým způsobem se budeme prezentovat vůči veřejnosti. Tento plán je popsán v příloze č. 5, Strategický plán Stacionáře Človíček, program pro děti a mládež.

10. Seznam příloh:

- Příloha č. 1 Nabízené úkony ve Stacionáři Človíček, program pro děti a mládež
- Příloha č. 2 Metodika k úkonům podle zákona o sociálních službách
- Příloha č. 3 Denní časový program uživatelů

- Příloha č. 4 Vnitřní řád
Příloha č. 5 Strategický plán
Příloha č. 6 Metodické postupy pro dopravu
Příloha č. 7 Metodické postupy pro podávání léků
Příloha č. 8 Metodické postupy pro hipoterapii
Příloha č. 9 Etický kodex

11. Legislativa

- Listina základních práv a svobod ČR
- Předpis č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách
- Zákoník práce (Česko 2006)
- Etický kodex sociálních pracovníků České republiky.

12. Aktualizace

Změny předpisu budou prováděny dle předpisu 1.DIAK.23.2014 spisový a skartační řád. Za aktualizaci je zodpovědný vedoucí zařízení.

Aktualizace: 1. 1. 2018

Příloha III. Kazuistika Vojtěch

Kazuistika je uvedena se souhlasem rodičů Karla.

1. Osobní anamnéza

(informace z IP klienta a rozhovorů s matkou):

Vojtovi je devět let. Pět let je klientem denního stacionáře a tři roky je žákem Základní školy speciální, která se nachází v budově stacionáře.

Po závažném infekčním onemocnění, které prodělal v devíti měsících, má Vojta kombinované postižení mentální a fyzické, je neslyšící a trpí epilepsií.

2. Rodinná anamnéza

(informace z IP klienta a rozhovorů s matkou):

Vojta bydlí společně s rodiči a mladším bratrem v rodinném domě. Vojta má také asistenčního psa. S rodinou je velmi dobrá spolupráce, Vojtu občas hlídají i prarodiče. Již tři roky má na část dne Vojta svoji osobní asistentku, se kterou si dobře rozumí a vnímá ji jako prostředníka k naplňování svých potřeb a ke komunikaci s okolním světem.

3. Zmapování aktuální situace

(informace z IP klienta, rozhovorů s matkou, ostatními pracovníky a na základě vlastního pozorování)

Vzhledem k těžkému postižení je Vojta zcela závislý na druhé osobě. V současné době sám chodí, ale musí být neustále pod dohledem, aby se nezranil, kdyby upadl při epileptickém záchvatu. Hrubou motoriku zvládá vcelku dobře, takže jeho činnosti se začínají zaměřovat na procvičování jemné motoriky. Má středně těžkou mentální retardaci, v současnosti je na úrovni jednoletého až dvouletého dítěte. Verbálně nekomunikuje, učí se znakovou řeč. Některým znakům již rozumí, ale sám předvádí pouze znak pro jídlo a pozdrav. Projevy spokojenosti dává najevo smíchem, radostně mává rukama nebo se objímá s ostatními. Nespokojenost nebo bolest projevuje pláčem, vztekem, zlostným kopáním nohama nebo boucháním se do steh. Velmi rád jí a mezi jeho oblíbené činnosti patří hlavně koupání, hra s kostkami, listování v časopisech a vycházky. Je mu příjemné, když má volnost, nerad je omezován v pohybu. Povahou je veselý a zvědavý. Neznámé prostředí ani lidé mu nevadí. Je horkokrevný, proto musí být lehce oblečen, jinak se svléká. Protože je otužilý, bývá málo nemocen. Stacionář

i školu navštěvuje pravidelně ve všední dny, jednou měsíčně jezdí na tři dny na odlehčovací pobyt, kde si již zvykl.

4. Zpráva z průběhu spolupráce s klientem

(informace z IP klienta, rozhovorů s matkou, ostatními pracovníky a na základě vlastního pozorování)

Ve stacionáři má Vojta vytvořen individuální plán. Vzhledem k tématu této práce se zaměřím na procvičování motorických dovedností a sociálních vazby.

4.1. První rok spolupráce - 2013

Cíle spolupráce:

- Adaptace ve stacionáři, aby mohl docházet denně na 8 hodin.
- Nácvik vertikalizace a samostatné chůze.

Charakteristika: Ve čtyřech letech se s ním lidé v okolí začínali dorozumívat znakovou řečí, které ovšem nerozuměl. Zpočátku byla snaha o to, aby pochopil, že specifické pohyby rukama jsou prostředek k dorozumívání.

Sociální kontakty: Vojta byl živý chlapec, který byl vzhledem ke svému hendikepu dezorientovaný a zmateně se pohyboval v prostoru. Ve stacionáři vydržel tři hodiny a pak začal plakat. Byl fixovaný na rodiče a ti si ho museli vyzvedávat po čtyřech hodinách. Výlety a akce pořádané stacionářem ho nezajímaly.

Motorické schopnosti: Po místnosti se pohyboval převážně ležením, u nábytku se dokázal postavit a udělat pár kroků. Jeho chůze byla velice nestabilní. Vojta se velmi rád koupal ve vaně, kde se i potápěl. Jezdil na hipoterapii, která ho bavila jen chvíli, pak téměř usínal. Na koni jezdil v asistovaném sedu. Na vycházkách jezdil v kočáru.

Procvičování motorických dovedností: Byly zaměřeny na nácvik rovnováhy při chůzi, na celkovou pohyblivost a na procvičování akrální části nohy.

Vykonávané motorické činnosti ve stacionáři:

- Vodoléčba, koupání ve vaně s vířivkou
- Masáž a pasivní procvičování dolních končetin
- Stimulace plosky nohy pomocí míčků a dalších stimulačních položek
- Reflexní lokomoce dle Vojty
- Posilování zádových svalů, vzpřimování do kleku
- Nácvik samostatného posazování
- Aktivní cvičení na válcích a míčích

- Cvičení u žebřiny. Návik nároku, postavování u žebřiny a vylézání na žebřiny.
- Návik chůze a chůze po schodech
- Návik na MOTOmedu
- Se stacionářem jezdí na hipoterapii

4.2. Druhý rok spolupráce – 2014

Cíle spolupráce:

- Naučit používat některé znaky, podle Vojtova výběru.
- Návik rovnováhy a soustředění na chůzi.

Charakteristika: Během období, po které Vojta navštěvoval denní stacionář, se jeho stav mentálně i pohybově výrazně posunul.

Sociální kontakty: V pěti letech již vydržel ve stacionáři pět hodin, aniž by plakal lítostí. Začal do stacionáře dojíždět se svozem, který rozváží klienty. Více času trávil při venkovních aktivitách.

Motorické schopnosti: Začínal se pohybovat převážně chůzí, která ale byla stále nestabilní. Chodil částečně po špičkách, v mírném předklonu s hlavou otočenou na stranu. Tzv. se na chůzi nesoustředil. Proto bylo zapotřebí, aby jeho chůzi stále někdo kontroloval, aby nezakopl nebo neupadl, kdyby dostal epileptický záchvat. Naučil se sám slézat z pohovky.

Procvičování motorických dovedností je stejné jako v předešlém roce. Je více zaměřeno zejména na aktivní složku, zejména na návik chůze po schodech a v terénu.

4.3. Třetí rok spolupráce – 2015

Cíl spolupráce:

- Procvičovat všechny používané znaky a upevnit dva nové.
- Vojta bude chodit denně na vycházky a bude zařazen do všech pořádaných akcí a na plavání do bazénu.

Charakteristika: Během dalšího roku byl opět zaznamenán celkový rozvoj. Vojta dostal svoji osobní asistentku, takže se zlepšil i jeho kontakt s okolním světem a přestal být zmatený. Sám začal ukazovat dva znaky - jíst a pozdrav. Zlepšil se i v sebeobsluze, sám již začal používat lžíci a vidličku. Naučil se sám svlékat, pokud je mu ukázán znak voda - koupel.

Sociální kontakty: Ve stacionáři spokojeně vydržel osm hodin. Denně chodil na vycházky, při kterých již neseděl pasivně v rehabilitačním kočáru, ale sám ho tlačil. Při venkovních aktivitách trávil čas i hrou na hřišti.

Motorické schopnosti: Pohyboval se chůzí, která je sice stabilnější, ale stále v mírném předklonu s hlavou otočenou na stranu. Začal chodit nahoru po schodech tak, že nahoru chodí sám a přidržuje se zábradlí, dolů ještě ne. Spokojenost při aktivitách ve vodě mu vydržela, procvičuje tak především nohy, které mu tím sílí.

Procvičování motorických dovedností zůstalo stejné jako v předchozím roce a přidal se nácvik plavání v bazénu.

4.4. Čtvrtý rok spolupráce - 2016

Cíle spolupráce:

- Procvičovat všechny používané znaky a upevnit dva nové.
- Naučit se sám pít z hrnečku.
- Naučit se vykonávat potřebu na WC.
- Vzpřímená chůze.
- Do sociálních aktivit zařadit kromě vycházek také návštěvy obchodů, jízdu tramvají, autobusem.

Charakteristika: Zvykl si na pravidelný režim a vyžaduje ho. Začal dělat „rošťárny“, často se směje a úsměv opětuje. Postupně se naučil jíst lžící, sám si nabere i polévku. Při oblékání natahuje ruce, snaží se pomáhat, sám si přetahuje tričko přes hlavu. Staví kostky na sebe, vydrží si s kostkami hrát delší dobu.

Sociální kontakty: Ve stacionáři se zúčastňoval všech dostupných akcí, jako jsou návštěvy solné jeskyně, plavání v bazénu, hipoterapie, výlety na náměstí, na nákupy do obchodů, do knihovny si půjčovat oblíbené časopisy, vycházky apod. Z častých vycházek si zapamatoval cesty kolem stacionáře. Začal také jezdit MHD a při jízdě tramvají pozorovat okolí.

Motorické schopnosti: Přestal tlačit kočárek a začal chodit rovně a bez opory.

Procvičování motorických dovedností se stále více zaměřuje na jeho vlastní aktivitu. Je zapotřebí velká motivace, jinak cvičit nechce. Přestala se provádět Vojtova reflexní lokomoce a cvičení na MotoMEDU, protože obě aktivity Vojtu natolik nebaví, že ho u nich nelze udržet. Procvičuje se vstávání ze sedu do stoje pomocí procvičování nároku. Hlavním cílem nadále zůstala vzpřímená chůze pomocí procvičování rovnováhy a chůze v terénu. Pro posílení klenby nohy se využívá chůze po kamínkách

a jiném nerovném povrchu. Zlepšil se i na hipoterapii, jezdí aktivněji a nacvičuje úchop/držení se a posilování zádového svalstva. Plavání a vodní aktivity patří mezi jeho nejoblíbenější činnosti, ve vodě se potápí a udrží se nad vodou. Bazén má i doma, takže se koupe často.

4.5. Pátý rok spolupráce -2017

Cíle spolupráce:

- Procvičovat znak počkat – znakovat „počkej“ a „stůj“
- Přestat používat inkontinenční pomůcky a chodit na WC.
- Procvičovat samostatnou chůzi, ukazovat „přímý směr“, aby věděl, kam jít.
- Udržovat stávající sociální aktivity, vycházky, návštěvy obchodů, knihovny, jízdu tramvají, autobusem a vybrat další oblíbenou aktivitu.

Charakteristika: Vojtovi je nyní devět let. Chápe, že znakování, je prostředek k dorozumívání. Aktivně ovládá stále jen dva znaky, pro jídlo a pozdrav. Upevnil si ale reakci na ukázané znaky, je klidnější a po ukázaných znacích více spolupracuje. Většinou si spojuje znak a následující činnost. Vojta díky pravidelnému vysazování vykonává malou i velkou potřebu většinou na WC. Již zcela sám sní lžící celou polévku a hlavní jídlo. Lžící si i utře ústa nebo bradu, když mu jídlo ukápne. Pije z hrnečku, zatím však s nejistotou. Udrží delší pozornost při všech aktivitách, je trpělivý i při relaxaci i při somatických masážích dle konceptu Bazální stimulace. Dokáže postavit tři kostky na sebe. Podle matky začíná na kroužku plavání spolupracovat s ostatními dětmi, pozoruje je a snaží se napodobit. Náznaky spolupráce jsou například ve vodě při hrách s míčem.

Sociální kontakty: Vojta je společenský a rád navštěvuje všechny dostupné akce. S doprovodem jezdí tramvají již bez kočáru. Pamatuje si cesty kolem stacionáře a při ukázání znaku stůj se zastaví před silnicí. Stále tráví tři dny měsíčně v odlehčovací službě.

Motorické schopnosti: Výrazně se zlepšila jemná i hrubá motorika. Jeho chůze je stabilnější, běhá, dokáže couvat a je stabilnější i při pohybu na nerovném povrchu. Při chůzi se rozhlíží a chodí se vzpřímenou hlavou, ale stále je nutná asistence, protože občas zavravorá a upadne. Při hipoterapii se přidržuje madel, kontaktuje dotekem koně a jízdu na koni si užívá.

Procvičování motorických dovedností je zaměřeno na všechny aktivní činnosti. Především na nácvik chůze po schodech a v terénu. Dále na cvičení formou hry, aby

Vojtu bavilo. Například venku na prolézačkách, v místnosti pak cvičení na míčích, válcích, žebřinách nebo házení míčem. Pokračuje se v hipoterapii a v koupání ve vaně s vířivkou nebo v bazénu. Pokud je Vojta dobře naladěný, mohou se provádět i různé masáže, například z Bazální stimulace.

Přání klienta: Na základě imaginárního rozhovoru, který v tomto roce vedl pracovník stacionáře s Vojtovou matkou, vyplynulo, že Vojta by rád chodil na vycházky a plavat. Chtěl by se umět se o sebe postarat a nechtěl by nosit boty ani ponožky.

Příloha IV. Kazuistika Karel

Kazuistika je uvedena se souhlasem rodičů Karla.

1. Osobní anamnéza

(informace z IP klienta a rozhovorů s matkou):

Karlovi je 26 let. Šestnáct let je klientem denního stacionáře a v letošním roce ukončuje školní docházku v Základní škole speciální, která se nachází v budově stacionáře.

Karel má dětskou mozkovou obrnu. Jeho těžké kombinované postižení se vyznačuje kvadruplegií, má hlubokou mentální retardaci, velmi špatně vidí a trpí epilepsií, které je kompenzovaná. Je klidný a společenský.

2. Rodinná anamnéza

(informace z IP klienta a rozhovorů s matkou):

Karel žije s matkou a otcem ve společném panelovém bytě a má staršího bratra, který již bydlí samostatně. O Karla se stará převážně matka, otec ji zastupuje v případě, když je matka na dovolené nebo v nemocnici. Karel je na matku silně fixován a těžko snáší delší odloučení od ní.

3. Zmapování aktuální situace

(informace z IP klienta, rozhovorů s matkou, ostatními pracovníky a na základě vlastního pozorování)

Vzhledem k těžkému kombinovanému postižení je Karel zcela závislý na druhé osobě. Je zcela imobilní, celkově spastický a má kontraktury na končetinách a těžkou skoliózu páteře. Proto je nutné ho neustále správně polohovat (v posteli, ve vaku, v kočáru). Je zimomřivý - musí se přikrývat, jinak rychle prochladne a špatně se pak zahřeje. Verbálně nekomunikuje, když ho něco bolí, dá to najevo fňukáním až pláčem. Je zvyklý na tělesný kontakt, chování nebo hlazení, při kterém se mu šeptá do ucha. Tímto způsobem ho matka uspává. S radostí poslouchá, když se povídá o čemkoli, má rád klidnou hudbu a zrakovou stimulaci. Ve svém okolí vítá společnost lidí i přítomnost zvířat (hlavně psů), což využívá například při canisterapii. Toto vše dává najevo úsměvem a libým výrazem v obličeji. Hygienu nedodržuje, používá inkontinenční pomůcky, jejich použití nedá najevo. Oblíbil si procházky do přírody i do města, při kterých leží ve speciálním kočáru. Rád jezdí tramvají, líbí se mu zvuky města, ale nesnáší moc velký hluk - zvukový chaos, například na pouti.

4. Zpráva z průběhu spolupráce s klientem

(informace z IP klienta, rozhovorů s matkou, ostatními pracovníky a na základě vlastního pozorování)

Ve stacionáři má Karel vytvořen individuální plán. Vzhledem k tématu této práce se zaměřím na procvičování motorických dovedností a sociálních vazeb.

4.1. První až pátý rok spolupráce

Cíle spolupráce:

- Adaptace ve stacionáři.
- Udržet rozsah pohybu, aby mohl sedět a bylo ho možné obléknout.

Charakteristika: V deseti letech Karel nastoupil do denního stacionáře. První rok byl sice spokojený, ale často byl ustrašený. To dával najevo tím, že se třásl a měl zamračené čelo. Těžko přijímal jídlo od jiné osoby než od matky.

Sociální kontakty: Stacionář Karel navštěvuje od té doby, co se s rodiči přistěhoval do zdejšího města. Před tím docházel do jiné sociální služby. Velkou závislost od počátku projevoval na matce, se kterou trávil nejvíc času. S matkou chodil na vycházky nebo jezdil na návštěvy za příbuznými.

Motorické schopnosti: Karel je zcela imobilní, má těžkou skoliózu. Nedokáže provést pohyb žádnou končetinou ani hlavou. Má trvalé kontraktury a luxaci kyčlí. Leží převážně na zádech nebo na boku. Musí být dobře napolohován a polohu je třeba často měnit. Ležet na břiše nedokáže, protože vzhledem ke spasticitě a kontrakturám je jeho trup neustále mírně předkloněn a nelze ho uvolnit. Na vycházkách seděl v „golfkách“.

Procvičování motorických dovedností bylo zaměřeno na uvolňování spasticity a udržení kloubní pohyblivosti.

Vykonávané motorické činnosti ve stacionáři:

- Vodoléčba, koupání ve vaně s vířivkou
- Masáže
- Dechové cvičení
- Pasivní cvičení horních i dolních končetin
- Reflexní lokomoce dle Vojty
- Polohování
- Polohování na břiše na velkém míči

4.2. Šestý až desátý rok spolupráce

Cíle spolupráce:

- Udržet celkový stav tak, aby nedošlo ke zhoršení.
- Udržet rozsah pohybu, aby mohl sedět a bylo ho možné obléknout.

Charakteristika: V tomto období měl Karel tělesné potíže. Často a intenzivně plakal, což bylo vzhledem k jeho povaze neobvyklé. Byl hospitalizován v nemocnici, kde mu provedli celkové podrobné vyšetření všech tělesných orgánů, při kterých nebyly nalezeny žádné patologické změny. Lékaři pak konstatovali, že jeho špatná nálada souvisí pravděpodobně s pohybovou soustavou. Tím, jak se nehýbe, tak ho bolí klouby. Proto jsme se zaměřili na zlepšení polohování a na vycházky dostal sportovní polohovací kočár.

Sociální kontakty: V tomto období došlo k omezení sociálních kontaktů a Karel často nedocházel do stacionáře i do školy. Převážně pobýval s matkou doma a někdy jezdili na návštěvu k příbuzným.

Motorické schopnosti: Motorické schopnosti zůstaly na stejné úrovni jako v předešlém období. Na vycházkách jsme ho polohovali do speciálního v kočáru a vždy musel být dobře přikrytý.

Při procvičování motorických dovedností jsme se zaměřili na uvolňování spasticity a udržení kloubní pohyblivosti. Ve stacionáři Karel vykonával stejné motorické činnosti, ale přidali jsme počet koupání ve vaně s vířivkou. Teplá koupel se mu líbí a je po ní celkově relaxovaný. Po koupání vždy provádíme uvolňující masáže.

4.3. Jedenáctý až patnáctý rok spolupráce

Cíle spolupráce:

- Prožívat ve stacionáři klidný den, plný pohody s prvky bazální stimulace a aktivitami - hudbou, čtením.
- Zlepšit příjem potravy a tekutin, lepším polykáním.
- Udržet rozsah pohybu, aby mohl sedět a bylo ho možné obléknout.

Charakteristika: Věnovaná domácí péče a péče stacionáře stabilizovala Karlův stav, který je bez větších změn. V dvaadvaceti letech se přidaly potíže s přijímáním potravy a tekutin. Při jejich podávání častokrát Karel semkl rty. Individuální plán byl doplněn o některé prvky Bazální stimulace. Karel byl klidný a stále měl rád společnost. Frekvence negativních emocí, jako je pláč a vydávání naléhavého zvuku, se zmírnila.

Sociální kontakty: Karel dále chodil při pěkném počasí na pravidelné vycházky, při kterých byl v pohodlném sedu ve svém polohovacím kočáru. Ve stacionáři si během dlouholeté docházky zvykl na pracovníky, které považuje za své blízké. Je to patrné z toho, jak se v kontaktu s nimi usmívá. Protože nevydrží sedět dlouho v autě, začal se stacionářem jezdit na kratší výlety, hlavně po městě. Například do solné jeskyně, do obchodních domů, na trhy, na mši nebo na akce pořádané jinými organizacemi. Zahájili jsme i nácvik jízdy tramvají a autobusem, při které se zaujetím vnímal okolní prostředí.

Motorické schopnosti: Karlova mobilita se nezměnila. Kloubní rozsah zůstal stejný, takže je možné ho oblékat týmž způsobem.

Procvičování motorických dovedností je stejné, ale obohatili jsme ho o prvky Bazální stimulace, například polohu hnízdo, mumie, kontaktní dýchání a orofaciální masáž na zlepšení příjmu potravy a tekutin. Dobře mu dělá i canisterapie.

4.4. Šestnáctý rok spolupráce - současný stav

Cíle spolupráce:

- Chtěl by důstojně prožívat den ve stacionáři. Den plný klidu a pohody s prvky bazální stimulace. Rád by byl chován a houpán.
- Udržet rozsah pohybu, aby mohl sedět a bylo ho možné obléknout.

Charakteristika: Karlovi je dvacet šest let. Cíl prožívat ve stacionáři důstojně každý den, je pro něj, vzhledem k jeho těžkému kombinovanému postižení prospěšný. Díky prováděnému plánu péče a podpory se Karel ve stacionáři cítí dobře, je s péčí spokojen, vyjadřuje libé pocity. Do stacionáře se těší. Když sem přijde nebo když přijede svozové auto, směje se. Často je mu pouštěna hudba a předčítány různé příběhy. Karel na tyto činnosti reaguje libým výrazem, úsměvem a líbezným brumláním. Také prvky Bazální stimulace, na které dobře reaguje, prospívají k jeho dobrému psychickému stavu.

Sociální kontakty: Karel prožívá v současné době ve stacionáři spokojené dny. Když ho nebude nic bolet, bude dobře naladěný a nebude se pak zhoršovat jeho psychický stav. Při pěkném počasí chodí na pravidelné vycházky. Nadále jezdí na kratší výlety autem nebo hromadnou dopravou. Při všech venkovních aktivitách Karel zálibně vnímá okolí. Tím, že je dobře naladěný a upravený, ho okolí dobře přijímá a Karel se tak i se svým těžkým postižením může do společnosti lépe zařadit. To platí i opačně, společnost díky Karlovi bude více rozumět lidem s těžkým kombinovaným postižením.

Delší pobyty mimo domov ale snáší hůře. V září se účastnil školy v přírodě. Tam se mu sice líbilo, ale náročnost programu a změna prostředí se projeví po čtyřech dnech únavou a zvýšenou teplotou.

Motorické schopnosti jsou bez vážnějších změn. Již šestnáct let Karel dochází každý všední den ve stacionáři na nácvik motorických dovedností. Ty jsou vzhledem k jeho věku a plánu zaměřeny na klidné a důstojné provádění. Jeho motorický stav zůstal za celou dobu docházky do stacionáře bez většího zhoršení. Stále je spastický s kontrakturami na DK a HK, má skoliózu a luxaci kyčlí. Jeho oblíbená poloha je v polohovacích polštářích na zádech a na boku. Je polohován podle konceptu bazální stimulace a základních prvků polohování imobilních osob. Na břicho polohujeme pouze na velkém míči. Mezi vykonávané motorické činnosti patří v současné době především prvky Bazální stimulace, polohování, kontaktní dýchání, masáže, polohování na břicho na velkém míči, masáže, pasivní procvičování končetin, koupání ve vaně s vířivkou a canisterapie.

Přání klienta: Na základě empatické fantazie, kterou prováděla matka, bylo vyjádřeno přání i nadále důstojně prožívat den ve stacionáři s prvky bazální stimulace, která se mu líbí. Rád bych chodil na vycházky i v zimě, zachumlán do teplého spacáku.

Abstrakt

ČERMÁKOVÁ, E. *Vliv motorických dovedností na sociální začleňování u osob s kombinovaným postižením*. České Budějovice 2018. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová.

Klíčová slova: zdravotní postižení, kombinované postižení, sociální začlenění, motorické dovednosti

Práce se zabývá vlivem motorických dovedností na sociální začlenění u osob s kombinovaným postižením. Postupně jsou vysvětleny základní pojmy: zdravotní postižení, kombinované postižení, sociální začlenění a motorické dovednosti. Dále jsou zde charakterizovány osoby s těžkým kombinovaným postižením mentální a tělesné složky. Jsou také rozpracovány některé aspekty pro jejich sociální začlenění, pro sociální práci s nimi a pro nácvik pohybových dovedností. Na vybraném sociálním zařízení Stacionáři Človíček, je ukázáno, jakým způsobem a za jakých okolností je možné nacvičovat motorické dovednosti v sociální službě. Nakonec jsou uvedeny dvě kazuistiky. Na nich je prezentován vliv pohybových aktivit na sociální začlenění u lidí se zmiňovaným postižením.

Abstract

The Influence of Motor Skills on Social Inclusion of People with Multiple Disabilities

Keywords: disability, multiple disabilities, social inclusion, motoric skills

The thesis focuses on the influence of motoric skills on social inclusion of people with multiple disabilities. It explains the basic terminology, such as disabilities, It explains the basic terminology, such as disabilities, social inclusion and motoric skills. The people with severe multiple mental and physical disabilities are also characterised. Some aspects related to their social inclusion, social work with them and training of their motoric skills are also elaborated on. The thesis includes a case study of the day care centre Človíček. On practical examples from the social institution, it is shown in which way and on what circumstances it is possible to train motoric skills. On the two practical examples the thesis analyses the influence of motoric activities on social inclusion of people with the above mentioned disabilities.