

Péče o seniory s mentálním postižením

Lenka Hrubá Rážová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka Hrubá Rážová**
Osobní číslo: **H15228**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Péče o seniory s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti stáří, zdravotního postižení, mentálního postižení a poskytování různých forem sociálních služeb seniorům s mentálním postižením.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu kvantitativního výzkumu.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

BENDO VÁ, Petra (ed.). Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.

TOMEŠ, Igor, Kateřina ŠÁMALOVÁ (ed.) a kolektiv. Sociální souvislosti aktivního stáří. Praha: Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3612-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lucie Blašíková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

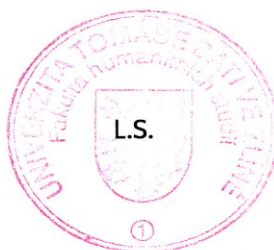
11. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2018

Ve Zlíně dne 11. ledna 2018


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.3. 2018

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

V bakalářské práci je věnována pozornost péči o seniory s mentálním postižením v jejich přirozeném sociálním prostředí a v pobytovém zařízení sociálních služeb. V teoretické části jsou definovány pojmy: stárnutí, stáří a mentální postižení. Také jsou popisována specifika stáří, dopad mentálního postižení na kvalitu života a poskytování péče seniorům s mentálním postižením. Praktická část je zaměřena na zjištění jejich spokojenosti s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením a je realizována formou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku. V závěru práce jsou vyhodnoceny a shrnuty výsledky výzkumu, včetně doporučení pro další praxi.

Klíčová slova: stárnutí, stáří, mentální postižení, přirozené sociální prostředí, sociální služby.

ABSTRACT

Attention in the bachelor thesis is paid on taking care of seniors with mental disability, in their natural social environment and in residential facility of social services. In the theoretical part are defined: aging, old age and mental disability. Age specifics are also described in the thesis, as well as impact of mental disability on the quality of life and providing care to mentally disabled seniors. The practical part is focused on finding their satisfaction with the care in facilities for people with disability and is implemented in the form of quantitative research, using a questionnaire. In the end of the bachelor thesis are evaluated and summarised results of the research, including recommendations for further practice.

Keywords: aging, old age, mental disability, natural social environment, social services.

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Lucii Blašíkové za její odborné vedení bakalářské práce, za ochotu, vstřícnost a cenné rady. Dále děkuji všem pracovníkům domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří mi pomohli s realizací výzkumu a podíleli se na podpoře jejich uživatelů při vyplňování dotazníků.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 OBDOBÍ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
1.1 SPECIFIKA STÁŘÍ.....	14
2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ	16
2.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	17
2.2 DOPADY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ NA KVALITU ŽIVOTA	19
3 POSKYTOVÁNÍ PÉČE SENIORŮM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	23
3.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	23
3.2 PÉČE V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ	26
3.3 PÉČE V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – DOMOVĚ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	29
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	33
4.1 ZÁKLADNÍ ČÁST	33
4.2 STRATEGIE KVANTITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	34
4.3 METODA SBĚRU DAT A JEJICH ZPRACOVÁNÍ.....	34
5 ANALÝZA DAT	36
6 INTERPRETACE DAT	56
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	62
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	65
SEZNAM OBRÁZKŮ	66
SEZNAM TABULEK	68
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

Každý člověk má právo na důstojný a kvalitní život.

Toto právo se týká i seniorů s mentálním postižením. Je to skupina, která je po celý život do určité míry závislá na péči jiných osob. Senioři s tímto druhem postižení se nedokážou většinou rozhodovat ve složitých situacích, sami je řešit a nejsou schopni posoudit, zda jim bude kvalitnější péče zajištěna v jejich přirozeném sociálním prostředí, nebo v pobytovém zařízení sociálních služeb. Často se setkáváme s tím, že využívají tato zařízení nedobrovolně. Zpočátku mohou vyjadřovat nespokojenost s poskytovanou péčí, ale zpravidla při dlouhodobém či trvalém životě v takovémto zařízení postupně ztrácí představu o reálném světě, přestanou přemýšlet o svých právech a nakonec se smíří s tím, že je to jejich jediný možný domov, i s jeho institucionálním charakterem.

Aby byla v dostatečné míře zachována všechna jejich lidská práva a spokojenost, je snaha společnosti zvyšovat neustále nároky nejen na kvalitu poskytování péče v pobytových zařízeních sociálních služeb, ale zároveň snaha umožnit seniorům s mentálním postižením zůstat co nejdéle doma v jejich přirozeném sociálním prostředí.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Dílčí cíle se zaměřují na zjištění spokojenosti v oblasti poskytování stravy, závislé na věku seniorů s MP, spokojenosti v oblasti poskytování ubytování, závislé na pohlaví, spokojenosti s přístupem zaměstnanců, závislé na délce pobytu v DOZP a spokojenosti s množstvím aktivit, závislé na kontaktu s rodinnými příslušníky a přáteli.

Teoretická část se v první kapitole věnuje vysvětlení pojmů, které se týkají období stárnutí a stáří z pohledu různých autorů, dále popisuje specifika, která období stáří provázejí. V druhé kapitole je definován pojem mentálního postižení opět z pohledu různých autorů a popsána jeho klasifikace a příčiny. Zároveň je v této kapitole pozornost zaměřena na dopady mentálního postižení na kvalitu života. Třetí kapitola popisuje sociální služby pro seniory s mentálním postižením, péči v přirozeném sociálním prostředí s uvedením pozitiv a negativ, péči v domově pro osoby se zdravotním postižením, opět s jejími pozitivy a negativy.

Vzhledem k tomu, že domovy pro osoby se zdravotním postižením nemohou dostatečně uspokojovat všechny potřeby seniorů s mentálním postižením, je praktická část zaměřena

formou kvantitativního výzkumu na zjištění míry jejich spokojenosti s poskytovanou péčí v těchto zařízeních.

V závěru jsou prezentovány a shrnuty výsledky výzkumu a popsána doporučení pro další praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutí je přirozený, biologický, celoživotní a nezvratný proces, který je zakončen zánikem každého živého organismu. Tento proces se tedy týká i člověka. Probíhá u každého jedince individuálně rychle, mnohdy neuvědoměle, podle Malíkové (2011, s. 13, s. 16) v několika na sebe navazujících etapách, mající své zákonitosti a specifika, které ovlivňují způsob, rozsah a kvalitu života. Tyto zákonitosti je potřeba respektovat a přizpůsobit se jim. Chceme-li si však položit otázku, co tyto změny způsobuje, nenajdeme jednoduchou odpověď. Na toto téma existuje mnoho teorií, poukazujících jak na biologické, sociální, tak na psychologické vlivy. Z tohoto důvodu tedy neexistuje jednoznačná definice a popis období stárnutí.

Hartl a Hartlová (2000, s. 561-562) definují stárnutí jako *involuci, proces, který se projevuje změnami v průběhu času*. Zároveň uvádějí, že existují různé druhy stárnutí, které jsou níže uvedeny.

- **stárnutí kaskádové** je proces, při kterém změny nastupují pozvolna a se zrychlujícím se tempem jsou závažnější,
- **stárnutí primární** zahrnuje změny související s věkem (vrásky, vzhled, řídnutí kostí),
- **stárnutí sekundární** provází změny, které sice souvisejí s věkem, ale nemusí být bezpodmínečně jeho důsledkem (šedý zákal),
- **stárnutí terciální** je projevem rychlého nástupu změn a úpadku během umírání,
- **stárnutí probabilistické** je období u kterého je předpoklad, že pokud lidé dosáhnou pokročilého věku, tak změny, jako je např. artróza, se projeví u většiny z nich,
- **stárnutí programované** znamená prosazování názoru, že jsou změny naprogramovány geneticky,
- **stárnutí univerzální** provází změny související s věkem, stejně jako u primárního stárnutí, ale týkají se obecně všech, kdo dosáhl pokročilého věku (vráscitá kůže),
- **stárnutí úspěšné** je souhrnem změn, které motivují k aktivitě, pěstování různých činností, učení, snaze o zdravý životní styl, vytváření pozitivních vztahů s okolím.

Jiní odborníci používají další definice a rozdělení, záleží na tom, z jakého úhlu pohledu se období stárnutí věnují.

Poslední a závěrečnou etapou stárnutí je stáří, které Matoušek (2003, s. 226) popisuje jako *věkové období začínající v současné západní kultuře v 60 - 65 letech, kdy lidé odcházejí do důchodu*.

Někteří, jako např. Hrozenská a kolektiv (2008, s. 9) se zmiňují o stáří jako o čase uplynulém od narození, nebo jako o závěrečné etapě života, době konce ekonomické aktivity až po smrt a době nazvané třetí věk.

Jesenský (2000, s. 298) považuje stáří za období, kdy se přirozenou cestou zužuje životní prostor člověka.

Stáří je Hartlem a Hartlovou (2000, s. 530, s. 562) považováno za konečnou etapu *geneticky vyměřeného trvání života*. Termín sénium pro ně znamená stařecký věk a seniorem označují osobu určitého stáří, občana staršího 60 let nebo staršího ze dvou osob, užívající stejné jméno, např. otce. Tito autoři upozorňují na to, že existuje různá periodizace stáří s jiným věkovým rozmezím. V současné době se podle nich používá dělení na: počínající stáří s věkovou hranicí od 60-74 let, vlastní stáří, které je v rozmezí od 75-89 let a dlouhověkost, která začíná od 90 let a výše. V anglosaských zemích se používá dělení na mladé staré (young old), v rozmezí let 65-74, staré (old-old), od 75-84 let a velmi staré (very old), od 85 a více let.

Hamilton (1999, s. 20-21, s. 235) uvádí další variantu dělení osob starších 65 let na kategorie třetího a čtvrtého věku. Zatímco v období třetího věku je člověk doposud aktivní a do jisté míry nezávislý, v období čtvrtého věku je většinou odkázán při zajišťování svých základních životních potřeb na jiné osoby. V těchto etapách dochází u osob ke změnám jak v tělesné, tak v duševní oblasti. V této souvislosti se hovoří o biologickém a psychologickém stárnutí. Hodnotícím kritériem stáří je pak vzhled, postoj člověka, množství jeho volného času.

Podle Haškovcové (2010, s. 21) jsou přechody mezi jednotlivými etapami stáří dost nezřetelné, proto se z praktických a společenských důvodů v poslední době používá označení 50+, 60+, 70+ atd.

1.1 Specifika stáří

Velmi vysokého seniorského věku se dožívá díky lepší a kvalitnější zdravotní péči stále více lidí. Ve společnosti narůstá podíl starších osob a je předpoklad, že v budoucnu budou lidé v období stáří prožívat větší část svého života. I přes to, že je snaha prodloužit seniorům jejich aktivnost a produktivnost, dochází u nich v průběhu tohoto období nejen k sociálním změnám, ale jak uvádí Hrozenská a kolektiv (2008, s. 23) i k biologickým změnám ve fungování organismu, změně vzhledu, poklesu fyzické a psychické výkonnosti, výskytu zdravotních problémů, jako jsou onkologické nálezy, arterioskleróza, degenerativní změny v tělesné struktuře, poruchy metabolismu, diabetes, psychologické a psychiatrické problémy. Důsledkem těchto změn a potíží je často omezení prožití kvalitního, důstojného, plnohodnotného stáří.

Do dalších patologických projevů stáří a seniorského věku ještě (Hartl a Hartlová, 2000, s. 530) řadí poruchy paměti, problémy s adaptabilitou, emocionální labilitu, zvýšení egocentrismu, snížení soudnosti, hypochondrické stesky.

Národní program přípravy na stárnutí (2008, s. 35-36) označuje jako nejzávažnější choroby ve stáří, kromě jiných ještě nádorová onemocnění, Alzheimerovu chorobu, poruchy výživy, poruchy kognitivních funkcí, inkontinenci, poruchy mobility, způsobené různými příčinami, nevyjímaje pády a úrazy.

Podle Hamiltona (1999, s. 35) mají staří lidé také problémy zvládnout několik jednoduchých postupů současně.

Haškovcová (2010, s. 31) uvádí, že u osob nad 75 let dochází běžně ke snížení psychických a fyzických sil a změnám ve vzhledu. Mění se gesta, tvář, chůze, postoj. Dochází k úbytku vlasů, k jejich zedivění, k pigmentaci kůže, vráscitosti. Ochabuje svalstvo, klesá jeho pružnost, zmenšuje se a nachyluje postava, pohyby člověka jsou zpomalené. Stejně tak stárnou smysly. V oblasti hmatu se vyskytuje vyšší práh citlivosti, oslabuje se rozlišování chutí. Zhoršuje se sluch, zrak a tím pádem i orientace v praktickém životě.

V případě že se obtíže ve stáří kombinují ještě s vrozeným zdravotním postižením, dochází postupem času u takovýchto osob, ve všech oblastech jejich života, k úplné závislosti na pomoci a péči druhých.

Shrnutí: Stárnutí je přirozený, biologický, celoživotní a nezvratný proces, ve kterém dochází k postupným změnám v organismu. Probíhá v různých etapách, které mají své zákonitosti. Vzhledem k různorodosti teorií a pohledům různých autorů, neexistují jednoznačné definice, popis ani periodizace jednotlivých období. Autoři ve svých studiích poukazují na biologické, sociální a psychologické aspekty, které proces stárnutí ovlivňují.

Stejně tak na specifika stáří lze nahlížet z různých úhlů pohledů. V této etapě dochází k sociálním, biologickým, psychologickým změnám a výskytu zdravotních problémů, jejichž důsledkem je omezení prožití kvalitního, důstojného a plnohodnotného zbytku života.

2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Jedním druhem zdravotního postižení, které osoby staví do pozice závislosti na péči a pomoci jiných osob již od počátku života, je mentální postižení, které v kombinaci s různými specifiky seniorského věku vytváří bariéru pro prožití kvalitního a důstojného zbytku života.

Podle Černé a kolektivu (2009, s. 79) je problém najít adekvátní jednotný termín a definici pro toto zdravotního postižení tak, aby vyhovoval použití ve všech vědních oborech, které se touto oblastí zabývají. Už v průběhu historie docházelo ke změnám terminologie. Dříve se používala pojmenování jako: mentální zaostalost, duševní zaostalost, slabomyslnost, mentální defektnost, duševní vada, rozumová vada. Mnohdy byli lidé s tímto postižením nálepkováni slovem „blázen“. I v současné době se ještě používají různé definice a názvy. Příkladem je dnes mnohými odborníky užívaný termín oligofrenie, který označuje mentální postižení diagnostikované již od narození. Termín demence, používaný v medicíně, je spojován s mentálním postižením, získaným v průběhu života, znamená úbytek již dosažených intelektových schopností a určité úrovně intelektu.

Matoušek (2003, s. 106) se zabývá termínem mentální retardace, popisuje jej jako postižení trvalé a vrozené, které se projevuje *nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky.*

Pojem mentální retardace používá i Hartl a Hartlová (2000, s. 507), charakterizuje jej jako snížení stavu intelektuálních schopností, zpoždění nebo zpomalení duševního vývoje. Příčiny mohou být organického původu, nebo jako důsledek sociálního zanedbávání a závažných tělesných onemocnění.

Fischer a kolektiv (2014, s. 148) považuje mentální retardaci za trvalé postižení znamenající vrozenou poruchu rozumových schopností, projevující se nedostatkem v rozvoji řeči, myšlení, omezením schopnosti učení, zhoršenou adaptabilitou.

Podle Novosada (2006, s. 16-17) jde o *trvalé zdravotní postižení, jež není možné plně terapeuticky zvládnout.* Jedná se o poruchu intelektu, která se projevuje narušením abstraktního myšlení, impulzivním, zkratkovitým rozhodováním, náladovostí, emoční labilitou a ovlivňuje jak komunikaci, tak chování, mobilitu, chápání, vnímání.

V současné době je člověk s takto specifickým druhem zdravotního postižení označován jako osoba s mentálním postižením nebo ještě obecnějším termínem - osoba se zdravotním postižením. Otázkou však podle Pörtnerové (2009, s. 12) je, jak vhodněji tyto osoby pojmenovávat, aby se necítily poníženy, označení je neurážela a neměly určité stigma.

Ještě dnes je pohled veřejnosti podle Švarcové (2006, s. 13-14) vůči lidem s postižením ne příliš vstřícný. Nejen že používají nelichotivá pojmenování, ale šíří i přesvědčení, že by zvláště osoby s mentálním postižením neměly žít v běžné společnosti a měly by mít svá specializovaná zařízení. Pravdou však je, že laická veřejnost, vzhledem k existenci různých stupňů mentálního postižení, mnohdy ani neví, že mezi nimi tito lidé normálně žijí.

2.1 Klasifikace mentálního postižení

K určení stupně mentálního postižení slouží tzv. klasifikace mentálního postižení, která se v průběhu historie měnila, upravovala a doplňovala.

V současné době, po obsahové aktualizaci tabelární části k 1. 1. 2018 je mentální postižení, podle naměřených hodnot úrovně rozumových schopností pomocí IQ testů, rozděleno v 10. revizi (MKN-10) - Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (2017, s. 244-245) na tyto kategorie, kdy se na 4. místě za označením užívá ještě číselná řada znamenající rozsah poruch chování:

- **0** = žádná nebo minimální porucha chování,
- **1** = Významná porucha chování, vyžadující pozornost anebo léčbu,
- **8** = Jiné poruchy chování,
- **9** = bez zmínky o poruchách chování,
- **F70 - lehká mentální retardace:** pásmo IQ = 50-69. Zahrnuje: lehkou slabomyslnost (oligofrenii) a lehkou mentální subnormalitu. Osoby jsou na úrovni 9-12 letého dítěte. Ve škole mají výukové potíže. V dospělosti jsou schopné přiměřeného pracovního začlenění, dokážou mnohdy založit rodinu,
- **F71 - středně těžká mentální retardace:** pásmo IQ = 35-49. Zahrnuje: střední slabomyslnost (oligofrenii) a imbecilitu. Osoby mají úroveň myšlení dítěte ve věku

6 až 9 let. Dokážou přiměřeně komunikovat, dosáhnou určité úrovně školních a pracovních dovedností, mohou být s určitou mírou podpory nezávislí a soběstační,

- **F72 - těžká mentální retardace:** pásmo IQ = 20-34. Zahrnuje těžkou mentální subnormalitu a idioimbecilitu. Osoby mají uvažování na úrovni 3 až 6 let. Jsou trvale závislé na péči jiných osob,
- **F73 - hluboká mentální retardace:** pásmo IQ = nejvýše 20. Zahrnuje hlubokou slabomyslnost (oligofrenii) a idiocii. Osoby mají mentální věk pod 3 roky. Jsou nesamostatné jak v pohybu, komunikaci tak i v hygieně, což znamená komplexní závislost na péči jiných osob,
- **F78 - jiná mentální retardace:** pásmo IQ není stanoveno,
- **F79 - neurčená mentální retardace:** pásmo IQ není stanoveno. Zahrnuje mentální abnormalitu a deficit nervového systému.

Fischer a kolektiv (2014, s. 128-129) uvádí, že mentální postižení vzniká v důsledku poškození mozku, ke kterému může dojít jak v **perinatálním období**, tzn. při porodu nebo těsně po porodu, např. stlačením hlavičky, tak v **postnatálním období**, což je do 18 měsíců věku dítěte. Příčiny lze podle něj popsat jako multifaktoriální. Mohou to být:

- **dědičnost** (důsledky chorob, zděděná rozumová kapacita po rodičích),
- **specifické genetické příčiny** (poruchy, anomálie chromozomů - Downův syndrom),
- **nespecifické poruchy a příčiny:** kdy příčiny nemusí být zjištěny (poporodní traumata, poškození plodu nebo novorozence),
- **environmentální faktory:** kdy dojde k poškození prostřednictvím organismu matky (chemické biologické faktory, jako alkohol, drogy, imunita, infekce aj.).

Švarcová (2006, s. 18) spíše než o mentálním postižení mluví o mentálním opožďování, způsobeném jak **endogenními** (vnitřními), tak **exogenními** (vnějšími), vzájemně se podmiňujícími činiteli, a příčiny tohoto postižení považuje v 80 % případů, zvláště pokud se jedná o postižení v lehkém pásmu, za neznámé nebo neurčené.

Bazalová (2014, s. 16) zmiňuje jako příklad exogenních podmínek vliv nepodnětného, sociálně znevýhodněného prostředí, kdy osoby trpí sociální a psychickou deprivací. Jejich hodnota IQ je v hraničním pásmu mentálního postižení, tedy o 10-20 bodů nižší než průměr. Tímto snížením dochází k výskytu podobných projevů, jaké jsou u lehkého stupně mentální retardace, nejedná se však o poškození mozku. V takovémto případě se mluví o **zdánlivé mentální retardaci (pseudooligofrenii)**.

2.2 Dopady mentálního postižení na kvalitu života

Kvalita života se dle Lechty (2010, s. 52-53) dotýká sociální a interpersonální úrovně člověka a jeho autonomie. Mentální postižení však ztěžuje nebo omezuje osvojení, uplatnění sociálních rolí a začlenění do společnosti. Zasahuje do materiálních, životních podmínek, znemožňuje plnohodnotně se účastnit každodenního života a zvyšuje riziko sociálního vyloučení, chudoby, diskriminace, sociální izolace, pracovního zařazení. Zasahuje také do oblasti partnerských vztahů.

Podstatu kvality života osob s postižením a ukazatel úrovně společnosti vidí Pipeková (2006, s. 5) v jejich „*zplnomocnění*“, tzn. možnosti být aktivní, využívat svou kreativitu, samostatně se rozhodovat, být užitečný, mít určité kompetence, právo na lásku, ve společnosti svou úlohu a svá práva. Cílem každé společnosti by tedy mělo být přijetí osob nějakým způsobem odlišných.

Za odlišnost je podle Pančochy a kolektivu (2013, s. 28-29) považováno také období stáří, zvláště když je v kombinaci s nějakým druhem postižení. Místo přijetí se ale setkáváme spíše s opačnou tendencí. Z toho důvodu jsou senioři s mentálním postižením velmi často ohroženi **sociálním vyloučením**. S postupujícím věkem se totiž stupeň jejich postižení zpravidla kombinuje s řadou duševních a tělesných onemocnění či poruch. Běžná společnost je nezřídka bere jako přítěž. K sociálnímu vyloučení přispívá i to, že veřejnost trpí obecně vůči všem osobám „odlišným“ různými předsudky. Za nimi se skrývá nedostatek informací, málo zkušeností a pozitivních příkladů. Reakcemi veřejnosti jsou pak negativní postoje, odmítání, vyjadřování odporu, nezájmu a obavy z kontaktu s jakkoliv „jinými“ lidmi.

Často se setkáváme podle Vágnerové (2008, s. 189) i s projevem přehnaného soucitu. Společnost si na jedné straně uvědomuje, že vůči těmto osobám je potřeba být tolerantní, ohle-

duplný, trpělivý, ale zároveň je stigmatizuje slovy „chudák“, staví je do pozice méněcenného člověka, který může být podceňován, zneužíván a týrán.

Přesvědčení Šámalové (2016, s. 56), že *zdravotní postižení zasahuje prakticky do všech stěžejních oblastí života*, potvrzuje fakt, že kromě sociálního vyloučení ohrožuje seniory s mentálním postižením mimo jiné také **chudoba**. Příčinou je malá, nebo žádná ekonomická produktivnost těchto osob už v průběhu života. Finanční prostředky jim potom nestačí pokrýt všechny jejich potřeby. Tyto osoby přitom, i v důchodovém věku, pokud to jejich zdravotní stav a stupeň mentálního postižení dovoluje, chtějí pracovat. Práce pro ně znamená jen finanční přilepšení, ale má důležitý integrační, terapeutický význam a uspokojuje také různé potřeby.

Vágnerová (2008, s. 184) tvrdí, že jde především o pocit vlastní užitečnosti, rozvoj schopností, dovedností, návyků, o udržení sociálních kompetencí, schopnost komunikace, navazování kontaktů, respektování určitých zvyklostí, norem, rozvoj sebevědomí a sociální kontakty s jinými lidmi.

Místo toho, aby jim společnost v uspokojování těchto potřeb vycházela vstříc, setkávají se podle Slowíka (2016, s. 156) spíše s **diskriminací, ageismem** ze strany zaměstnavatelů, včetně okolí. Ve spoustě případů jde o předsudky, mylné představy o tom, že stárnoucí osoby s mentálním postižením nejsou schopné jakékoli práce.

Fischer a kolektiv (2014, s. 147) tvrdí, že lidé s lehkým stupněm tohoto postižení, dokážou pracovat manuálně na pozicích, kde není potřeba žádná, nebo malá kvalifikace. Autoři však dodávají, že takových pracovních pozic je díky požadavkům současného trhu práce jen velmi málo a zaměstnavatelů, kteří jsou ochotni upravit pracovní podmínky, je také poskrovnu.

Jestliže člověk nemá dlouhodobě dostatek financí na upokojení základních životních potřeb, vede to většinou ke zhoršování jeho fyzického, psychického stavu a podle Šámalové (2016, s. 57) i k vysoké závislosti na vybavení, pomůckách, systému sociální pomoci, sociálních službách, v neposlední řadě na péči jiných osob. Ve spoustě případů se pak dostávají, zvláště senioři s mentálním postižením, do nepříznivé sociální situace. Pak nic jiného nezbyvá, než přijmout jako poslední možnost pomoc pobytových zařízení sociálních služeb, ve formě dlouhodobé péče a pobytu, často doživotnímu. V takovémto případě jim však hrozí riziko **sociální izolace**, protože tato zařízení mají stále ještě v dnešní době

institucionální charakter, díky kterému nejsou schopna dostatečně zabezpečit všechny individuální potřeby osob v nich žijících. Většinou jde o nemožnost seberealizace, samostatného zapojení do společenského a kulturního života. Lidé využívající služby pobytových zařízení, postrádají mnohdy smysluplnost života, často trpí pocitem osamělosti nebo zbytečnosti.

Problém sociální izolace zároveň úzce souvisí s nedostatkem kontaktu s okolím, vztahů s blízkými, přáteli, včetně nedostatečného uspokojování potřeby lásky, přirozených potřeb v sexuální oblasti a výběru partnera (Švarcová, 2006, s. 20).

Vágnerová (2008, s. 312-313) potvrzuje, že lidé s mentálním postižením mají také sexuální potřeby, stejně jako zdravý člověk. I když však podle ní u těchto osob, zvláště stárnoucích, při získávání partnera nejde přímo o klasický vztah, ale spíš *o vyjádření touhy po blízkém člověku* a jde často pouze o společné příležitostné aktivity, má to pro ně nemalý význam.

Omezování kontaktů, neuspokojování sexuálních potřeb, způsobené (Vágnerová a kolektiv, 2004, s. 224) samotným sociálním prostředím, s nedostatkem soukromí, dohledem personálu, zásahy pečujících osob a neporozumění přirozeným potřebám, způsobuje sociální deprivaci.

Zvýšené riziko sociální izolace je podle Slowíka (2016, s. 159) způsobeno u stárnoucích osob častým výskytem výrazných problémů, bariér a omezení v komunikačních schopnostech. Toto omezení vede k tomu, že nedokážou dostatečně srozumitelně vyjádřit svá přání, nebo nejsou schopni porozumět sdělením druhých lidí.

Aby bylo zajištěno, že tyto osoby správně pochopí význam toho, co je jim sdělováno, je nutné, z pohledu Bendové a kolektivu (2015, s. 88-89) při komunikaci s osobami s mentálním postižením dodržovat určité zásady, používat různé prostředky tak, aby nedocházelo k vzájemným konfliktům a nedorozuměním. V mnoha případech se však stává, přestože člověk s postižením dokáže dobře verbálně komunikovat a rozumí sdělovaným informacím, přizpůsobeným podle míry jeho postižení, že nemusí být jeho reakce, včetně chování přiměřené k situaci.

Sugestibilita a nekritičnost, které jsou důsledkem mentálního postižení, bývají častou příčinou, na jedné straně obraného konfliktního chování, na druhé straně neschopnosti se bránit. To vede podle Vágnerové (2008, s. 190-191) k **riziku zneužívání, týrání a manipulaci** ze strany okolí.

Pörtnerrová (2009, s. 14) se ještě zmiňuje o **výchovných tendencích, porušování práv**, v souvislosti s neschopností zodpovědně právně jednat, o nerespektování svobodné volby, vlastního rozhodování a jednání s dospělými osobami jako s dítětem.

Aby se předešlo zmíněným rizikům, jsou většinou osoby s mentálním postižením soudem omezeni v právní způsobilosti. Soud podle (§ 62) občanského zákoníku č. 89/2012 Sb., jmenuje těmto lidem opatrovníka, který jedná v jejich prospěch, poskytuje jim pomoc (ČR, 2012, s. 1026).

O různých oblastech, ve kterých mají osoby s omezenou svéprávností problémy, mluví Solovská (2013, s. 53-141). Jedná se o omezenou schopnost **orientace v prostředí, prostoru, čase, ve využití veřejných služeb, nakupování, cestování, plánování, v dodržování léčebného režimu, obstarávání úředních záležitostí, v rozpoznávání a řešení rizik, v péči o zevnějšek**. I v těchto oblastech je potřeba podporovat soběstačnost, samostatnost, odpovědnost, vlastní rozhodování a rozvíjet přiměřené kompetence, aby měly možnost osoby s postižením čelit výše uvedeným rizikům.

Shrnutí: Jedním druhem zdravotního postižení, které osoby staví do pozice závislosti na péči, pomoci jiných osob již od narození je mentální postižení, které v kombinaci s různými specifiky seniorského věku vytváří bariéru pro prožití kvalitního a důstojného zbytku života. Mentálním postižením se zabývá mnoho autorů ze svého úhlu pohledu, proto neexistuje jeho adekvátní jednotný termín ani definice. Už v průběhu historie docházelo ke změnám, úpravám, doplňování jak terminologie, tak klasifikace. Toto zdravotní postižení ovlivňuje podstatným způsobem kvalita života. Dotýká se sociální, interpersonální úrovně a autonomie člověka. Způsobuje omezení osvojení, uplatnění sociálních rolí a začlenění do společnosti. Zasahuje do materiálních, životních podmínek, pracovního zařazení, partnerských vztahů, zvyšuje riziko sociálního vyloučení, chudoby, diskriminace, sociální izolace.

3 POSKYTOVÁNÍ PÉČE SENIORŮM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

K lidem s postižením se z hlediska historie měnily sociální, pedagogické, politické, postoje, filozofické názory a s tím byly spojeny i změny v poskytování péče (Matoušek a kolektiv, 2007, s. 9).

V tomto směru Lechta (2010, s. 56-66) uvádí různé přístupy společnosti k osobám s postižením včetně způsobů péče v různých historických etapách. Ve starověku se například společnost nemocných nebo handicapovaných zbavovala, zatímco ve středověku vlivem křesťanství a církve bylo na postiženého pohlíženo jako na objekt milosrdenství. Pro účely jeho ochrany byly zakládány církevní, charitativní instituce. V novověku v období renesance a osvícenství dominoval přístup orientovaný na člověka. Hlavním cílem společnosti byla snaha, aby člověk s postižením mohl dostatečně kvalitně žít ve společnosti zdravých jedinců. V té době byly začátky institucionalizované péče. Na přelomu 19. a 20. století se jednalo o počátky organizované péče, se snahou znovu uschopnit postiženého člověka k životu v běžné společnosti. Vyspělé země se svým diferencovaným přístupem zaměřovaly na prevenci vzniku postižení. Hlavním cílem bylo maximální možné začlenění jedinců s postižením do běžné společnosti. Po vstupu do Evropské unie se u nás v současnosti společnost snaží, inkluzivním přístupem, o nevyčleňování osob s postižením z běžné společnosti, pokud to není nezbytně nutné. Přizpůsobuje podmínky formou systému sociálních služeb, produktů tak, aby se zabezpečilo co možná nejdélsí setrvání těchto osob v jejich přirozeném sociálním prostředí. Podporuje vzájemné vztahy a přirozené soužití obou skupin osob jak nepostižených, tak s postižením. Snaží se o zvýšení kvality jejich života.

3.1 Sociální služby pro seniory s mentálním postižením

Každá moderní společnost by měla vytvářet rovné, spravedlivé podmínky, příležitosti pro zajištění vyšší kvality života ve stáří. Při naplňování tohoto závazku je potřeba spolupracovat napříč různými sektory společnosti, včetně zajištění strategického partnerství vlády a samosprávy. Zároveň je nutnost postupně se přizpůsobit potřebám osob ve starším věku, jak v oblasti poskytování vhodných produktů, tak poskytování nejrůznějších služeb (Národní program přípravy na stárnutí 2008, s. 11).

Pokud míra postižení seniorů je tak velká, že o ně nelze pečovat doma, v jejich přirozeném sociálním prostředí svépomocně, je možnost využít systému státní sociální podpory, ve formě finančních příspěvků a dávek, nebo některou ze sociálních služeb. Sociální služby nabízejí pomoc podle Matouška a kolektivu (2007, s. 9) právě společensky znevýhodněným osobám. Jejich cílem je zlepšení kvality života, nebo případně maximální možné začlenění do běžné společnosti.

Principem je pak dodržování individuálního přístupu, zachování důstojnosti, soběstačnosti a co nejvyšší kvality života (Určitě si poradíte, 2016, s. 70).

Poskytování těchto služeb je založeno, jak uvádí Pančocha a kolektiv (2013, s. 107), na rovnoprávném vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem na základě dobrovolnosti. Podle Matouška (2003, s. 214) mohou být poskytovány buď krátkodobě, nebo dlouhodobě.

System sociálních služeb je upraven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tyto služby mohou být poskytovány podle tohoto zákona (§ 37) formou:

- **ambulantní** - poskytování služeb různých zařízení, za kterými osoby dochází,
- **terénní** - služby jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí,
- **pobytovou** – poskytují ubytování v zařízeních sociálních služeb.

Základními druhy sociálních služeb podle tohoto zákona jsou:

- **sociální poradenství** - úkolem je poskytování potřebných informací, které přispějí k řešení nepříznivé sociální situace. Zahrnuje jak *základní*, tak *odborné sociální poradenství* (§37),
- **služby sociální péče** - úkolem je kromě jiného zajištění důstojnosti, pomoc při zajištění soběstačnosti, podpory života v přirozeném sociálním prostředí, zapojení se v co nejvyšší míře do běžného života a společnosti (§38),
- **služby sociální prevence** – cílem je zabránit sociálnímu vyloučení osob a pomáhat jim při překonávání jejich nepříznivé sociální situace včetně ochrany společnosti před nežádoucími společenskými jevy (§53).

Z mnoha služeb sociální péče uvedených v tomto zákoně mohou senioři s mentálním postižením využít tyto:

- Osobní asistenci, což je terénní služba poskytována bez časového omezení (§ 39)
- Pečovatelskou službu, která je terénní nebo ambulantní, poskytovaná v určeném čase jak v domácím prostředí, tak v zařízeních sociálních služeb (§ 40)
- Tísňovou péči, to je terénní nepřetržitá služba poskytovaná formou hlasové komunikace osobám, u kterých dojde k náhlému zhoršení schopností a zdravotního stavu, nebo ohrožení zdraví a života (§ 41)
- Podporu samostatného bydlení, poskytovanou terénně osobám se sníženou soběstačností (§ 43)
- Odlehčovací služby, které jsou terénní, ambulantní, pobytové s cílem umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek (§ 44)
- Centra denních služeb a Denní stacionáře, což jsou ambulantní služby a zařízení sociálních služeb pro osoby, které potřebují pomoc jiné pečující osoby (§ 34, § 45, § 46)
- Týdenní stacionáře a Domovy pro osoby se zdravotním postižením, jsou pobytové sociální služby a zařízení sociálních služeb pro osoby, které vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§ 34, § 47, § 48)
- Chráněné bydlení, které je pobytovou službou a zařízením sociální služby, mající formu skupinového nebo individuálního bydlení (§ 34, § 51)
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče jsou pobytové služby ve zdravotnických zařízeních pro osoby, které už nepotřebují lůžkovou péči, ale z důvodu závislosti na péči jiné osoby nemohou být propuštěni, dokud jim nebude poskytnuta následná péče jinými službami nebo pečující osobou (§ 52).

Ze služeb sociální prevence mohou být senioři s mentálním postižením podle tohoto zákona využity tyto:

- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, to jsou ambulantní nebo terénní služby pro osoby ohrožené sociálním vyloučením (§ 66)

- *Sociálně terapeutické dílny* (chráněné dílny), které patří do zařízení sociálních služeb, poskytující služby ambulantně osobám, jež nemohou být na otevřeném ani chráněném trhu práce. Dlouhodobě, pravidelně podporují, zdokonalují pracovní návyky a dovednosti (§ 34, § 67).

Zřizovateli, mnohdy i poskytovateli těchto sociálních služeb jsou podle (§ 6, § 78) tohoto zákona obce, kraje, nestátní neziskové organizace, fyzické, právnické osoby, soukromé společnosti, které musí mít oprávnění poskytovat sociální službu, to je, že musí být registrovány v registru poskytovatelů sociálních služeb, o kterých rozhoduje příslušný krajský úřad. Senioři s mentálním postižením si mají podle tohoto registru poskytovatelů možnost vybrat odpovídající sociální službu. Je důležité, aby pro ně byla dostupná nejen z hlediska lokality, ale i finančních možností (ČR, 2006, s. 120-144).

3.2 Péče v přirozeném sociálním prostředí

Zákon 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů udává v (§ 3) jako přirozené sociální prostředí domov člověka, tam kde žijí jeho blízcí, rodina, přátelé a příbuzní, kde má přirozené sociální vazby k dalším osobám a je mu umožněno provádět běžné denní aktivity (ČR, 2006, s. 120).

V takovém prostředí se podle Hrozenské a kolektivu (2008, s. 29) většina starších lidí cítí dobře, protože tam jsou zvyklí. Z tohoto důvodu ve většině případů chtějí, aby se o ně v případě potřeby postarala především jejich rodina. Zvláště senioři s mentálním postižením potřebují mít pocit bezpečí, jistoty a proto je pro ně velmi důležité, aby mohli využívat péči svých blízkých rodinných příslušníků co nejdéle. Nejideálnější ještě je, když při poskytování péče nemusí být využita žádná sociální služba.

O seniora s mentálním postižením se většinou v jeho přirozeném prostředí stará jedna pečující osoba. Podle slov Tomeše a kolektivu (2017, s. 67) je to osoba blízká, která nemusí mít potřebný kvalifikační kurz, ani potřebné znalosti nebo zkušenosti.

Pečující osobou, dle vyjádření Pörtnerové (2009, s. 11-12), nemusí být ale jen jeden člověk. Mohou to být všechny osoby, které zajišťují závislému členu rodiny jeho spokojenost.

Předpokladem k zajištění spokojenosti seniorů s mentálním postižením je v první řadě poskytování dobré péče, především pak schopnost a ochota jeho rodiny se o něj postarat. Důležitou roli přitom hraje podle Hrozenské a kolektivu (2008, s. 28-29) mezigenerační pou-

to, včetně citové zázemí. V současné době je však problém s akceptací mezigeneračního soužití. Je to spojeno mimo jiné i s omezením vzájemných vztahů, například kvůli rozpadu vícegeneračních rodin, nestabilním manželstvím, úbytkem dětí v rodině, prodloužením věku a nízké úmrtnosti. Přibývá tak osamělých osob, o které se nemá kdo postarat. Dalším problémem pro zajištění dobré a kvalitní péče je nedostatek finančních prostředků, jak samotných seniorů s mentálním postižením, tak jejich pečujících osob. Dalším faktem podle zmíněné autorky je, že ne každý je schopen a připraven starat se o bezmocného, starého člověka.

Domácí péče je podle Slowíka (2016, s. 158) vyčerpávající, představuje velmi vysokou zátěž pro rodinné příslušníky i pečující osoby. Často dochází k vážnému narušení jejich partnerského a rodinného života.

Tajanovská (2015, s. 27) popisuje tuto péči jako velmi časově náročnou, která s sebou nese rizika sociálního vyloučení, sociální izolace jak pro pečující osoby, tak pro osoby využívající jejich pomoc.

Tomeš a kolektiv (2017, s. 68-69) vidí úskalí pro pečující osoby v dalších rovinách. Jedna z nich je v **možnosti pečovat** a zároveň **zůstat v zaměstnání**. Zvláště pečující ženy, tím že se starají o člena rodiny, jsou v nevýhodné pozici. Mívají častou absenci, tím nejsou pro zaměstnavatele příliš atraktivní. Další rovina se týká využití **volného času** nebo **relaxace**, které jdou při dlouhodobé péči o seniora s mentálním postižením stranou. Další rovina je o **vztahu k osobě, o kterou je pečováno**. Na osobnost pečující osoby jsou kladeny vysoké nároky, mohou se u ní vyskytovat různé negativní emoce, jako vztek, zlost, beznaděj, lítost a výčitky nad svými náladami vůči osobě, o kterou pečuje. V **rovině fyzického a psychického zdraví jde většinou o vyčerpání**, které vede k většímu výskytu vlastních zdravotních problémů. Ve **společenské rovině** se jedná o omezení kontaktů s okolím.

Pokud se výše uvedených rovinách pečující osoby s problémy vyrovnají, mohou poskytnout seniorům s mentálním postižením dobrou péči, která povede k jejich spokojenému, kvalitnímu zbytku života. V opačném případě může dojít k tomu, že pečující osoby obrátí pozornost na uspokojování svých vlastních potřeb. Podle Slowíka (2016, s. 158-159) mohou takové pečující osoby vůči těm, o které pečují, používat násilí, tělesně, emocionálně je týrat, podvodně s nimi jednat, manipulovat, finančně je zneužívat nebo zadlužovat, různě

je zneužívat psychicky i fyzicky. Mohou je dokonce zbavit majetku, zanedbávat sociální a zdravotní péči. Přesto ne vždycky se podle autora výskyt úrazů nebo zhmožděnin u seniora s mentálním postižením dá přičítat nějakému druhu násilí. Zvláště při neodborné manipulaci s nepohyblivým seniorem, může dojít k nechtěnému způsobení zranění, modřin a otlaků. Také často nevyhovující podmínky v domácnosti jako schody, nerovný terén, nevyhovující prostory v koupelně mohou být příčinou zvýšeného rizika pádů nebo poranění. Pečující osoby jsou tak mnohdy postaveny před rozhodnutí, zda upravit podmínky v domácnosti, na které však nemají většinou finanční prostředky nebo využít péči v pobytovém zařízení sociálních služeb, ve kterém většinou senioři s mentálním postižením nechtějí být „odloženi“.

Pro prevenci této nedobrovolné institucionalizace je velmi důležitou oblastí podpory především poradenství - jak základní, tak odborné. Při jeho poskytování je možné poukázat jak na negativa, tak pozitiva péče v přirozeném sociálním prostředí. Pečující osoby se pak mohou lépe rozhodnout mezi tím, zda budou pečovat o seniora s mentálním postižením v domácím prostředí, nebo zda využijí podpory pobytového zařízení (Matoušek, 2007, s. 99).

Hrozenská a kolektiv (2008, s. 30) vidí pozitiva v tom, že se na péči může podílet více rodinných příslušníků, včetně rozdělení finanční stránky pomoci. Kromě toho rodina poskytuje citové zázemí a pocit, že je pro ně osoba s mentálním postižením důležitá.

Podle Tomeše a kolektivu (2017, s. 69, s. 71) se také vytváří rodinná solidarita a příklad pro mladší generace. Za další pozitiva péče v přirozeném prostředí lze považovat například poskytování individuální péče, zachovávání důstojnosti, intimity, soukromí, předcházení zhoršování zdravotního stavu, souvisejícího s nízkou adaptabilitou na změny v životě seniora s mentálním postižením, přirozená aktivizace při provádění běžných denních aktivit a zachování přirozeného rytmu života. Za negativa tito autoři považují náročnost péče z hlediska zajištění veřejných služeb, záskoků při pečování, administrativy spojené s povinnostmi pečující osoby, jednání s úřady, lékaři.

Slowík (2016, s. 159) považuje za negativa možnost zhoršení zdravotního stavu pečující osoby, zvláště výskytu problémů s páteří, hlavně u žen.

Jako další negativa lze vyjmenovat například nevyhovující podmínky v bytech a domech z hlediska bezbariérovosti, na obou stranách napětí, vzájemné konflikty, stres, nedorozu-

mění v souvislosti s jinými představami o péči, nebo vytváření ochranného klimatu a závislosti stárnoucích osob s postižením na pocitu, že všechno vyřeší pečující osoby (Vágnerová a kolektiv, 2004, s. 220 - 221).

3.3 Péče v pobytovém zařízení sociálních služeb – domově pro osoby se zdravotním postižením

Pokud se podle Hrozenské a kolektivu (2008, s. 30-31) nepodaří zabezpečit rodině vhodné podmínky, nefunguje mezi členy mezigenerační pouto, nebo je zdravotní stav seniora velmi závažný, je rodina často nucena řešit tuto situaci jeho umístěním do pobytového zařízení sociálních služeb. Pro seniora je samozřejmě důležité a snesitelnější, když se sám rozhodne pro využití této služby. V případě, že je však do takového zařízení přestěhován proti své vůli, nebo není na tuto skutečnost dostatečně a včas připravován, je taková změna pro něj velmi traumatizující. Doba adaptace na nové prostředí je pak velmi dlouhá. Někteří si dokonce nemusejí na tyto změny zvyknout vůbec. Mnohdy může v souvislosti s tím docházet k vzniku nevhodného chování, zhoršení psychického a fyzického stavu, v krajních případech někdy až k předčasnému úmrtí.

Kvalitu života seniorů s mentálním postižením v pobytové sociální službě lze obecně posuzovat podle míry jejich soběstačnosti, nezávislosti, osobní autonomie, možnosti volby, zachování soukromí, včetně důstojnosti. Důležitou roli hraje fyzická kondice, míra schopnosti provádět běžné každodenní činnosti, míra sociálních kontaktů, vztahů s blízkými lidmi, to, v jakém žije prostředí, podmínkách a v jaké míře jsou uspokojovány jeho spirituální potřeby. U seniorů s mentálním postižením je podstatný i pocit důležitosti, potřebnosti, možnost provádět smysluplnou činnost a existence podpory ze strany pečujících osob (Tomeš a kolektiv, 2017, s. 91).

Podle zákona 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (§ 48, odst. 1, 2), se v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP), poskytují tyto základní činnosti: *a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy, c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek, pro osobní hygienu, e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, g) sociálně terapeutické činnosti, h) pomoc*

při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (ČR, 2006, s. 135-136).

Tyto uvedené činnosti mají být podle Vojtíška (2016, s. 20-21) poskytovány *na míru klientovi*. Využívá se k tomu tzv. individuální plánování, ve kterém nejde o *plnění životních přání klienta, které nesouvisí s jeho nepříznivou sociální situací, kvůli které službu využívá*, ale jde o *individualizované poskytování základních činností sociální služby*. Podle něj je při poskytování péče důležité nezaměřovat se pouze na uspokojování fyziologických potřeb, ale komplexně se věnovat sociální, zdravotní, materiální a psychologické podpoře, podle individuálních potřeb každého seniora s mentálním postižením.

V současné době se v pobytových zařízeních sociálních služeb ve větší míře podle Slowíka (2016, s. 159) využívají výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Soustřeďují se nenásilnou formou především na oblast zvládnání každodenních běžných činností, sebeobsluhu, vztahy s jinými lidmi, pozitivní prožívání. Je přitom respektováno právo na odmítání, samotu a nečinnost. Vzhledem k tomu, že na vlastní iniciativu, ve většině případů sami nestačí, je důležité zajistit nabídku různých činností, na základě které se pak senioři s mentálním postižením sami rozhodnou.

Tyto činnosti mají, jak uvádí Pančocha a kolektiv (2013, s. 241), preventivní a léčebný charakter. Působí pozitivně při adaptaci na jiné prostředí, pomáhají při oddálení progresu různých onemocnění, působí pozitivně na psychickou, fyzickou stránku člověka, umožňují seniorům smysluplně využít den, pomáhají k dosažení osobních cílů podle jejich možností či schopností. Slowík (2016, s. 159) se v této souvislosti zmiňuje o podpoře nezávislosti, samostatnosti, udržování stávajících schopností, rozvoje osobnosti.

Péče v pobytových zařízeních sociálních služeb mají také svá pozitiva. Tomeš a kolektiv (2017, s. 69) mluví například o zajištění péče odborníky, zajištění manažerské činnosti, zajištění veřejných služeb, komunikaci s úřady a lékaři. K dalším pozitivům lze zařadit také zajištění 24hodinové péče pomocí kvalifikovaných pracovníků, větší zajištění bezpečnosti, bezbariérovosti, pomůcek nebo vybavení potřebných k mobilitě, aktivní vyplnění volného času, možnost účastnit se organizovaných kulturních, společenských akcí, zajištění jistoty v ubytování, vyváženosti stravy. Důležité je zmínit ještě spolupráci s dobrovolníky, kteří mohou přispět k většímu individuálnímu přístupu k seniorům s mentálním postižením.

Co se týká negativ spojených s péčí v pobytovém zařízení, jedná se podle Hrozenské a kolektivu (2008, s. 30) zejména o riziko věkové segregace včetně institucionálního charakteru péče.

Národní program přípravy na stárnutí (2008, s. 48) jako další negativa uvádí: špatný neetický přístup personálu, manipulativní jednání, větší míru možnosti zanedbání péče, nerespektování soukromí, intimity, časté porušování práv člověka a jeho důstojnosti. Nevhodné jednání pracovníků přesto senioři považují většinou za samozřejmost a za diskriminační je díky svému postižení nevnímají.

Merhautová (2016 s. 26) mluví o nedostatečném chápání a naplňování potřeb, zaměření péče více na uspokojování fyziologických potřeb, než těch psychosociálních, nedostatečném počtu pracovníků na počet uživatelů, nedostatku prostoru, času na vzájemnou komunikaci. Za příklady dalších negativ lze uvést nedostatek soukromí ve vícelůžkových pokojích, nemožnost vybavit si svůj pokoj podle svých představ, výměny pokojů, režimová opatření, personál trpící syndromem vyhoření, únavou, nebo naopak přílišnou aktivitou.

Péče o postižené by měla být taková, aby umožnila optimální rozvoj a uplatnění bez ohledu na postižení, aby se koneckonců postižení stalo pouze jednou z charakteristik jedince, a to možná ne tou nejdůležitější (Vágnerová a kolektiv, 2004, s. 225).

Shrnutí: Z hlediska historie docházelo ke změnám sociálních, pedagogických, politických postojů, filozofických názorů na seniory s mentálním postižením. S tím byly spojeny i změny v poskytování péče. Potřebám osob ve starším věku je v současnosti důležité se přizpůsobovat. Důraz je kladen především na zajištění vyšší kvality života ve stáří. Poskytovat péči lze jak v přirozeném sociální prostředí, tak formou nejrůznějších sociálních služeb. Každý způsob péče má svá specifika, negativa i pozitiva, člověk má ale právo se rozhodnout pro to, co mu bude nejvíce vyhovovat.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Tato část bakalářská práce se zaměřuje na průběh výzkumného procesu, který povede k zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

V základní části je pozornost věnována stanovení výzkumného problému, hlavního výzkumného cíle, dílčích výzkumných cílů a dílčích výzkumných otázek.

Strategie výzkumu specifikuje volbu přístupu k výzkumu, stanovení základního, výběrového souboru a kritéria výběru respondentů.

Metoda sběru dat a jejich zpracování se soustředění na zvolenou techniku pro sběr dat – dotazník, způsob zpracování shromážděných údajů, grafické zobrazení dat pomocí PC programu a stručný popis zjištěných skutečností.

4.1 Základní část

Péči v DOZP využívají dlouhodobě senioři s mentálním postižením. Tato zařízení mají institucionální charakter, kvůli kterému nemohou dostatečně uspokojit všechny potřeby osob v nich žijících. Každý senior má jiné priority a představy v oblasti péče, což může ovlivňovat míru jeho spokojenosti.

Výzkumný problém: Vliv věku, pohlaví, délky pobytu v DOZP a možnosti kontaktu s přirozeném sociálním prostředím na spokojenost s péčí v DOZP.

HVC bakalářské práce je zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP).

DVC1: Zjistit spokojenost v oblasti poskytování stravy, závislé na věku seniorů s MP.

- DVO1: Jsou více spokojeni v oblasti poskytování stravy starší senioři s MP nebo ti mladší?

DVC2: Zjistit spokojenost v oblasti poskytování ubytování závislé na pohlaví.

- DVO2: Jsou s poskytováním ubytování více spokojeni muži nebo ženy?

DVC3: Zjistit spokojenost seniorů s MP s přístupem zaměstnanců, závislé na délce pobytu v DOZP,

- DVO3: Jsou spokojenější s přístupem zaměstnanců senioři žijící v DOZP déle jak 5 let nebo ti, kteří v něm žijí méně jak 5 let?

DVC4: Zjistit spokojenost s množstvím aktivit, závislé na kontaktu s rodinnými příslušníky a přáteli.

- DVO4: Jsou s množstvím aktivit více spokojeny osoby, které mají kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli nebo ty, které kontakt nemají?

4.2 Strategie kvantitativního výzkumu

Pro práci byl zvolen **kvantitativní přístup** vzhledem k tomu, že lze informace z něj získané zobecnit a pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky je potřeba vyhodnotit odpovědi od co největšího počtu respondentů.

Do **základního výzkumného souboru** pro získání potřebných dat patří v tomto případě všichni senioři s mentálním postižením (dále jen MP) nad 60 let v ČR.

Výběrový soubor (vzorek) je tvořen 131 seniory s MP nad 60 let, vybraných na základě vícenásobného výběru ve třech stupních: **1. stupeň** - ze 14 krajů celé ČR byly vylosovány 3 kraje: Olomoucký, Jihomoravský, Vysočina. **2. stupeň** - losováním z těchto krajů vyšly 3 velkokapacitní DOZP: Srdce v domě, p.o., Klentnice, Zámek Břežany, p.o., Domov u lesa Tavíkovice, p.o.. **3. stupeň** – na základě ústní dohody s vedením všech tří zařízení a jejich souhlasem s prováděním dotazníkového šetření, bylo do každého z nich doručeno 50 dotazníků, a tím celkem osloveno 150 seniorů s MP.

Ze 150 dotazníků se vrátilo 139. Ke zpracování bylo vhodných pouze 131, vzhledem k tomu, že ještě 8 z nich muselo být vyřazeno z důvodu špatného vyplnění.

Kritérium pro výběr respondentů: muži i ženy, věk 60 a více let a schopnost vyjadřovat se alespoň verbálně k položkám v dotazníku. Tato věková hranice byla vybrána proto, že hlavním výzkumným cíl je zaměřen na zjištění spokojenosti s péčí u seniorů s MP. V teoretické části je uvedeno současné použití dělení stáří na počínající stáří s věkovou hranicí od 60 let a výše.

4.3 Metoda sběru dat a jejich zpracování

V bakalářské práci byl zvolen sběr dat pomocí **nestandardizovaného dotazníku**. Ten vyhovoval nejvíce zaměření výzkumu i specifickým zvláštnostem respondentů.

Položkami dotazníku 1 - 4 bylo potřeba zjistit základní údaje o dotazovaných, pomocí uzavřených odpovědí.

U ostatních položek 5 - 16 byla použita omezená **pěti škálová stupnice s čísly a písemným popiskem**, aby nebylo vyplňování náročné. Respondenti měli u odpovědi zakroužkovat pouze čísla, protože je pro ně pochopitelnější „známkování“ podobně jako ve škole. Při vyplňování dotazníků byla také využita pomoc pracovníků jednotlivých zařízení. Ta spočívala v upřesňování výrazů u jednotlivých položek a zároveň v pomoci s vyplněním dotazníků osobám s omezenou schopností psát, ale zachovanou schopností se verbálně vyjádřit. Položky dotazníku byly upraveny tak, aby jim respondenti rozuměli, což se potvrdilo na základě zkušebních dotazníků, které byly dány k vyplnění 5 seniorům s MP.

Položky v dotazníku se opírají o poskytování základních činností v DOZP podle Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

- K DVC1 se vztahují položky dotazníku: č. 1 a 6,
- K DVC2 se vztahují položky dotazníku: č. 2 a 5,
- K DVC3 se vztahují položky dotazníku: č. 3, 7, 13, 14, 15, 16,
- K DVC4 se vztahují položky dotazníku: č. 4, 8, 9, 10, 11, 12.

Při zpracování dat byl použit **nominální druh měření**. Odpovědi v dotazníku byly zpracovány pomocí čárkovací metody a k nim pak přiřazeny četnosti jednotlivými číselnými symboly.

Hodnoty z dotazníku byly přepočítány na **absolutní a relativní četnost**, ty pak zapsány do **tabulek četností**. K tabulkám byl přidán stručný **popis zjištěných skutečností**. Pomocí programu v PC Microsoft Excel byla **data převedena do koláčových a sloupcových grafů**.

5 ANALÝZA DAT

Pro vyjádření výsledků z dotazníků byly použity tabulky četností, pro znázornění výsledků koláčové a sloupcové grafy a vše doplněno stručným popisem zjištěných skutečností.

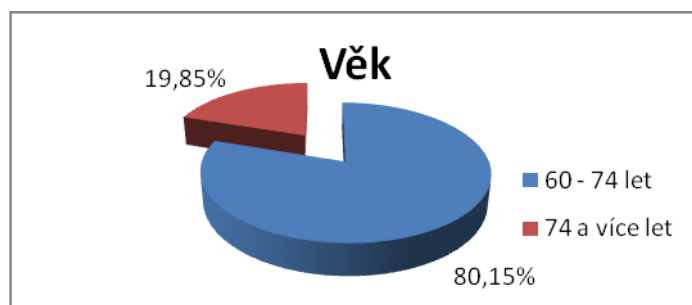
Položka č. 1. Kolik je vám let?

Tabulka č. 1 Věk 1

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) 60 – 74 let	105	80,15 %
b) 74 a více let	26	19,85 %
Σ	131	100

Z celkového počtu 131 respondentů, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili, bylo 105 seniorů s MP v období počínajícího stáří, ve věku 60 – 74 let, což odpovídá 80,15 % a 26 respondentů v období vlastního stáří, ve věku 74 a více let, což odpovídá 19,85 %.

Graf 1 Věk 1



Vlastní zdroj

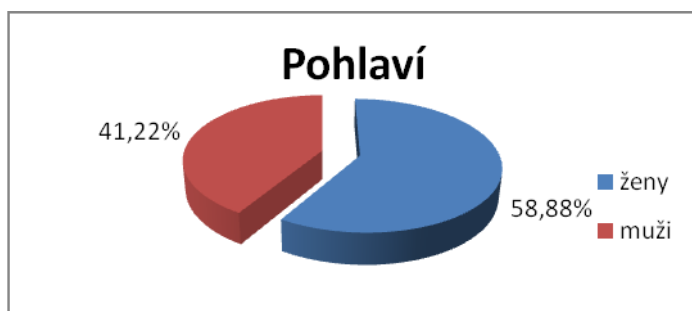
Položka č. 2. Jste muž nebo žena?

Tabulka č. 2 Pohlaví 1

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) žena	77	58,88 %
b) muž	54	41,22 %
Σ	131	100

Celkem 131 respondentů bylo zastoupeno 77 ženami, což odpovídá 58,88 % a 54 muži, což je 41,22 %.

Graf 2 Pohlaví 1



Vlastní zdroj

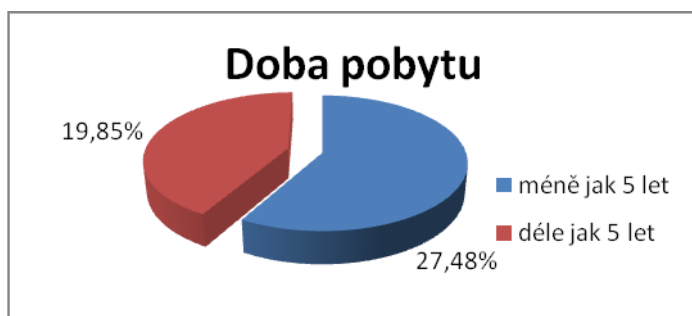
Položka č. 3. Jak dlouho žijete tady v domově (DOZP)?

Tabulka č. 3 Doba pobytu 1

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) méně jak 5 let	36	27,48 %
b) více jak 5 let	95	72,52 %
Σ	131	100

Z celkového počtu dotázaných žije 36 seniorů s MP v DOZP méně jak 5 let, což odpovídá 27,48 %, 95 z nich zde žije déle jak 5 let, což je 72,52 %.

Graf 3 Doba pobytu 1



Vlastní zdroj

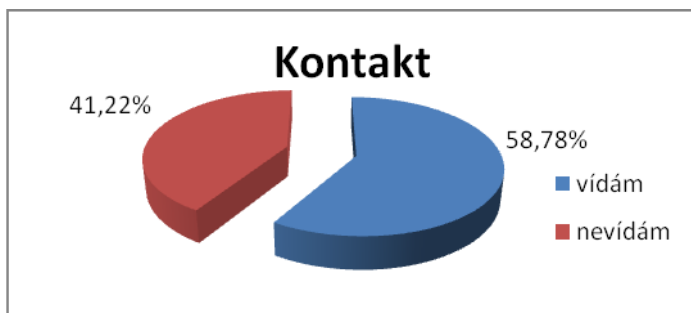
Položka č. 4. Vidáte se s rodinou nebo přáteli?

Tabulka č. 4 Kontakt s rodinou 1

	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
a) vídám	77	58,78 %
b) nevidám	54	41,22 %
Σ	131	100

S rodinou a přáteli má kontakt 77 respondentů, což je 58,78 % a ostatních 54 osob, což je 41,22 %, žádný kontakt s rodinou a přáteli nemá.

Graf 4 Kontakt s rodinou 1



Vlastní zdroj

K dalším položkám v dotazníku 5 – 16 se vztahuje vyjádření míry spokojenosti:

Číslo 1. znamená - **velmi spokojen,**

Číslo 2. znamená - **spokojen,**

Číslo 3. znamená - **ani spokojen, ani nespokojen,**

Číslo 4. znamená - **nespokojen,**

Číslo 5. znamená - **velmi nespokojen.**

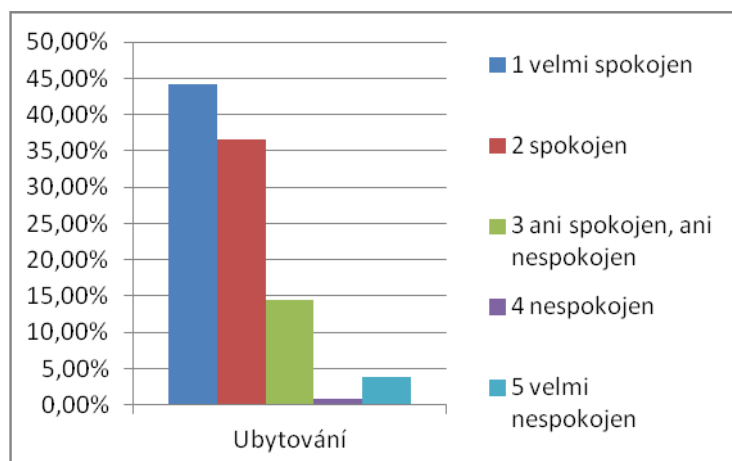
Položka č. 5. - Jak se Vám líbí ve vašem pokoji? (Nábytek, spolubydlící)

Tabulka č. 5 Ubytování 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	58	44,27 %
2.	48	36,64 %
3.	19	14,50 %
4.	1	0,76 %
5.	5	3,83 %
Σ	131	100

Z tabulky je zřejmé, že **velmi spokojeno** s ubytováním, zařízením pokoje a spolubydlícími, je ze 131 dotázaných 58 z nich, což je 44,27 %, **spokojeno** je 48 respondentů, to představuje 36,64 %, **ani spokojeno ani nespokojeno** je 19 osob, což je 14,50 %, **nespokojen** je 1 člověk, tj. 0,76 % a **velmi nespokojeno** je 5 osob, tj. 3,83 %.

Graf 5 Ubytování 1



Vlastní zdroj

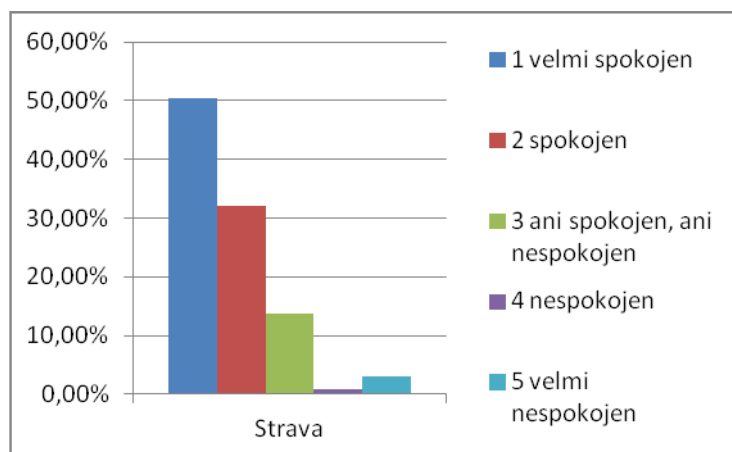
Položka č. 6. - Jak jste spokojeni se stravou? (Množství jídla, místo, kde jíte, výběr jídla)

Tabulka č. 6 Strava 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	66	50,38 %
2.	42	32,06 %
3.	18	13,74 %
4.	1	0,76 %
5.	4	3,05 %
Σ	131	100

V oblasti stravování je z celkového počtu 131 dotázaných **velmi spokojeno** 66 osob (50,38 %), **spokojeno** je jich 42 (32,06 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 18 (13,74 %), **nespokojen** je 1 člověk (0,76 %) a **velmi nespokojeny** jsou 4 osoby, tj. 3,05 %.

Graf 6 Strava 1



Vlastní zdroj

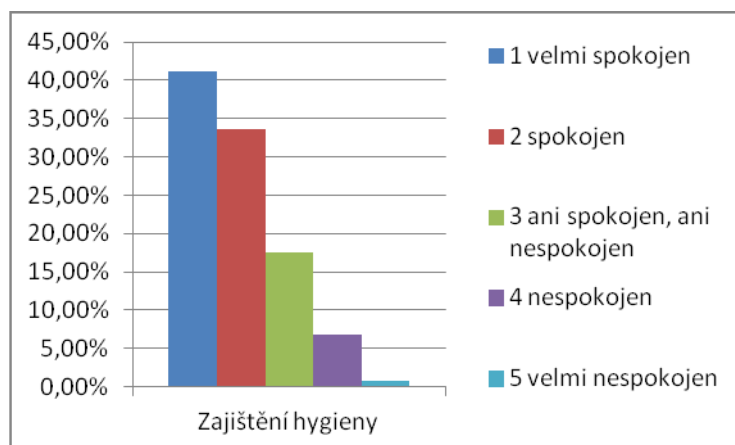
Položka č. 7. - Jak dobře se cítíte při pomoci pečovatелů?(Při sprchování, koupání, pomoci na WC).

Tabulka č. 7 Hygiena 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	54	41,22 %
2.	44	33,59 %
3.	23	17,56 %
4.	9	6,87 %
5.	1	0,76 %
Σ	131	100

V oblasti zajišťování hygieny a s pomocí a přístupem pečovatелů je z celkového počtu 131 dotázaných **velmi spokojeno** 54 osob (41,22 %), **spokojeno** je jich 44 (33,59 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 23 (17,56 %), **nespokojeno** je 9 (6,87 %) a **velmi nespokojen** je 1 člověk, tj. 0,76 %.

Graf 7 Hygiena 1



Vlastní zdroj

Položka č. 8. - Jak jste spokojeni se „zaměstnáním“ v dílnách a aktivitami během dne?

Tabulka č. 8 Aktivizační činnosti 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	63	48,09 %
2.	31	23,66 %
3.	23	17,56 %
4.	13	9,92 %
5.	1	0,76 %

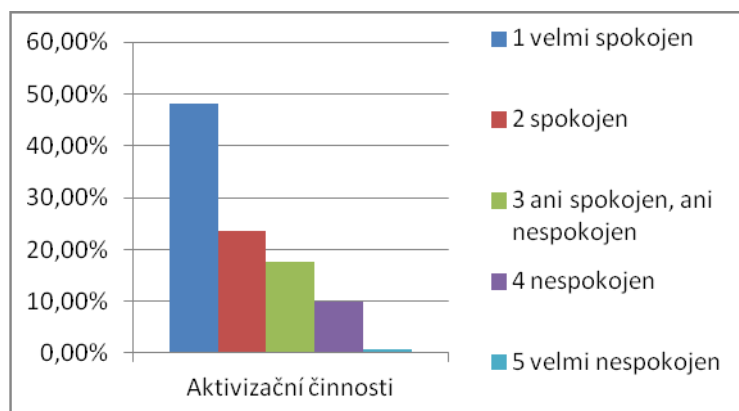
Σ

131

100

Se zaměstnáváním, nabídkami aktivizačních činností a aktivitami během dne, z celkového počtu 131 dotázaných, je **velmi spokojeno** 64 osob (48,09 %), **spokojeno** je jich 31 (23,66 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 23 (17,56 %), **nespokojeno** je 13 osob (9,92 %) a **velmi nespokojen** je opět 1 člověk, tj. 0,76 %.

Graf 8 Aktivizační činnosti 1



Vlastní zdroj

Položka č. 9. – Jste spokojeni s množstvím setkání s panem Proboštem? (V kostele nebo v domově).

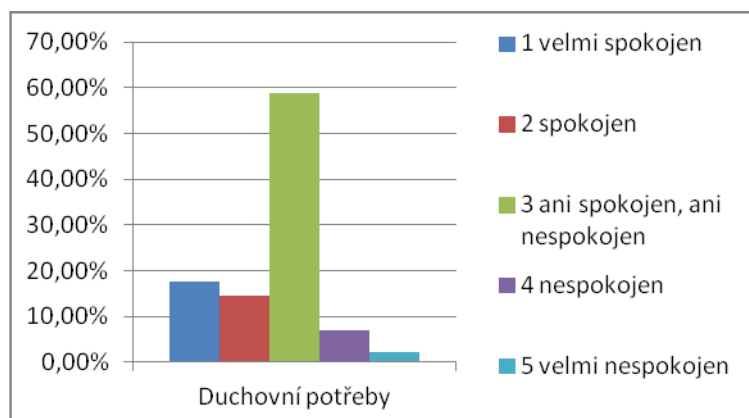
Tabulka č. 9 Duchovní potřeby 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	23	17,56 %
2.	19	14,50 %
3.	77	58,78 %
4.	9	6,87 %
5.	3	2,29 %

Σ 131 100

V zařízeních DOZP žije bezpochyby spousta seniorů, kteří jsou věřící. Cílem v této části práce bylo zjištění míry spokojenosti s uspokojováním potřeby v této oblasti. Z celkového počtu 131 dotázaných je **velmi spokojeno** 23 osob (17,56 %), **spokojeno** je jich 19 (14,50 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 77 (58,78 %), **nespokojeno** je 9 osob (6,87 %) a **velmi nespokojeny** jsou 3 osoby (2,29 %).

Graf 9 Duchovní potřeby 1



Vlastní zdroj

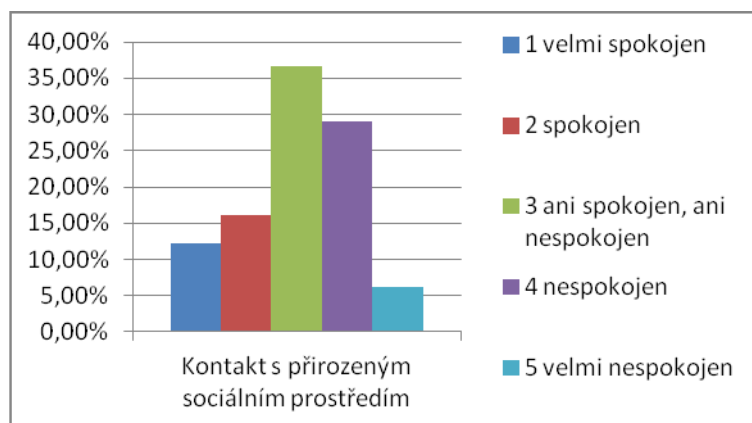
Položka č. 10. – Jste spokojeni s tím, jak často vidíte rodinu nebo přátele? (Návštěvy).

Tabulka č. 10 Kontakt s rodinou 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	16	12,21 %
2.	21	16,03 %
3.	48	36,64 %
4.	38	29,01 %
5.	8	6,11 %
Σ	131	100

Z tabulky vyplývá, že kontakt s rodinou a přáteli je pro osoby žijící v DOZP velmi důležitý. Z celkového počtu 131 dotázaných je **velmi spokojeno** pouze 16 osob (12,21 %), **spokojeno** je jich 21 (16,03 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 48 (36,64 %), **nespokojeno** je 38 osob (29,1 %) a **velmi nespokojeno** je 8 osob (6,11 %).

Graf 10 Kontakt s rodinou 1



Vlastní zdroj

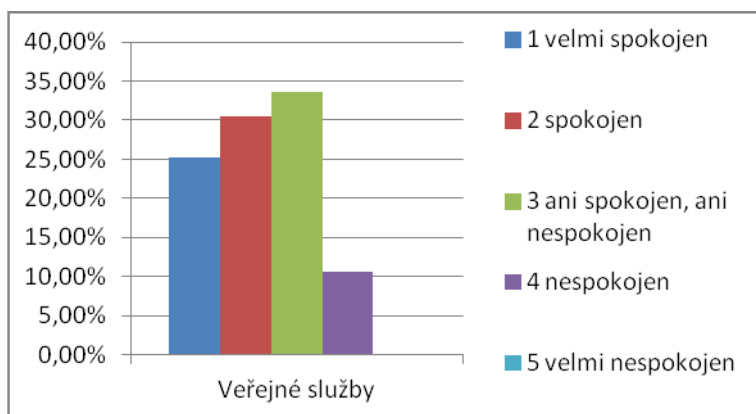
Položka č. 11. – Jste spokojeni s tím, jak často nakupujete, cestujete?

Tabulka č. 11 Veřejné služby 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	33	25,19 %
2.	40	30,53 %
3.	44	33,59 %
4.	14	10,69 %
5.	0	0 %
Σ	131	100

Se zajištěním nákupů, cestování a veřejných služeb je z celkového počtu 131 dotázaných **velmi spokojeno** 33 osob (25,19 %), **spokojeno** je jich 40 (30,53 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 44 (33,59 %), **nespokojeno** je 14 osob (10,69 %) a **velmi nespokojena** není žádná osoba, což je 0 %.

Graf 11 Veřejné služby 1



Vlastní zdroj

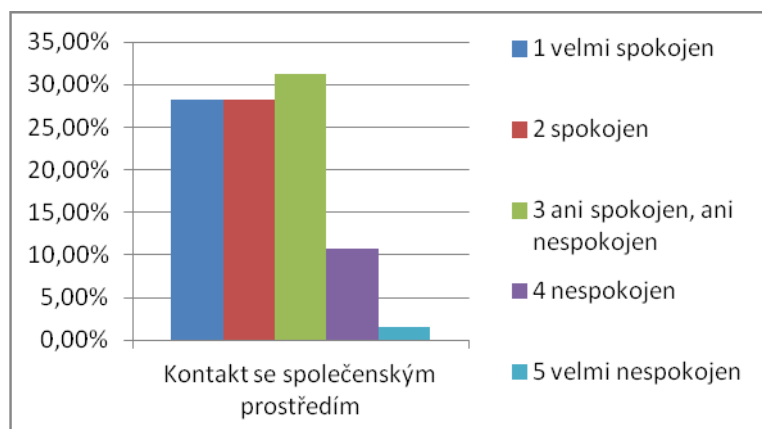
Položka č. 12. – Jak jste spokojeni s množstvím vašich výletů, a jiných akcí mimo domov?

Tabulka č. 12 Společenské prostředí 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	37	28,24 %
2.	37	28,24 %
3.	41	31,30 %
4.	14	10,69 %
5.	2	1,53 %
Σ	131	100

Z celkového počtu 131 dotázaných je se zajištěním kontaktu se společenským prostředím **velmi spokojeno** 37 osob (28,24 %), **spokojeno** jich je také 37 (28,24 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 41 (31,30 %), **nespokojeno** je 14 osob (10,69 %) a **velmi nespokojeny** jsou 2 osoby (1,53 %).

Graf 12 Společenské prostředí 1



Vlastní zdroj

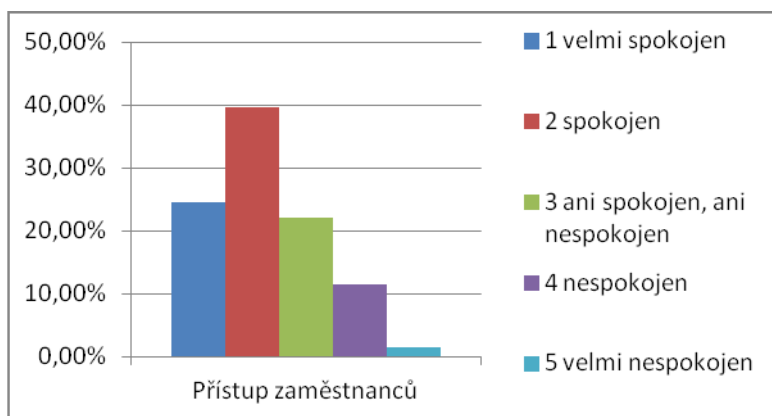
Položka č. 13. – Jak jste spokojeni s množstvím času, který na vás pracovník má? (Pečovatel, klíčový pracovník, sociální pracovník).

Tabulka č. 13 Přístup zaměstnanců 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	32	24,43 %
2.	52	39,69 %
3.	30	22,9 %
4.	15	11,45 %
5.	2	1,53 %
Σ	131	100

S přístupem zaměstnanců je z celkového počtu 131 dotázaných **velmi spokojeno** 32 osob (24,43 %), **spokojeno** jich je 52 (39,69 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 30 (22,9 %), **nespokojeno** je 15 osob (11,45 %) a **velmi nespokojeny** jsou 2 osoby (1,53 %).

Graf 13 Přístup zaměstnanců 1



Vlastní zdroj

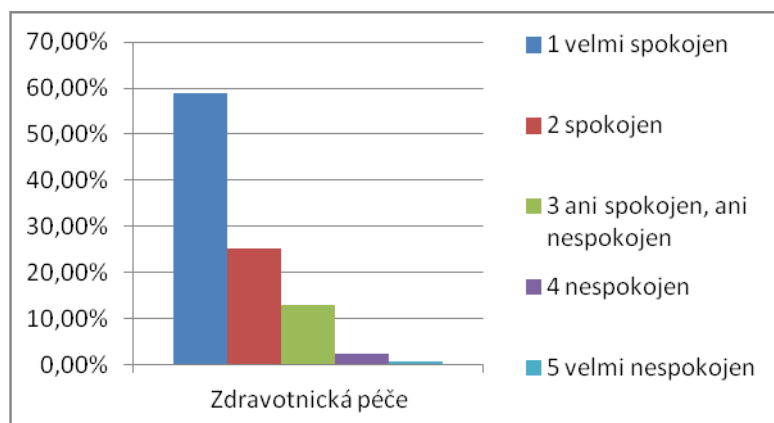
Položka č. 14. – Jste spokojeni s tím, jak se o vás starají zdravotní sestry? (Podávání léků, věnování pozornosti, když vás něco bolí).

Tabulka č. 14 Zdravotnická péče 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	77	58,78 %
2.	33	25,19 %
3.	17	12,98 %
4.	3	2,29 %
5.	1	0,76 %
Σ	131	100

S přístupem zaměstnanců, hlavně zdravotních sester a zajištěním základní zdravotnické péče v DOZP je z celkového počtu 131 dotázaných **velmi spokojeno** 77 osob (58,78 %), **spokojeno** jich je 33 (25,19 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 17 (12,98 %), **nespokojeny** jsou 3 osoby (2,29 %) a **velmi nespokojena** je 1 osoba (0,76 %).

Graf 14 Zdravotnická péče 1



Vlastní zdroj

Položka č. 15. – Jste spokojeni s tím, jak se k vám chovají pracovníci? (Jak vás oslovují, jestli klepou, když jdou do pokoje, jak s vámi mluví).

Tabulka č. 15 Zachování důstojnosti 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	51	38,93 %
2.	44	33,59 %
3.	23	17,56 %
4.	10	7,63 %
5.	3	2,29 %

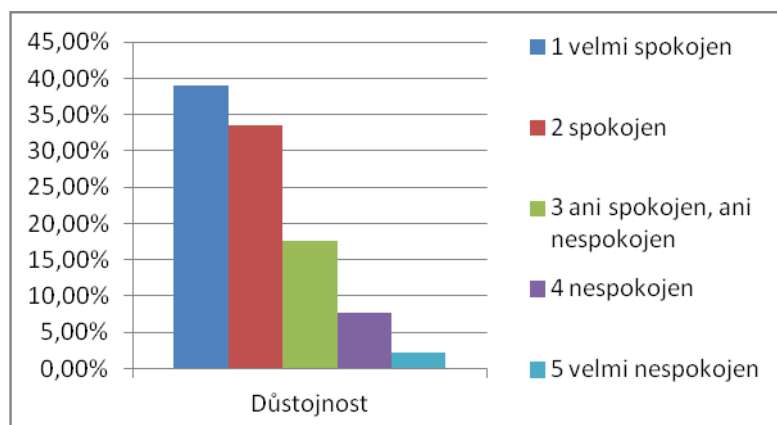
Σ

131

100

Z celkového počtu 131 dotázaných je s přístupem zaměstnanců a zachováním důstojnosti **velmi spokojeno** 51 osob (38,93 %), **spokojeno** jich je 44 (33,59 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 23 (17,56 %), **nespokojeno** je 10 osob (7,63 %) a **velmi nespokojeny** jsou 3 osoby (2,29 %).

Graf 15 Zachování důstojnosti 1



Vlastní zdroj

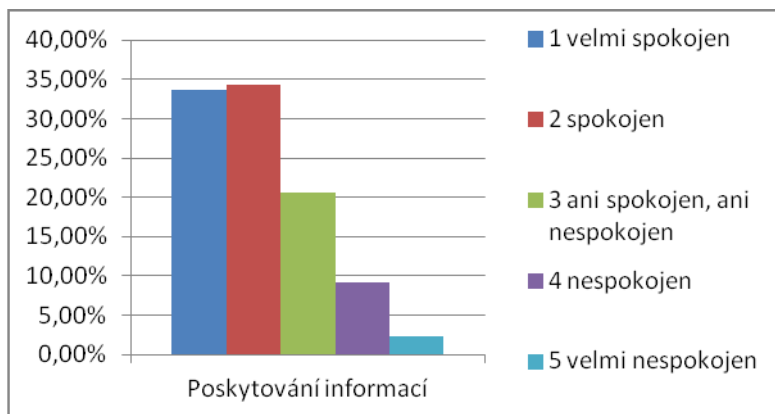
Položka č. 16. – Jste spokojeni s tím, jak vám zaměstnanci pomůžou, když se potřebujete něco nového dovědět? (Jak a kolik vám toho řeknou nebo ukážou).

Tabulka č. 16 Poskytování informací 1

Odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
1.	44	33,59 %
2.	45	34,35 %
3.	27	20,61 %
4.	12	9,16 %
5.	3	2,29 %
Σ	131	100

S tím, jak srozumitelně a jakým způsobem jsou dotazovaným podávány informace, je z celkového počtu respondentů **velmi spokojeno** 41 osob (33,59 %), **spokojeno** jich je 45 (34,35 %), **ani spokojeno ani nespokojeno** je 27 (20,61 %), **nespokojeno** je 12 osob (9,16 %) a **velmi nespokojeny** jsou 3 osoby (2,29 %).

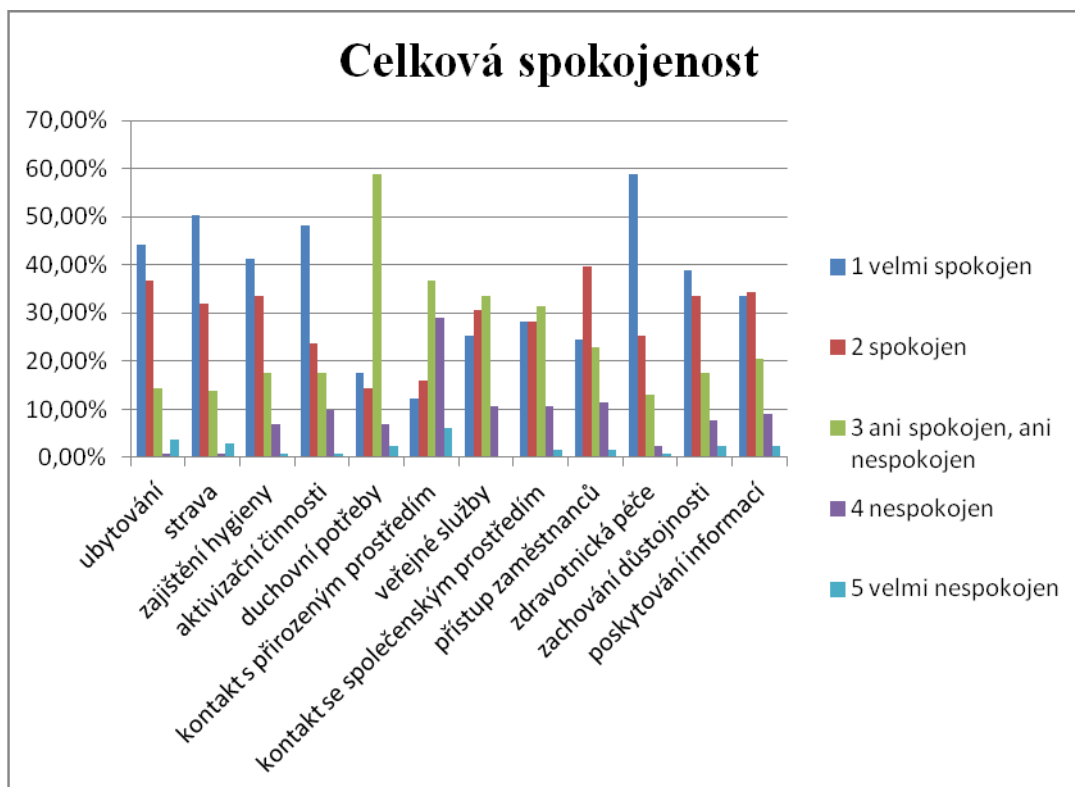
Graf 16 Poskytování informací 1



Vlastní zdroj

HVC bakalářské práce je zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP).

Graf Celková spokojenost 1



Vlastní zdroj

Ze všech předcházejících tabulek byl vytvořen graf, ze kterého vyplývá, že nejvíce respondentů je **na prvním místě** (bráno podle prvního modrého sloupce) **velmi spokojeno** s poskytováním **zdravotnické péče** a přístupem zdravotních sester, **na druhém místě se stra-**

vou, na třetím místě jsou velmi spokojeni s aktivizačními činnostmi. Čtvrté místo ve spokojenosti zaujímá ubytování, na pátém místě je spokojenost s přístupem zaměstnanců při zajišťování hygieny, šesté místo má zachování důstojnosti, na sedmém místě je poskytování informací, na osmém je kontakt se společenským prostředím, na devátém místě je zajištění veřejných služeb. Nejméně osob je na desátém místě velmi spokojeno s množstvím času a přístupem zaměstnanců, klíčových pracovníků a sociálního pracovníka, na jedenáctém místě je zajištění duchovních potřeb a na posledním dvanáctém místě je nejméně osob velmi spokojeno s kontaktem s přirozeným sociálním prostředím, tedy rodinou, přáteli a příbuznými.

DVC1: Zjistit spokojenost v oblasti poskytování stravy, závislé na věku seniorů s MP.

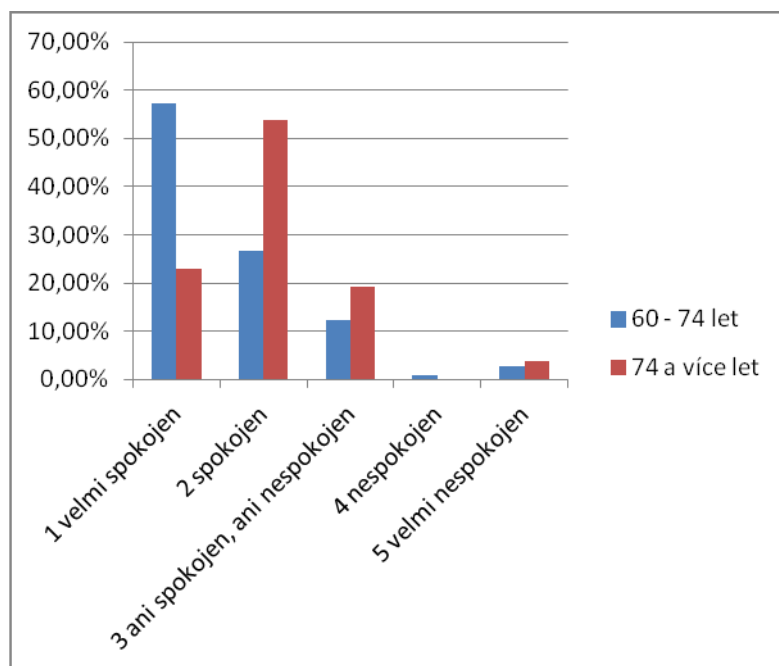
- DVO1: Jsou více spokojeni v oblasti poskytování stravy starší senioři s MP nebo ti mladší?

Tabulka č. 17 Spokojenost se stravou 1

	60 – 74 let	60 – 74 let	74 a více let	74 a více let	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Σ
1.	60	57,14 %	6	23,07 %	66
2.	28	26,67 %	14	53,85 %	42
3.	13	12,38 %	5	19,23 %	18
4.	1	0,95 %	0	0 %	1
5.	3	2,86 %	1	3,85 %	4
Σ	105	100	26	100	131

S tabulky vyplývá, že **více spokojeni** (v grafu bráno podle prvního modrého sloupce) se stravou jsou spíše senioři s MP, kteří jsou ve věku 60 – 74 let tedy **mladší osoby**, jak ty starší ve věku 74 a více let.

Graf 17 Spokojenost se stravou 1



Vlastní zdroj

DVC2: Zjistit spokojenost v oblasti poskytování ubytování závislé na pohlaví.

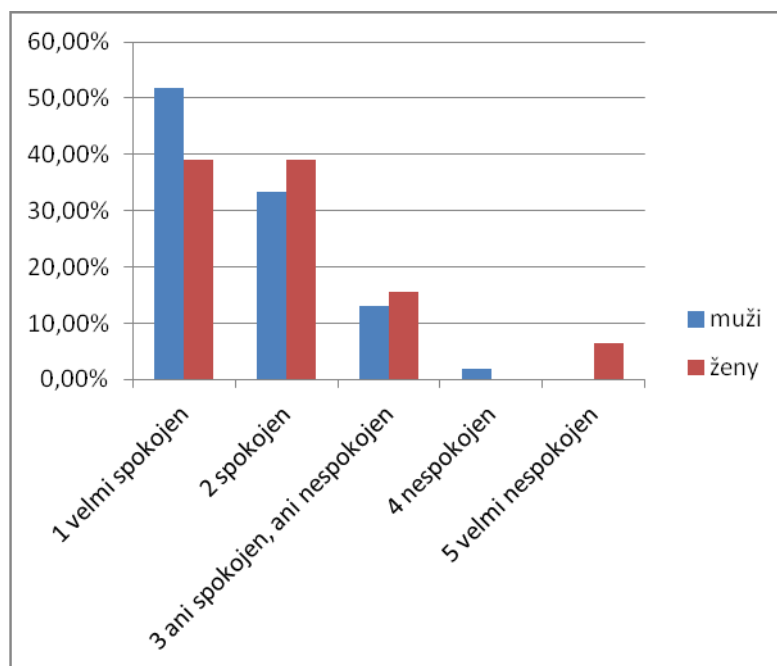
- DVO2: Jsou s poskytováním ubytování více spokojeni muži nebo ženy?

Tabulka č. 18 Spokojenost s ubytováním 1

	muži	muži	ženy	ženy	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Σ
1.	28	51,86 %	30	38,96 %	58
2.	18	33,33 %	30	38,96%	48
3.	7	12,96 %	12	15,59 %	19
4.	1	1,85 %	0	0 %	1
5.	0	0 %	5	6,49 %	5
Σ	54	100	77	100	131

Bylo zjištěno, že **více spokojeni** (v grafu bráno podle prvního modrého sloupce) s poskytováním ubytování **jsou spíše muži** jak ženy.

Graf 18 Spokojenost s ubytováním 1



Vlastní zdroj

DVC3: Zjistit spokojenost seniorů s MP s přístupem zaměstnanců, závislé na délce pobytu v DOZP.

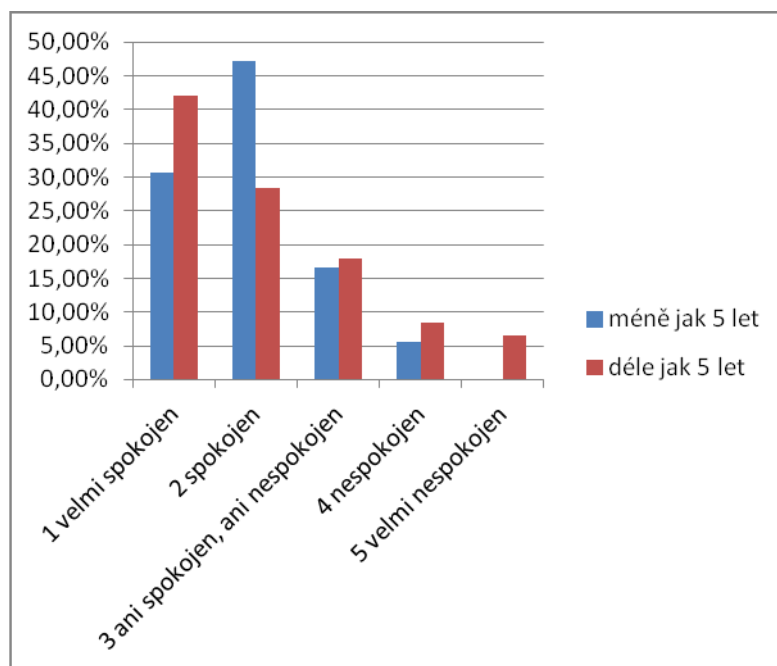
- DVO3: Jsou spokojenější s přístupem zaměstnanců seniori žijící v DOZP déle jak 5 let nebo ti, kteří v něm žijí méně jak 5 let?

Tabulka č. 19 Spokojenost s přístupem 1

	Méně jak 5 let	Méně jak 5 let	Déle jak 5 let	Déle jak 5 let	
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Σ
1.	11	30,56 %	40	42,11 %	51
2.	17	47,22 %	27	28,42 %	44
3.	6	16,67 %	17	17,89 %	23
4.	2	5,55 %	8	8,42 %	10
5.	0	0 %	3	3,16 %	3
Σ	36	100	95	100	131

Z tabulky vyplývá (v grafu bráno podle prvního červeného sloupce) že, **spokojenější** s přístupem zaměstnanců jsou spíše **osoby, které žijí v DOZP déle jak 5 let**, oproti těm, které zde žijí méně jak 5 let.

Graf 19 Spokojenost s přístupem 1



Vlastní zdroj

DVC4: Zjistit spokojenost s množstvím aktivit, závislé na kontaktu s rodinnými příslušníky a přáteli.

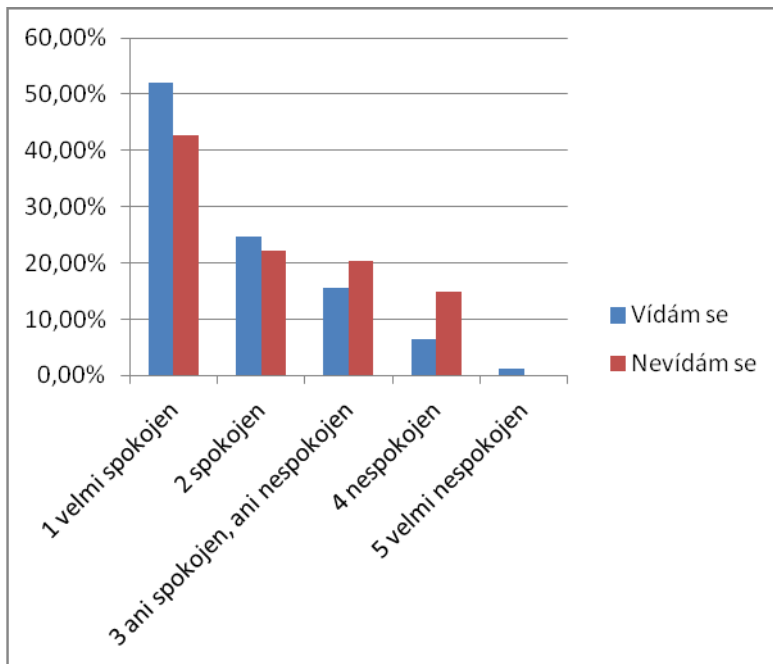
- DVO4: Jsou s množstvím aktivit více spokojeny osoby, které mají kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli nebo ty, které kontakt nemají?

Tabulka č. 20 Spokojenost s aktivitami 1

	Vídám se		Nevidám se		Σ
	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	
1.	40	51,95 %	23	42,59 %	63
2.	19	24,68 %	12	22,22 %	31
3.	12	15,58 %	11	20,37 %	23
4.	5	6,49 %	8	14,82 %	13
5.	1	1,30 %	0	0 %	1
Σ	77	100	54	100	131

Z grafu (bráno podle prvního modrého sloupce) a z tabulky vyplývá, že **více spokojeny** s množstvím aktivit **jsou osoby, které mají kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli**, na rozdíl od osob, které tento kontakt nemají.

Graf 20 Spokojenost s aktivitami 1



Vlastní zdroj

6 INTERPRETACE DAT

Z grafického znázornění lze interpretovat výsledky a odpovědět na dílčí výzkumné otázky:

DVC1: Zjistit spokojenost v oblasti poskytování stravy, závislé na věku seniorů s MP.

- DVO1: Jsou více spokojeni v oblasti poskytování stravy starší seniori s MP nebo ti mladší?

Podle grafického znázornění je zřejmé, že **více spokojeni** se stravou jsou seniori s MP, kteří jsou ve věku 60 – 74 let, tedy **mladší osoby**, na rozdíl od těch starších, ve věku 74 a více let.

Nižší spokojenost se stravou u starších osob může být způsobena tím, že v určitém věku je třeba stravu nějakým způsobem upravovat, např. mletím, rozmělněním, mixováním, porcováním, z důvodu chybění chrupu, problémům s polykáním nebo špatně provedené zubní protéze a riziku aspirace stravy. Takto upravená strava je často pro strávničky nevhledná, nemusí jim chutnat. Pokročilé stáří provází i zdravotní problémy, jako diabetes, kvůli kterému mají nastavenou diabetickou stravu, nemohou si pak vybírat z nabídky jídel, které většina zařízení svým uživatelům umožňují.

DVC2: Zjistit spokojenost v oblasti poskytování ubytování, závislé na pohlaví.

- DVO2: Jsou s poskytováním ubytování více spokojeni muži nebo ženy?

Bylo zjištěno, že **více spokojeni** s poskytováním ubytování **jsou spíše muži**, na rozdíl od žen.

Vyšší spokojenost mužů s ubytováním lze interpretovat tak, že mohou mít celkově jiné nároky na prostor v pokoji a jeho estetiku či výzdobu. Nemusí jim vadit ani malé prostory ve skříních, společné sledování televizních pořadů, poslech rádia jen ve společenských prostorách. Nemusejí být mezi nimi tak časté konflikty, i když bydlí ve vícelůžkovém pokoji, protože muži bývají zpravidla vůči sobě tolerantnější. Ženy mohou být méně spokojeny proto, že jsou ve větší společnosti konfliktnější, často jim nemusí vyhovovat z různých důvodů ani spolubydlící (zdravotní problémy, povaha, inkontinence, nedodržování pořádku atd.) Důležitou roli hraje i to, že si malý prostor ve vícelůžkovém pokoji nemohou vyzdobit podle svých představ nábytkem a obklopit se dostatečným množstvím oblíbených věcí nebo se vzájemně ruší při sledování televize nebo při poslechu rádia.

DVC3: Zjistit spokojenost seniorů s MP s přístupem zaměstnanců, závislé na délce pobytu v DOZP.

- DVO3: Jsou spokojenější s přístupem zaměstnanců seniori žijící v DOZP déle jak 5 let, nebo ti, kteří v něm žijí méně jak 5 let?

Spokojenější s přístupem zaměstnanců jsou spíše osoby, které žijí v DOZP déle jak 5 let, na rozdíl od těch, které zde žijí méně jak 5 let.

Vyšší spokojenost s přístupem zaměstnanců u osob, které žijí v zařízeních déle, lze vysvětlit tím, že po určitém čase přestanou nevhodný přístup zaměstnanců vnímat jako něco nepřijatelného a začnou jej brát jako samozřejmost. U osob, které jsou v zařízení kratší dobu, lze předpokládat, že mají určité návyky z původního prostředí, ze kterého museli odejít. Jsou přinejmenším zvyklé na určité oslovování, zacházení při hygieně, zachovávání intimity a důstojnosti. V zařízeních jsou většinou společné koupelny a toalety, pokud nejsou součástí jednolůžkových pokojů. Pracovníci v této oblasti často při snaze ulehčit si práci mohou přistupovat k seniorům necitlivě, zrychleným tempem a ne zcela podle jejich potřeb.

DVC4: Zjistit spokojenost s množstvím aktivit závislé na kontaktu s rodinnými příslušníky a přáteli.

- DVO4: Jsou s množstvím aktivit více spokojeny osoby, které mají kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli, nebo ty, které kontakt nemají?

Větší spokojenost s množstvím aktivit vyjadřují osoby, které mají kontakt s rodinnými příslušníky a přáteli, na rozdíl od osob, které tento kontakt nemají.

Pro seniory s MP je velice důležitý citový vztah k blízkým osobám a pravidelný sociální kontakt s jejich rodinou a přáteli. Zvyšuje to u nich pocit důležitosti, bezpečí a jistoty. Celkově pak mohou být spokojeni s nabídkami aktivit, množstvím společenských akcí. Vědomí, že mohou jezdit domů za rodinou a přáteli, udržuje jejich psychický, fyzický stav v optimální míře a zvyšuje motivaci zapojit se do různých činností během dne. Ti, kteří tento kontakt nemají, mohou často trpět pocitem samoty, zbytečnosti. Objevují se u nich častější psychické nebo jiné zdravotní problémy. Mohou se uzavírat do sebe a odmítat jakoukoli aktivizaci. Často může nedostatečný kontakt způsobit poruchy v chování vůči personálu i spolubydlícím.

HVC bakalářské práce je zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP).

Výzkumem bylo zjištěno (uváděno podle počtu spokojených osob), že velmi spokojeni jsou senioři s MP na:

1. místě - s poskytováním zdravotnické péče a přístupem zdravotních sester

Z výsledku můžeme usuzovat, že nejdůležitější je pro seniory s MP vnímání vlastního zdraví. Péče zdravotnického personálu v zařízeních většinou spočívá v dávkování, rozdávání léků a zabezpečování základní zdravotnické péče, která je spojená s profesionálním přístupem k potřebám jiných.

2. místě - se stravou

Další nejdůležitější oblastí je uspokojení základní fyziologické potřeby.

3. místě - s aktivizačními činnostmi

Aktivizační činnosti podvědomě uspokojují další lidskou potřebu - být užitečný, potřebný, uznávaný.

4. místě - s ubytováním

Jistota a bezpečí, tepelný komfort, dostatečná bezbariérovost hraje v míře spokojenosti další důležitou roli.

5. místě - s přístupem zaměstnanců při zajišťování hygieny

Zachovávání intimity, zacházení s inkontinentním člověkem, celkové provádění hygieny a chování zaměstnanců v této oblasti, odpovídá tomuto umístění vzhledem k tomu, že v pobytových zařízeních není možné zabezpečit odpovídající individuální přístup k osobám závislých na péči druhých.

6. místě - se zachováním důstojnosti

Oslovování, vcházení do pokoje, omezování soukromí je z pohledu seniorů s MP méně důležité než předchozí položky, protože většina žije v zařízení již dlouho, a nevhodný přístup zaměstnanců považuje za samozřejmost.

7. místě - s poskytováním informací

Toto umístění může znamenat, že poskytování informací může být pro seniory v DOZP dostatečně srozumitelné nebo může vyjadřovat to, že moc informací nevyžadují, nebo jim množství informací stačí.

8. místě - s kontaktem se společenským prostředím

Osoby žijící v zařízeních dlouho, nebo starší senioři, kteří mají zhoršený zdravotní stav, mohou být smířeny, že kontakt se společenským prostředím mají omezený nebo žádný. Přesto vyjadřují spíše nespokojenost.

9. místě - **se zajištěním veřejných služeb**

Většina veřejných služeb (nákupy, kadeřník, pedikúra apod.), je zajišťována pomocí doprovodů zaměstnanců nebo opatrovníků. Nebo jsou sjednávány přímo v zařízeních. Proto nemusí být pro seniory tato část tolik důležitá. Mohou být spokojeni s nákupy sladkostí a kávy.

10. místě - **s množstvím času a přístupem zaměstnanců**

Čas a individuální přístup, včetně plnění individuálních plánů, není nejspíše pro seniory tak důležitý, protože zařízení mají třísměnné provozy, kde se střídá dostatečné množství zaměstnanců, to pak může být vnímáno jako dostačující.

11. místě - **se zajištěním duchovních potřeb**

Pro spoustu osob nemusí být spiritualita důležitá nebo nemusejí být věřící.

12. místě - **s kontaktem s přirozeným sociálním prostředím, tedy rodinou a přáteli**

Ve většině případů už senioři, zvláště ti starší, žádnou rodinu nemají, nebo je rodina nenavštěvuje. Toto místo je spíše opakem spokojenosti, protože větší část dotázaných je v této oblasti nespokojena.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Každý senior s MP má jiné představy o kvalitě svého života a subjektivní názor na to, co je pro něj nejdůležitější. Výsledky výzkumu ukazují, že ve všech oblastech poskytování péče v DOZP je přesto potřeba zlepšení. Míra spokojenosti by mohla být vyšší, pokud by byla **zlepšena kvalita ubytování** například modernizací nábytku, zvolením vhodných velikostí a výšky nábytku, včetně lůžek, snížením počtu osob na pokojích, úpravou a zvýšením bezbariérovosti prostor. **V oblasti stravování** by bylo potřeba zapojit seniory více do stravovacích komisí, kde by mohli přednést své návrhy a představy. Stejně tak v **přístupu zaměstnanců a v jejich chování** by mohly nastat pozitivní změny, pokud by se více účastnili kurzů a školení na téma komunikace s cílovou skupinou osob a přijímali by se do pracovního poměru dostatečně kvalifikovaní pracovníci. Při práci se seniory s mentálním postižením hraje velmi důležitou roli způsob komunikace pracovníků, vhodný přístup a dostatečné znalosti o projevech tohoto zdravotního postižení. Bohužel většina zaměstnanců projde pouze základními kurzy, které jsou pro tuto cílovou skupinu nedostačující. Mentální postižení vyžaduje hlubší znalosti z oblasti speciální pedagogiky. Každý zaměstnavatel by měl mít tuto skutečnost na paměti a v rámci povinného vzdělávání všech pracovníků, zařazovat pravidelná školení na toto téma. V oblasti **poskytování informací** by bylo možné zvýšit spokojenost pomocí využití srozumitelných obrázků a alternativní komunikace. Ve většině případů si totiž nedokážou osoby s MP informace přečíst. Další oblast tvoří **spirituální potřeby**. Spousta seniorů už není schopna účasti na bohoslužbách v kostele, proto by bylo potřeba spolupracovat s duchovními, aby se i tyto služby mohly v dostatečné míře poskytovat přímo v zařízeních. Při zajišťování veřejných služeb je třeba nabízet seniorům více možností, aby si sami vybrali, co jim lépe vyhovuje. Mnohdy se využívají služby jednoho kadeřníka či pedikéra, nákup v jednom obchodě apod. Ve všech výše uvedených oblastech může být sociální pracovník iniciativní, ale jeho nejdůležitějším úkolem by mělo být zabezpečení **větší spolupráce s opatrovníky**, rodinnými příslušníky tak, aby se zvýšil jejich zájem o seniory s MP a počet kontaktů s nimi.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP).

Celá práce se rozděluje na teoretickou a praktickou část.

Teoretickou část tvoří tři kapitoly. V první jsou vysvětleny pojmy, týkající se období stárnutí, stáří a popsána specifika stáří. Druhá kapitola se věnuje definování pojmu mentálního postižení, jeho klasifikaci, příčinám a dopadům na kvalitu života. Třetí kapitola je zaměřena na sociální služby pro seniory s MP, popis péče v přirozeném sociálním prostředí a v pobytovém zařízení sociálních služeb – DOZP.

Praktická část je rozdělena na čtyři kapitoly. První stanoví výzkumný problém, výzkumné cíle a otázky. Věnuje se volbě přístupu k výzkumu, metodě sběru dat, stanovení základního, výběrového souboru a kritériu výběru respondentů. Druhá se soustředí na analýzu získaných dat, popis zjištěných skutečností a třetí na jejich interpretaci. Čtvrtá kapitola popisuje doporučení pro praxi.

Cílem praktické části bylo pomocí kvantitativního výzkumu zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením a jak míra jejich spokojenosti závisí na věku, pohlaví, délce pobytu a možnosti kontaktu s přirozeným sociálním prostředím. Do tří vylosovaných zařízení bylo doručeno 150 dotazníků. Z výsledků 131 z nich vhodných ke zpracování vyplynulo, že míru spokojenosti v určitých oblastech péče ovlivňují výše uvedené skutečnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAZALOVÁ, Barbora. 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0693-4.
- [2] BENDO VÁ, Petra (ed.). 2015. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogu*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-422-9.
- [3] ČERNÁ, Marie a kolektiv. 2009. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1565-3.
- [4] FISCHER, Slavomil, Jiří, ŠKODA, Zdeňek SVOBODA a Ladislav ZILCHER. 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-792-7.
- [5] HAMILTON, Ian Stuart. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- [6] HARTL, Pavel, Helena, HARTLOVÁ. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [8] HROZENSKÁ, Martina a kolektiv. 2008. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-282-3.
- [9] JESENSKÝ, Ján. 2000. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-823-9.
- [10] LECHTA, Viktor. 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
- [11] MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
- [12] MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
- [13] MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

- [14] NOVOSAD, Libor, 2006. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.
- [15] PANČOCHA, Karel, Lucie PROCHÁZKOVÁ a Kateřina SAYOUD SOLÁROVÁ, 2013. *Edukativní, intervenční a terapeutické přístupy k dospělým osobám a seniorům se zdravotním postižením*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6306-8.
- [16] PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světě současných edukativních trendů*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-40-3.
- [17] PÖRTNER, Marlis, 2009. *Na osobu zaměřený přístup: v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-582-0.
- [18] SLOWÍK, Josef, 2016. *Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0095-8.
- [19] SOLOVSKÁ, Vendula a kolektiv, 2013. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0369-8.
- [20] ŠÁMALOVÁ, Kateřina, 2016. *Šance na dosažení vysokoškolského vzdělání v populaci osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova. ISBN 978-80-246-3469-2.
- [21] ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-060-7.
- [22] TOMEŠ, Igor, Kateřina, ŠÁMALOVÁ (ed.) a kolektiv, 2017. *Sociální souvislosti aktivního stáří*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3612-2.
- [23] VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana, HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTĚCH, 2004. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
- [24] VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
- [25] *Kvalita života ve stáří, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012*. Praha: MPSV, 2008. ISBN 978-80-86878-65-2.
- [26] *Určitě si poradíte: praktické rady pro životní situace, kdy potřebujete zdravotní a sociální služby 2016*. Jihomoravský kraj: FM Solutions, 2016. ISBN 978-80-905989-6-6.

[27] MERHAUTOVÁ, Jana. Rozpor v potřebách organizace a uživatelů sociální služby. *Sociální služby: odborný časopis*. Prosinec 2016, ročník 18, s. 26. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISSN 1803-7348.

[28] VOJTÍŠEK, Petr. Sociální pracovník a metodické vedení individuálního plánování v sociální službě. *Sociální služby: odborný časopis*. Listopad 2016, ročník 18, s. 20. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISSN 1803-7348.

[29] TAJANOVSKÁ, Andrea. Rodiny pečující o osobu blízkou potřebují konkrétní pomoc. *Sociální služby: odborný časopis*. Březen 2015, ročník 17, s. 27. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISSN 1803-7348.

Zákony:

[30] ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. března 2006 sociálních službách. In: *ÚZ, sociální zabezpečení*, 2017, č. 1220, s. 118-173, Ostrava-Hrabůvka: Sagit. ISBN 978-80-7488-252-4

[31] ČESKO Zákon č. 89 ze dne 3. Února 2012. *Občanský zákoník*. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2012, částka 33. Str. 1026.

Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>

Elektronické zdroje:

[32] *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabełární část*, 2017, aktualizované vydání k 1. 1. 2018, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha – Nové Město: ISBN: 978-80-7472-168-7.

Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
tj.	to je
Sb.	sbírka (zákonů)
aj.	a jiné
např.	například
atd.	a tak dále
s.	strana
HVC	Hlavní výzkumný cíl
DVC	Dílčí výzkumný cíl
MP	Mentální postižení
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
IQ	Intelligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PC	Osobní počítač

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf 1 Věk 1.....	36
Graf 2 Pohlaví 1	37
Graf 3 Doba pobytu 1.....	37
Graf 4 Kontakt s rodinou 1	38
Graf 5 Ubytování 1	39
Graf 6 Strava 1	40
Graf 7 Hygiena 1	41
Graf 8 Aktivizační činnosti 1	42
Graf 9 Duchovní potřeby 1	43
Graf 10 Kontakt s rodinou 1	44
Graf 11 Veřejné služby 1	45
Graf 12 Společenské prostředí 1	46
Graf 13 Přístup zaměstnanců 1	47
Graf 14 Zdravotnická péče 1.....	48
Graf 15 Zachování důstojnosti 1	49
Graf 16 Poskytování informací 1	50

Graf 17 Spokojenost se stravou 1	52
Graf 18 Spokojenost s ubytováním 1	53
Graf 19 Spokojenost s přístupem 1	54
Graf 20 Spokojenost s aktivitami 1	55
Graf Celková spokojenost 1	50

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Věk 1	36
Tabulka č. 2 Pohlaví 1	36
Tabulka č. 3 Doba pobytu 1	37
Tabulka č. 4 Kontakt s rodinou 1	37
Tabulka č. 5 Ubytování 1	38
Tabulka č. 6 Strava 1	39
Tabulka č. 7 Hygiena 1	40
Tabulka č. 8 Aktivizační činnosti 1	41
Tabulka č. 9 Duchovní potřeby 1	42
Tabulka č. 10 Kontakt s rodinou 1	43
Tabulka č. 11 Veřejné služby 1	44
Tabulka č. 12 Společenské prostředí 1	45
Tabulka č. 13 Přístup zaměstnanců 1	46
Tabulka č. 14 Zdravotnická péče 1	47
Tabulka č. 15 Zachování důstojnosti 1	48
Tabulka č. 16 Poskytování informací 1	49

Tabulka č. 17 Spokojenost se stravou 1	51
Tabulka č. 18 Spokojenost s ubytováním 1	52
Tabulka č. 19 Spokojenost s přístupem 1	53

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: dotazník

PŘÍLOHA P I: SPOKOJENOST S PÉČÍ V DOZP

Dobrý den,

jsem studentka sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Prosím o vyplnění tohoto dotazníku. Potřebuji jej jako podklad pro bakalářskou práci, jejímž hlavním cílem je zjistit, jak jsou senioři s mentálním postižením spokojeni s péčí v domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Tento dotazník je dobrovolný a anonymní, nepodepisujete se.

U položek **1 – 4** **zakroužkujte jen písmeno u vybrané odpovědi.**

U položek **5 – 17** **zakroužkujte jen jedno vybrané číslo.**

Číslo **1** znamená - **velmi spokojen,**

Číslo **2** znamená - **spokojen,**

Číslo **3** znamená - **ani spokojen, ani nespokojen,**

Číslo **4** znamená - **nespokojen,**

Číslo **5** znamená - **velmi nespokojen.**

1. Kolik je Vám let?

a) 60 -74

b) 74 a více

2. Jste muž nebo žena?

a) žena

b) muž

3. Jak dlouho žijete tady v domově (DOZP)?

a) méně jak 5 let

b) déle jak 5 let

4. Vídáte se s rodinou nebo přáteli?

a) vídám

b) nevídám

5. Jak se vám líbí ve vašem pokoji (nábytek, spolubydlící)?

na: 1 2 3 4 5

6. Jak jste spokojeni se stravou (množství jídla, místo, kde jíte, výběr jídla)?

na: 1 2 3 4 5

7. Jak dobře se cítíte při pomoci pečovatelů (při sprchování, koupání, pomoci na WC)?

na: 1 2 3 4 5

8. Jak jste spokojeni se „zaměstnáním“ v dílnách a aktivitami během dne?

na: 1 2 3 4 5

9. Jste spokojeni s množstvím setkání s panem Proboštem (v kostele nebo domově)?

na: 1 2 3 4 5

10. Jste spokojeni s tím, jak často vidíte rodinu nebo přátele (návštěvy)?

na: 1 2 3 4 5

11. Jste spokojeni s tím, jak často nakupujete, cestujete?

na: 1 2 3 4 5

12. Jak jste spokojeni s množstvím vašich výletů a jiných akcí mimo domov?

na: 1 2 3 4 5

13. Jak jste spokojeni s množstvím času, který na vás pracovník má (pečovatel, klíčový pracovník, sociální pracovník aj.)?

na: 1 2 3 4 5

14. Jste spokojeni s tím, jak se o vás starají zdravotní sestry (podávání léků, věnování pozornosti, když vás něco bolí)?

na: 1 2 3 4 5

15. Jste spokojeni s tím, jak se k vám chovají pracovníci (jak vás oslovují, jestli klepou, když jdou do pokoje, jak s vámi mluví)?

na: 1 2 3 4 5

16. Jste spokojeni s tím, jak vám zaměstnanci pomůžou, když se potřebujete něco nového dozvědět (jak a kolik vám toho řeknou nebo ukážou)?

na: 1 2 3 4 5

Děkuji za váš čas.