

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Volnočasové aktivity pro dospělé osoby
s mentálním postižením v ústavu sociální
péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
doc. PhDr. František Vízdal, CSc

Vypracovala:
Michaela Höklová

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Volnočasové aktivity pro dospělé osoby s mentálním postižením v ústavu sociální péče zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Náměšti nad Oslavou dne 15. 4. 2010

.....
Michaela Höklová

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Františkovi Vízdalovi, CSc za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce.

Také děkuji ředitelce Ústavu sociální péče v Jinošově paní Bc. Aleně Brožkové, kolegům z práce, svojí rodině a příteli Milanovi za podporu a pomoc, kterou mi poskytli během mého studia a při zpracování mé bakalářské práce.

Michaela Höklová

„Těžký život se stane snesitelný, jakmile má cíl.“

Fridtjof Nansen

OBSAH

Úvod.....	2
1 Volnočasové aktivity.....	4
1.1 Snoezelen.....	5
1.2 Metody terapie.....	6
1.3 Vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením.....	12
1.4 Možnosti pracovního uplatnění.....	13
2 Mentální postižení	17
2.1 Klasifikace mentálního postižení.....	18
3 Dospělost osob s mentálním postižením.....	21
4 Ústavy sociální péče.....	23
4.1 Rozdělení sociálních služeb.....	23
4.2 Trendy v péči o osoby s mentálním postižením.....	26
5 Ústav sociální péče pro dospělé osoby s mentálním postižením v Jinošově.....	30
6 Osobnost terapeuta.....	37
7 Charakteristika průzkumného vzorku.....	39
7.1 Kazuistiky.....	39
7.2 Dílčí závěr.....	42
Závěr.....	43
Resumé.....	45
Anotace.....	46
Použitá literatura.....	47
Seznam zkratk.....	49
Seznam příloh.....	50

Úvod

Problematika volného času přitahuje neustále pozornost odborníků působících ve sféře společenských věd. I v ústavech sociální péče je toto téma často diskutovanou oblastí. Je opravdu tak důležité dospělým osobám s mentálním postižením organizovat jejich volný čas?

V současné době má být ústav domovem, který má co nejhodnotněji zastupovat rodinnou péči. Takový domov poskytuje nejen důstojné bydlení a potřebnou zdravotní péči ale také moderní prevenci patologického chování a to jak fyzického, tak duševního. Měl by poskytovat radost a motivaci k životu, kterému by dával smysl a hodnotu. Přemíra volného času vyvolává neklid, agresivitu a jiné negativní jevy, které se „řeší“ podáním medikamentů. Proto je třeba napomáhat vyplňování dlouhých dnů, která tráví osoby s mentálním postižením v některých zařízeních pod vlivem sedativ, odevzdání svému osudu.

Úkolem všech, kteří s lidmi s mentálním postižením pracují, je především jejich podpora a pomoc, ať už v podmínkách ústavní péče či rodiny. Aktivizační metody jsou nedílnou součástí života klientů v ústavu. Stárnou, stejně jako intaktní populace a jejich průměrný věk života stoupá nejen s rozvojem lékařské péče, ale i díky péči zaměstnanců. Ti se snaží dát smysl života svým klientům hledáním vhodné náplně volného času a takových aktivizací, aby klient s mentálním postižením nepřestal chodit, mluvit a smát se. Avšak i takto postižený člověk má právo rozhodovat o tom, zda nabízenou pomoc či podporu přijme, má právo volby a výběru, ale také odpovědnost nést důsledky svých vlastních rozhodnutí.

Práce v sociálních službách souvisí se sociální pedagogikou. Jejím cílem je životní pomoc také dospělým osobám v různých typech prostředí hledáním optimálních forem pomoci a kompenzováním nedostatků. (Bakošová, 2008, str. 58) Vztah mezi sociální pedagogikou a volnočasovými aktivitami má dle mého názoru svůj význam především v prevenci sociálně patologických jevů. Prevence zde slouží jako alternativa různým druhům závislostí, šikaně, bezdomovectví, krádežím a podobně.

Bakalářská práce se zabývá možnostmi aktivizace v podmínkách ústavní péče u dospělých osob s mentálním postižením na základě osobní zkušenosti, neboť v ústavu pracuji již sedmým rokem (čtyři roky jako instruktorka sociální péče, tři jako vedoucí pracovník sociální péče).

Cílem je poukázat na to, že i přes mnohdy omezené možnosti, lze klientům zajistit vhodné způsoby využití jejich volného času, které jim plně vyhovují. Jedním z nejdůležitějších faktorů v tomto procesu je především vztah klient – terapeut, který by měl být založen na partnerském přístupu, vzájemné toleranci a především oboustranné komunikaci.

1 Volnočasové aktivity

Aristoteles chápal volný čas jako sféru vrcholné blaženosti a štěstí, v níž může člověk snít, rozjímat vzdělávat se či provozovat hry.

Volný čas je prostor, ve kterém člověk nachází odpočinek, zábavu i poučení. Smysl volného času spočívá v jeho využívání pro všestranný rozvoj lidské osobnosti. Pro dosažení kvalitního využití volného času je třeba klienta vhodně motivovat k činnosti. (Zich, 1978, s. 5)

Činnost působí pozitivně, aktivizuje organismus jako celek, podporuje jeho obranné schopnosti, eliminuje agresivitu, odvádí pozornost od bolesti a úzkosti. Zaplňuje vhodným způsobem volný čas klientů, vyvolává pocit uspokojení s výsledkem vykonané práce a zapojuje klienty do kolektivu. Řízení klienta v jeho volném čase předpokládá vyřešení problémů správných postupných cílů, předpokládá nalezení vhodných prostředků, jimiž lze dosáhnout ztotožnění klientů s těmito cíli. Také je třeba vytvořit podmínky umožňující objektivní projev těchto cílů v činnosti klienta. (Zich, 1978, s. 75)

Aktivita je nezbytným předpokladem pro obnovu fyzických a psychických sil každého člověka. „Přísun podnětů při aktivizaci klienta musí být přiměřen možnostem osoby s mentálním postižením z hlediska jejich množství, kvality i doby působení. Lidé s mentálním postižením dávají přednost stereotypnější, jednodušší i jednoznačnější stimulaci i srozumitelnosti. Při činnosti s dospělými osobami s mentálním postižením musíme mít na paměti zejména zásady názornosti a přiměřenosti.“ (Vágnerová, 1999, s. 154)

Výchovné zaměstnání volíme podle:

- 1. Funkční přiměřenosti:** to znamená, že volíme takovou činnost, která odpovídá momentálním potřebám klienta. Sledujeme vždy výchovný cíl, podle kterého zařazujeme druhy činnosti. Sledujeme rozumové schopnosti, poznání myšlení, paměť klienta, složky pohybové výchovy, estetickou a pracovní výchovu.
- 2. Věkové přiměřenosti:** činnost musí odpovídat jak mentálnímu tak i fyzickému věku klienta s mentálním postižením. Je důležité vyhýbat se infantilizaci u dospělých klientů!

3. Individuální přiměřenosti: klienta nepřetěžujeme délkou činnosti, volíme je podle náročnosti a intenzity soustředění a zásad psychohygieny. Je třeba i dostatečný odpočinek.

4. Situační podmíněnosti: volíme vhodné náměty činnosti, které by měly mít vztah k okamžité situaci, k podmínkám, ve kterých se s klientem nacházíme. Námět činnosti vybíráme v souladu s ročním obdobím, řídíme se aktuálními událostmi v roce, dodržujeme zásady režimu dne, bereme ohled na zdravotní stav klienta. (studijní texty k přednáškám z Ergoterapie, Střední odborná škola, Moravské Budějovice, Jana Mlaková, uloženy v archivu autorky práce)

Při **plánování volnočasových aktivit** je důležitá pružnost a pestrost. Je nutné programy obměňovat a zahrnovat do nich nové, obohacující činnosti a nápady, které by splňovaly očekávání klientů ale i pracovníků. Aktivity by měly být uspořádány tak, aby činily život klientů smysluplnější, aby maximálně stimulovaly fyzické, mentální, společenské a emoční schopnosti klientů. Je třeba mít neustále na mysli, že nejdůležitějším faktorem je zájem a spokojenost klientů!

1.1 Snoezelen, bílý pokoj

Snoezelen je označení pro speciálně vybudované prostředí sloužící volnočasovým aktivitám osob s těžkým mentálním postižením, osob s hyperaktivitou a osob s autismem. Název vznikl v Holandsku, v překladu znamená kombinaci dvou slov „snufflen“ (čichat, slídit) a „doezelen“ (pospávat, dřímat). Snoezelen je místnost multismyslové stimulace a otevřeného prostoru, kde je možno se skutečně uvolnit. Využívá barevného ladění spojeného například s hudbou, se zvuky. K čichovému vnímání slouží výběr z mnoha voňavých předmětů (parfémy, mýdla, aromatické oleje). K hmatovému vnímání pak vlněné koberce, zvířátka, přesýpací materiál. (Krejčířová, 2004, s. 171)

Švarcová (2006) uvádí, že další zásadou snoezelenu je: „*Nic se nemusí, všechno je dovoleno*“. Klient si sám vybírá nebo naznačuje podněty, které v něm vyvolávají libé pocity. Snoezelen je náplň volného času pro osoby s těžkým mentálním postižením,

kde se mohou setkávat sami se sebou, je to místo radosti, vytvářející pocit jistoty, uvolnění, místo, kde by mělo být lidem dobře.



Bílý pokoj je vlastně speciálně upravená psychorelaxační místnost, která je izolována od rušivého vlivu okolního prostředí. Lidé se zde mohou přenést do světa zvuků, barev, světla a fantazie. Uplatňují se zde čtyři barvy (červená, modrá, zelená, žlutá), jejichž pomocí se ovládají různá technická zařízení.

Od snoezelenu se psychorelaxační pokoj liší především svým obsahem, spočívajícím ve složitosti technického zařízení, které těžce mentálně postižený pomocí tlačítek ovládá a vytváří si prostředí odpovídající jeho potřebám. (Krejčířová, 2004, s. 171)

1.2 Metody terapie

„Neoddělitelnou součástí výchovně-vzdělávacího procesu je i takzvané terapeutické působení. Tuto činnost lze obecně chápat jako součást širších a obecnějších přístupů, které jsou zaměřeny na obnovování či zlepšování narušené vnitřní rovnováhy lidského organismu, na odstranění narušené vnější rovnováhy mezi lidským organismem a jeho okolním prostředím, na léčení nemocného organismu atp.“ (Müller, 2002, s. 100)

„Terapeuticko-formativní přístupy existují jako svébytné mechanismy (opatření, přístupy), jež umožňují pomáhajícím profesím dosahovat u jejich klientů normy (či blížit se normě) využitelné v každodenním životě. Podstata těchto přístupů aplikovaných ve speciální pedagogice spočívá především v odstranění a zmírnění deficitů v chování, prožívání a speciálních vztazích klientů za pomoci psychologických procesů.“ (Müller, 2004, s. 59 -60)

Většina terapeutických činností použitelných ve speciálněpedagogické praxi se vyvíjí na bázi psychoterapie.

„**Psychoterapii** lze vymezit jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Za základní psychologický prostředek považujeme autentický vztah mezi klientem a terapeutem, vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta.“ (Müller, 2002, s. 100)

U klientů s mentálním postižením působí psychoterapie jako prevence proti agresivnímu chování, pomáhá jim vyrovnat se s problémy spojené například s úmrtím rodinných příslušníků.

Speciálněpedagogické metody jsou odvozené od psychoterapie. Lze je proto definovat podobně a současně je můžeme vymezit za pomoci prostředků, které využívají. Podle využívaných prostředků můžeme terapeutické metody ve speciální pedagogice roztrždit na následující základní skupiny:

1) Terapie hrou (Play therapy)

Terapii hrou lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci prostředků hry použitou za účelem pomoci lidem (v tomto případě hlavně dětem) změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Jde o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace a navození terapeutického vztahu. Terapeut při ní analyzuje struktury, které si dítě za pomoci různých předmětů vytvoří. Následně pomáhá dítěti jeho přirozeně strukturovaný svět spoluvytvářet. U starších dětí a dospělých je možné využívat her sportovních, společenských, dramatických, psychoher atp. (Müller, 2002, s. 102)

2) Pracovní terapie (Ergoterapie)

Ergoterapii definujeme jako: „odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci manipulací s materiálním okolím, použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem.“ (Müller, 2002, s. 102)

Ergoterapie se dělí na oblasti, které se vzájemně prolínají a doplňují:

Ergoterapie kondiční je kondiční tělocvik, který by měl být součástí režimu dne každého dospělého člověka s mentálním postižením. Program cvičení by měl být úměrný stupni poškození a měl by rozvíjet pohybové i duševní schopnosti. Aktivní cvičení (je prováděno vlastní silou klienta) je zaměřeno na dechovou gymnastiku, nácvik stoje, chůze.

Pasivní cvičení provádí s imobilním klientem cvičitel.

Mezi kondiční terapii zařazujeme také nácvik jemné motoriky (sestavování stavebnic, puzzle, navlékání korálků, práce s hmotou, papírem apod.).

Ergoterapie cílená na určitou oblast je činnost náročná na znalost pohybového systému a vybavení pracoviště. Provádí se pomocí přístrojů nebo sportovního zařízení. Jde o pohyb přesný cílený a dávkovaný pod dozorem fyzioterapeuta.

Ergoterapie zaměřená na nácvik soběstačnosti slouží k nacvičování běžných denních činností (pustit vodu, odemknout dveře apod.). K nácviku jsou často používány ortopedické a kompenzační pomůcky, které usnadňují život zvláště osobám s tělesným postižením. (studijní texty k přednáškám z Ergoterapie: Střední odborná škola, Moravské Budějovice, Jana Mlková, uloženy v archivu autorky práce)



3) Psychomotorická terapie

Psychomotorickou terapií je nazývána široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit. Jedná se o metodu, jejíž prioritou je ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci podněcování motorických činností. Mezi vlastní specifické pohybové techniky psychomotorické terapie řadíme psychogymnastiku, pantomimu, tanec, relaxaci, pohybové hry a jógová cvičení. (Müller, 2002, s. 103)

4) Expresivní terapie

Expresivní terapie, nazývaná často arteterapií v širším slova smyslu, je rozšířena především ve speciálních školách a školských i dalších institucích zabývajících se „problémovými“ jedinci.

Do expresivní terapie patří:

Psychodrama, jedná se o řízenou dramatickou improvizaci. Při psychodramatu je vytvářen model konkrétní životní reality, která pomáhá klientovi pochopit vlastní zážitky, přání, postoje, fantazie, vnitřní konflikty a afekty či možnosti jejich řešení. Základními činiteli psychodramatu jsou klient psychoterapeuticky zaměřeného sezení, terapeut jako jeho režisér, jeviště, pomocní herci a publikum.

Dramaterapie, na rozdíl od psychodramatu není prioritně zaměřena na reálná psychická traumata jednotlivých klientů a jejich zviditelňování. Dramaterapie využívá větší škálu technik práce. Cílem je hledání alternativních technik zdrojů, které pomohou překonat klientův handicap. Dramaterapeutické metody využívají činnosti motivující citovou expresi, citovou aktivaci, skupinovou interakci nebo techniky umožňující osobní projekci klientů.

Teatroterapie dosahuje terapeutických cílů pomocí přípravy a veřejné realizace divadelního tvaru. Jedná se o tvorbu práce specifické divadelní společnosti, která vnáší řadu pozitivních prvků do světa jakkoliv znevýhodněných jedinců. (Müller, 2002, s. 103 – 105)

Muzikoterapie je metoda vymežitelná svébytným využíváním základních prvků hudebního umění (melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa). Hudba má neverbální, tvořivé a emocionální kvality, které jsou v muzikoterapii využívány k usnadnění osobního rozvoje, komunikace a intervence s okolím.

V pasivní muzikoterapii se využívá poslechu jakékoliv hudby, vybranou hudební nahrávkou. Po poslechu může následovat rozbor pocitů, dojmů, myšlenek.

V aktivní muzikoterapii se využívá vyjádření hlasového nebo tělového (tleskání) vyjádření nástrojem (Orfovy nástroje, bubínky) eventuálně různé kombinace (hlas, tělo, nástroj). Navazuje taktéž rozbor pocitů, dojmů a myšlení. (dostupné na www.mg-muzikoterapie.cz, cit. 20.9. 2009)

Biblioterapie je metoda spíše doplňková. Jejím obsahem je vlastní čtení a předčítání daného literárního textu nebo dokončování či tvorba nového literárního textu. Klient si z ní má odnést pozitivní východiska svého problematického života

nebo prožitky možného osobního úspěchu. (Müller, 2002, s. 104)

Terapie výtvarná (arteterapie) je ve speciální pedagogice nejvíce používanou metodou. Arteterapie totiž maximálně a přitom bezpečně využívá lidské exprese. Jak Šicková cituje Dalleyovou (Šicková, 2002, s. 31): „Arteterapie využívá umění a dalších vizuálních medií při terapeutických sezeních.“

Dále cituje Kellyovou: „Arteterapie je nerušivý terapeutický proces vhodný pro dospělé a děti, kteří se vyrovnávají s emocionálními problémy, s traumatem z dětství, případně hledají možnost duševního, osobního růstu. Je to užití aplikovaného umění ve smyslu jeho uplatnění při intervenci na pomoc postiženým, narušeným jedincům nebo skupině. Také vrácení člověka do stavu harmonie se sebou samým, svým okolím pomocí umění. Arteterapie představuje soubor uměleckých technik a postupů, které mají kromě jiného za cíl změnit sebehodnocení člověka, integrovat jeho osobnost a přinést mu pocit smysluplného naplnění života.“ (Šicková, 2002, s. 32)

V arteterapii jde u každého jednotlivého klienta o naplnění různých cílů. Mezi nejčastější cíle patří navození kompenzačního procesu, aktivaci, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikaci prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, socializace nebo kanalizace agresivity. Ve všech zmíněných případech je třeba najít kritéria, jež indikují použití arteterapeutických postupů vzhledem k dané struktuře osobnosti. (Šicková, 2002, s. 32-33)



5) Terapie s účastí zvířete (zooterapie či animoterapie)

Zooterapie zaujímá mezi metodami terapeutické činnosti výjimečné postavení, a to proto, že terapeutickým prostředkem je zde kromě člověka jiný živý tvor. Zvířata napomáhají psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti či uspokojují potřeby bezpečí a jistoty.

Canisterapie - jde o pozitivní působení přítomností psa na zdraví člověka. Tuto terapii mohou vykonávat psi jakéhokoli plemene. Důležitá je povaha psa, která je spolu s jeho zdravotním stavem testována canisterapeutickými zkouškami.

Také psovod, který terapii vykonává, by měl být člověk se sociálním cítěním, vybavený odbornými znalostmi psychologie a speciální pedagogiky. Mezi nejužívanější formy terapie patří mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. Osoby s mentálním postižením pes motivuje k rozvíjení rozumových schopností a sociálních dovedností. Apatické klienty pobízí pes k aktivitě, u starších a nemocných klientů může být stálým společníkem. Vytrhuje je ze stereotypu, může být motivačním prvkem k rehabilitaci, konkrétně k polohování. (dostupné na www.psipac.ic.cz, cit. 26. 9. 2009)



Hipoterapie - je moderní rehabilitační metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus. Přejímání motorického pohybu od koně ovlivňuje svalový tonus a zdokonaluje pohyb člověka v prostoru (dostupné na www.epona.hipoterapie.cz, cit. 20. 9. 2009).

Výhod této terapie, kdy se využívá živého zvířete je několik. Klienti ji lépe přijímají, těší se na ni. Kromě ovlivnění pacienta mechanickým pohybem hřbetu koně a jeho živočišným teplem, které kůň vyzařuje, dochází k výraznému zlepšení duševního stavu klienta. Vidina samostatného ježdění a samostatného vedení koně, znamená pro klienty velikou zodpovědnost. Je to možnost pohybovat se samostatně, bez pomoci. Hipoterapie může být bránou pro handicapovaného klienta k návratu do společenského života, může být cestou k tomu, jak se s úspěchem vrátit do života.



Hipoterapie není amatérskou metodou, k jejímu provádění jsou nutné určité znalosti a zkušenosti. Má svá jasná a nepřekročitelná pravidla. Při splnění těchto podmínek a v návaznosti na jinou techniku může být pro klienta velice přínosná. (Hermanová, rok neuveden, Kůň ve službách lidského zdraví).

1.3 Vzdělávání dospělých osob s mentálním postižením

Výchovu a vzdělávání u osob s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces.

I u nepostižených jedinců se uznává nutnost celoživotního vzdělávání, zvyšování kvalifikace, rekvalifikace, prohlubování jazykových a dalších znalostí a dovedností. U osob s mentálním postižením, u nichž kognitivní procesy probíhají podstatně pomaleji než u ostatní populace, stále výrazněji vystupuje potřeba jejich ornamentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolní skutečnosti (Švarcová, 2006, s. 65).

V současné době existují instituce zabývající se předškolním, školním i celoživotním vzděláváním osob s mentálním postižením. A to jak ve formě základních školek a škol speciálních, nebo pomocí integrace osob s mentálním postižením do tříd běžných. Po ukončení povinné školní docházky mají mladiství s mentálním postižením možnost pokračovat ve svém vzdělávání v odborných učilištích nebo v praktických školách s dvouletou nebo jednoletou přípravou. V rámci prostupnosti vzdělávací soustavy mají absolventi základních škol praktických možnost absolvovat kurz k doplnění vzdělání na úrovni základní školy a po jeho zakončení vykonat přijímací zkoušky na všechny druhy středních škol. Systém celoživotního vzdělávání lidí s mentálním postižením u nás zatím nebyl vytvořen. V rámci aktivit různých společenských organizací ve spolupráci se speciálními školami však pro dospělé osoby s mentálním postižením již fungují některé formy vzdělávání.

Dospělým lidem s mentálním postižením, kteří byli v minulosti osvobozeni od školní docházky, nebo ji v pomocné škole nekončili, je umožněno doplnit si své vzdělání v kurzech nebo v tzv. Večerních školách (nově se připravují i tzv. aktivační centra). Ty lze zřizovat dokonce i při ústavech sociální péče pro dospělé občany. Nezáleží na věku, nutné je psychologické vyšetření, které pomůže uživatele zařadit do příslušného stupně základní školy speciální. Klienty ústavu se tak podaří vytrhnout ze stereotypu, vnést do jejich života prvek aktivity, zájmu o své okolí, pocit důležitosti své vlastní osoby, vědomí odpovědnosti a sounáležitosti s kolektivem.

U zrodu Večerních škol pro mentálně postižené stála v roce 1993 Psychopedická společnost ve spolupráci se Sdružením pro pomoc mentálně postiženým a odborník

v oblasti psychopedie dr.V.Linc. Každý, kdo pracuje s mentálně postiženými osobami ví, jak se liší jedinec, jemuž byla věnována intenzivní humanizující péče od jedince, který byl dlouhodobě ponecháván svému osudu. Výchova a vzdělávání je jediná účinná forma terapie mentálního postižení, která, i když nemůže odstranit příčiny tohoto jevu ani jev samotný, může v mnohém zmírnit jeho sociální projevy a důsledky.

1.4 Možnost pracovního uplatnění

Práce je předpokladem seberealizace osob s mentálním postižením. Díky ní dochází k rozvíjení a soustavnému využívání nadání a schopností. To znamená uplatnění přirozených vlastností, ale i utváření dispozic k určité smysluplné, cílevědomé činnosti či sociální aktivitě jednotlivce.

Jestliže se nemůže jedinec realizovat, uplatnit své dovednosti a vědomosti, podílet se na své soběstačnosti a nemá možnost se při práci i jiných aktivitách setkávat s jinými lidmi, ztrácí motivaci k překonávání překážek, ke vzdělání a profesní přípravě. Také návratnost investic do pracovního výcviku a vzdělávání osob s mentálním postižením znamená, že se z občana, závislého na sociálních dávkách stává jedinec závislý jen z části.

Člověk se znevýhodněním si často svého zaměstnání více váží – získat práci jej nebo jeho asistenta ve většině případů stojí mnoho úsilí a energie. Už samotný fakt „být zapojen do pracovního procesu“ pro něj může mít obrovskou hodnotu, protože si uvědomuje, že mít zaměstnání zdaleka není samozřejmé. Lidé s různým typem znevýhodnění se dobře uplatní na řadě pozic - např. zaměstnanec s mentálním postižením častěji vydrží u činnosti, která by pro člověka bez znevýhodnění nebyla příliš zajímavá. Bude se s nadšením věnovat práci, kterou by běžný zaměstnanec považoval za jednotvárnou, nudnou nebo neatraktivní (např. různé pomocné práce).

Jednou z možností pracovního uplatnění pro osoby s mentálním (ale i jiným zdravotním znevýhodněním) je tzv. podporované zaměstnávání. Podporované zaměstnávání je časově omezená služba pro lidi se zdravotním postižením nebo jiným znevýhodněním, kteří hledají zaměstnání na otevřeném trhu práce. Hledají tedy práci v běžném prostředí, potřebují k tomu však určitou podporu. Cílem je, aby osoby se zdravotním postižením zaměstnání získaly a také si ho udržely, proto je podpora

poskytována nejen jim, ale také zaměstnavatelům – vždy dle individuálních potřeb klienta a zaměstnavatele.

Podporované zaměstnávání je postaveno na těchto principech:

1. uplatnění práva na práci (i člověk se znevýhodněním má právo na práci a na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky),
2. občanském principu (člověk se znevýhodněním má stejná práva, ale i povinnosti jako člověk bez znevýhodnění),
3. principu konstruktivního přístupu (hledají se možnosti klienta a propojují se s potřebami zaměstnavatele),
4. principu individuálního přístupu (vychází se z individuálních potřeb a přání klientů a zaměstnavatelů)
5. aktivního postoje klienta služby (je zodpovědný za svá rozhodnutí, je aktivní a iniciativní). (dostupné na <http://pz.spolecnostduha.cz/>, cit. 23. 1. 2010)

Díky dnes již rozšířeným službám podporovaného zaměstnání pracuje na otevřeném trhu práce stále více lidí s postižením. Přesto je to jen malá část z celkového počtu. Není to však jen nedostatkem vhodných míst na trhu práce nebo časté přetížení agentur podporovaného zaměstnání.

V chráněných dílnách často pracují velmi schopní lidé, kteří mohou pracovat na otevřeném trhu práce. Chráněná dílna slouží pro osoby, jež mají ztíženou možnost, případně se vůbec nemohou uplatnit na trhu práce. Poskytuje pracovní a společenské uplatnění formou pracovní činnosti. Kromě pracovních-rehabilitačních služeb také poradenství, terapeutické, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby. Lidé s větším stupněm zdravotního postižení, pro které jsou chráněné dílny skutečně určeny, zůstávají pasivně nezaměstnaní a ztrácejí své dovednosti. Trend zaměstnávání na otevřeném trhu práce není alternativou vhodnou pro všechny lidi s postižením. Jiné typy služeb jsou v systému neméně důležité. Absence společenských kontaktů je mezi lidmi s postižením logická. Přestože se mnoho věcí zlepšilo, naše společnost je ještě stále plná předsudků a dogmat a pro lidi s postižením není jednoduché se s nimi v praxi vypořádat, zvláště nemají-li k tomu vhodnou profesionální podporu. Někteří lidé s postižením mají navíc špatné komunikační schopnosti, což jejich cestu do majoritní společnosti ještě více komplikuje.

Do oblasti trávení volného času u osob s postižením se také promítá celá řada skutečností. Je zřejmé, že značná část z nich neví, jaké aktivity mohou ve volném čase provozovat. Dokonce ani neví jak svůj volný čas, kterého mají ve většině případů dostatek, vyplnit. Zde hrají důležitou roli nejen osoby v okolí postiženého, které mu s trávením volného času mohou pomoci, ale i řada charitativních organizací, které pro tyto osoby vytvářejí různé společenské akce.

Jedním z nejvážnějších problémů, se kterým se zdravotně postižení setkávají, jsou předsudky společnosti, které předpokládají, že zdravotně postižení jedinci jsou méněcenní v celé řadě oblastí. V důsledku takových názorů se zdravotně postižení dostávají na okraj společnosti. Proto by byl vhodný i vznik dalších středisek pro zdravotně postižené, rozvoj sociálních služeb pro zdravotně postižené a hlavně pak organizací, které je budou zaměstnávat.

V tomto ohledu je v této oblasti namísto osvěta veřejnosti. Paradoxem je, že i v dnešní vyspělé době, kdy je úroveň kvality péče o osoby se zdravotním postižením na mnohem vyšší úrovni než dříve, se stále setkáváme s negativními přístupy veřejnosti ve vztahu s osobami se zdravotním (a obzvláště s mentálním) postižením.

Veřejnost se často ptá proč žít s osobami s mentálním postižením na jedné ulici, proč s nimi pracovat v zaměstnání, co nám to přinese? Jen málokdo si uvědomuje, že osoba s mentálním postižením má stejná práva a povinnosti jako oni sami. V tomto případě se nabízí opačně položená otázka – proč nežít s těmito osobami v jedné ulici, potkávat se s nimi v obchodě, či u lékaře? Představa celoživotní „izolace“ od světa - byť v sebemodernějším zařízení – by byla pro každého z nás nemyslitelná.

V rámci transformačního procesu (popsáno v kapitole 4.2. Trendy v péči o osoby s mentálním postižením), jsou vyčleněny finanční prostředky pro zvýšení informovanosti veřejnosti o osobách s mentálním postižením a jejich začleňování do společnosti. Je třeba říci, že největší podíl na této činnosti budou mít stále ústavy sociální péče a neziskové organizace, které se snaží transformovat své klienty do intaktní společnosti. Důležitými faktory v této záležitosti jsou například besedy s občany, společné kulturní a sportovní akce pořádané například společně s mateřskými, základními či středními školami, pořádání výstav prezentující práci a život klientů atd. Nezanedbatelnou součástí je také prezentace tohoto záměru v médiích.

V současné době se v České republice touto situací mimo jiné zabývá například

i nezisková organizace Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením (viz příloha č. 1) a občanské sdružení Quip-společnost pro změnu (viz příloha č. 2).

2 Mentální postižení

Každá osoba s mentálním postižením je charakteristická svými osobními rysy. Přesto se u většiny z nich projevují společné znaky, které závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na rozsah postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace.

Za osoby s mentálním postižením se považují: „takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a poruchám v adaptačním chování“ (Švarcová, 2006, s. 28).

„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti“. (Vágnerová, 2000, s. 85)

„Mentální retardace je dána poškozením mozku v raném vývoji a je spojena s poruchou adaptace vůči přijímaným normám (obtíže, nepřizpůsobivost)“. (Dušek, Chromý, 1981, s. 69)

„*Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku*“. (Švarcová, 2006, s. 29) Zlepšení je možné jen tehdy, pokud to dovoluje závažnost a příčiny defektu a individuálně specifická přijatelnost působení prostředí.

Příčinou vzniku mentální retardace mohou být dědičně podmíněná postižení, do kterých patří genová postižení, chromozomální postižení (např. Downův syndrom) či polygenním způsobem dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Dále do příčin vzniku mentální retardace řadíme působení teratogenních vlivů v prenatálním období a také situace, které přispěly během prvních 18 měsíců života subjektu k jeho postižení.

„Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem.“ (Švarcová, 2006, s. 29)

„*Typickým znakem poznávacích procesů mentálně postižených je omezenější potřeba a preference podmětového stereotypu.*“ (Vágnerová, 1999, s. 85)

Lidem s mentálním postižením vyhovuje stereotyp, nemají tak výraznou potřebu získávat nové informace.

„Také paměť osob s mentální retardací vykazuje určitá specifika. Postižení si vše nové osvojují pomalu až po mnohačetném opakování. Všechny nedostatky opět vychází ze zvláštností vyšší nervové činnosti mentálně postižených, z tendence podmíněných spojů vyhasínat rychleji než u intaktní populace.“ (Valenta, Krejčířová, 1997, s. 58)
„Řeč mentálně retardovaných bývá postižena jak v obsahové, tak ve formální složce.“ (Vágnerová, 1999, s. 86) Mají malou slovní zásobu, pochopí jen jednoduché věty. Stěží chápou vtip nebo ironii. Osoba s mentálním postižením mívá také problémy s artikulací, což způsobují slabá spojovací centra jemné motoriky. „Typickými znaky aktivního řečového projevu mentálně postižených je jazyková necitlivost, která se projevuje četnými agramatismy a jednoduchostí projevu, tj. preference velmi krátkých vět a jednoznačných konkrétních pojmů.“ (Valenta, Krejčířová, 1997, s. 58)

Hodnocení osob s mentálním postižením není objektivní. Nejsou schopni odhadnout svoje možnosti, jejich názory se většinou řídí názory druhých lidí.

2.1 Klasifikace mentálního postižení

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií.

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9– 12 let. Osoby s lehkou mentální retardací si řeč osvojují později než intaktní lidé, ale jsou schopni ji běžně používat i přes svou malou slovní zásobu. Jejich postižení je znatelné až kolem třetího roku věku jejich života. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v praktických domácích činnostech a v osobní péči. Nejsou ale schopni vykonávat činnost s velkým důrazem na teoretické znalosti. Zvládnou výuku na základní škole speciální či praktické. Nejsou schopni uvažovat abstraktně, i v jejich verbálním projevu většina abstraktních pojmů chybí. Užívají jen konkrétní označení.
„Jemná a hrubá motorika je lehce opožděna. Porucha pohybové koordinace během dospívání a dospělosti může dosáhnout normy. Rozvoj sociálních dovedností zpomalen. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci, které lehce

mentálně retardovaní dosahují nejčastěji na úrovni adaptace.“ (Pipeková, 1998, s. 173 - 174)

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let. Osoby se středně těžkou mentální retardací mají velmi malou slovní zásobu, z čehož plyne i jejich jednoduché, agramatické, špatně artikulované a málo konkrétní vyjadřování. *„Úroveň rozvoje řeči je variabilní.“* (Švarcová, 2006, s. 35) Někteří jedinci nejsou schopni se slovně vyjádřit ani o svých základních lidských potřebách. Těmto postiženým ke komunikaci s okolím slouží gesta či jiná nonverbální komunikace. Při kvalifikovaném a motivovaném přístupu mohou tito jedinci zvládnout základy psaní, čtení a počítání. Je ale nutný individuální přístup. Mají možnost vzdělávání na základní škole speciální. Osoby se středně těžkou mentální retardací mají výrazně omezen rozvoj chápání, a schopnost sebeobsluhy. *„V dospělosti jsou tyto osoby obvykle schopny vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život.“* (Švarcová, 2006, s. 34-35) Tito jedinci nejsou schopni samostatně a úspěšně řešit náročnější situace. Často se vyskytují tělesná a neurologická postižení, zejména epilepsie.

Těžká mentální retardace, IQ 20 -34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let. *„Většina jedinců trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami.“* (Švarcová, 2006, s. 35) U těchto jedinců byl zaznamenán minimální rozvoj řeči. Verbální komunikace je omezena pouze na jednoduchá slova nebo není vytvořena vůbec. Jejich schopnost učení je značně omezena a vyžaduje dlouhodobé a intenzivní úsilí. I přesto jsou schopni zvládat pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika příkazů. U těchto osob je možno vzdělávání v rehabilitační třídě. Osoby s těžkou mentální retardací jsou po celý svůj život odkázáni na pomoc a péči druhých osob.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20, u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Většina osob je imobilní, inkontinentní, s kombinovanými tělesnými a smyslovými vadami. Nejsou schopni sebeobsluhy a proto vyžadují nepřetržitý dohled a pomoc při péči o své základní potřeby. Řeč a nonverbální komunikace nejsou rozvinuty. Možnosti vzdělávání jsou individuální a velmi omezené.

Jiná mentální retardace

Podle Švarcové (2006) by tato kategorie měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorní nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či s těžkým mentálním postižením.

Nespecifikovaná mentální retardace

Dle Švarcové (2006) se tato kategorie užívá u prokázané mentální retardace, kde ale není dostatek informací zařadit klienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

3 Dospělost osob s mentálním postižením

Dospělost lze definovat jako období svobody rozhodování, spojeného se zodpovědností za svá rozhodnutí, a schopností získat a plnit příslušné role. Dospělý člověk prokáže svou zralost mimo jiné tím, že si vytvoří určitou, reálnou identitu, jež zahrnuje i jeho handicap, a počítá s omezeními, která mu přináší. Jestliže to dokáže, může usilovat o vývojové stadium intimity, to znamená, že může být na psychické úrovni rovnocenným partnerem (a není jen závislým objektem péče). Dospělost potvrzuje i schopnost generativity, to znamená vytváření a rozvíjení něčeho užitečného. Je důležitá pro přijatelný rozvoj rodičovské i profesní role. Takový člověk je schopen pracovat a mít určité výsledky.

Postižený jedinec není vždy schopen zvládnout nároky dospělosti. Není například schopen soběstačnosti, v mnoha případech nemůže či není schopen o sobě rozhodovat a nést za tato rozhodnutí zodpovědnost.

V dospělosti jsou důležité dvě role - zvládnutí profese a partnerské, respektive rodičovské role. Pro postiženého člověka má získání partnera stejný význam jako pro člověka intaktního. Získání partnera může u člověka s postižením navíc fungovat jako důkaz normality. Je výrazem potřeby citové vazby, ale také potřeby seberealizace, která bývá v jiných oblastech obtížně dosažitelná. Uspokojení seberealizace má širší význam. Nejde jen o pocit vlastní užitečnosti, ale i o aktivizaci mnoha dovedností a schopností, i o uchování potřebných návyků. Proto potřebu seberealizace saturují dospělí lidé i v profesní oblasti. V rámci nějaké pracovní aktivity se udržují mnohé sociální kompetence (komunikace v běžném kontaktu, respektování určitých norem apod.). Bez významu není ani uchování potřebné úrovně sebevědomí a sebeúcty. Pokud postižený člověk zůstává izolován doma, ztrácí osobně důležitou roli a postupně dochází k chátrání celé jeho osobnosti. Kromě toho se tímto způsobem zvětšuje vzájemné neporozumění mezi zdravými a postiženými, kteří žijí naprosto odlišným způsobem. Pocit nejistoty a nespravedlnosti může snadno posílit tendenci vymáhat všechno, o čem se postižený člověk domnívá, že mu po právu náleží. Na druhé straně může být výsledkem obranného úsilí demonstrováný postoj přijaté invalidní bezmocnosti, která se stane nástrojem určitého způsobu uspokojování potřeb takového člověka. Objevuje se sklon k náhradnímu uspokojování potřeb, zejména orálního

charakteru, jako je jídlo nebo kouření, či únikem pomocí alkoholu a jiných drog.
(Vágnerová, 1999, s. 119 – 121)

4 Ústavy sociální péče

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se v domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Tyto mají ze zákona povinnost poskytování ubytování, stravy, pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Oficiálním posláním ústavů sociální péče je naplnit životy klientů tak, aby je prožily co nejhodnotněji a vytvořit jim prostředí, ve kterém se budou cítit co nejlépe. Naučit klienty základním zvyklostem jako je soběstačnost při hygieně, jídle, oblékání, naučit klienty žít v kolektivu a zařadit je do společnosti.

Při zpracovávání této kapitoly si autorka uvědomila, že v novém zákoně o sociálních službách se název *ústav sociální péče* již nepoužívá. Namísto toho byl uzákoněn název domov pro osoby se zdravotním postižením. Jelikož zařízení, ve kterém autorka pracuje, má stále oficiální název ústav (zřizovatel zařízení změnu názvu prozatím neschválil), zpočátku jí nedocházelo, že by ÚSP neměla používat. Ze své praxe ovšem ví, že samotné slovo působí na okolí značně stigmatizovaně. Proto se tomuto slovu snaží v běžné praxi vyhnout. V samotné bakalářské práci jej však používá z důvodů snazší orientace mezi jednotlivými kapitolami.

4.1 Rozdělení sociálních služeb

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Poskytují se jako služby pobytové, ambulantní nebo terénní.

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena či dopravována do zařízení sociálních služeb. Součástí této služby není ubytování.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobně poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato **zařízení sociálních služeb**:

- a. **centra denních služeb:** poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.
- b. **denní stacionáře:** poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- c. **týdenní stacionáře:** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- d. **domovy pro osoby se zdravotním postižením:** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- e. **domovy pro seniory:** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.
- f. **domovy se zvláštním režimem:** poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

- g. **chráněné bydlení:** pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.
- h. **azylové domy:** poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.
- i. **domy na půl cesty:** poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby. Způsob poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.
- j. **zařízení pro krizovou pomoc:** jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby na přechodnou dobu poskytované osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami.
- k. **nízkoprahová denní centra:** poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.
- l. **nízkoprahová zařízení pro děti a mládež:** ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.
- m. **noclehárny:** poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování.
- n. terapeutické komunity.
- o. **sociální poradny:** poskytují osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace
- p. **sociálně terapeutické dílny:** jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem

je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

- q. **centra sociálně rehabilitačních služeb:** pobytová služba směřující k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.
- r. **pracoviště rané péče:** jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis. Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit. (cit.ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Před vydáním nového zákona se potýkala zařízení sociálních služeb s problémy, které spočívaly v umístování žadatelů ne podle jejich potřeb, nýbrž podle volných míst v ústavech a domovech. Často se tedy stávalo, že na jednom pokoji se ocitla osoba s mentálním postižením s psychotiky nebo seniory. Lidé chodící a schopni života sdíleli pokoje s pacienty smrtelně nemocnými. Naštěstí je tato doba již minulostí a péče se specializovala.

4.2 Trendy v péči o osoby s mentálním postižením

V současnosti je světovým trendem opouštět od ústavní péče ve velkých zařízeních a osobám s postižením zajišťovat péči v zařízeních rodinného typu, dále v chráněných bytech, ve společných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžných bytech.

Tento proces se nazývá *deinstitutionalizace*. Dochází v něm k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby

byly primárně orientovány na potřeby klientů a ne potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči „v komunitě.“ (MPSV, 2009, s. 3)

Vychází se ze skutečnosti (praxe i právních norem), že ústav poskytuje to, co běžný svět: bydlení, výchovu, zaopatření, zdravotní a ošetřovatelskou péči, rekreaci atd. Oproti okolnímu světu to ale ústav poskytuje z ústavních nikoli běžných zdrojů. Na rozdíl od běžného světa ústav poskytuje navíc jen oddělenost od okolí – speciální budova. To je jeho skutečný úkol.

Praxe dokazuje, že i ostatní složky služeb, které jsou v ústavech poskytovány (např. terapie, pomoc se zvládnutím běžných úkonů péče o sebe apod.) lze poskytovat i v domácím prostředí. Úkol ústavu „oddělovat“ znevýhodněné skupiny občanů do speciálních zařízení“ není přijatelný. Česká republika se totiž přihlásila (spolu se vstupem do EU) k politice sociálního začleňování a prevence sociálního vyloučení. Podstatou této politiky je přiznání stejných občanských práv a povinností znevýhodněným lidem: jako ostatní lidé musí i oni mít možnost využívat běžných veřejných zdrojů (služeb, práv atd.) a převzít odpovědnost za sebe (např. vydělávat si na živobytí vlastní prací, vzdělávat se).

I v České republice byl spuštěn projekt tzv. transformace. Ten probíhá v souladu s dokumentem „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ schváleným vládou ČR v únoru roku 2007 a v souladu s novým Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a se Standardy kvality sociálních služeb. Cílem projektu je celková změna pobytového zařízení, které nevyhovuje kritériím pro poskytování sociálních služeb nastavených zákonem, ve služby, které plně odpovídají standardům kvality, zaručují ochranu práv uživatelů a odpovídají poptávce ze strany zájemců. Jedním z předpokladů je právě vytvoření služeb i jiného typu například chráněného nebo podporovaného bydlení s cílem poskytovat uživatelům služby dle jejich individuálních potřeb a přiblížit jim život v přirozeném prostředí.

Úkolem ústavů proto do budoucna musí být podpora sociálního začlenění, která eliminuje porušování ochrany práv obyvatel ústavu a umožňuje jim převzít povinnosti a odpovědnost za svoje chování tam, kde je to možné. Úkol ústavů se musí změnit, nestačí vylepšovat stávající typ služeb. Je třeba změnit smysl služeb, poslání a cíle a podle toho teprve začít plánovat změny.

Vytržení lidí z běžného prostředí také neumožňuje posoudit skutečné potřeby lidí: některé běžné každodenní aktivity nelze v ústavu praktikovat (např. péče o domácnost), nelze zde využít neformální, přirozené zdroje (např. pomoc rodiny nebo sousedů). Nelze proto poskytovat služby individuálně přizpůsobené potřebám jednotlivých klientů.

Člověk žijící v ústavu se musí přizpůsobit nepřiměřeně velké skupině lidí (často desítky až stovky dalších klientů) a pravidlům pro provoz specifických pracovišť (veřejné stravování, ubytovací a zdravotnické zařízení). Klient ústavu fakticky bydlí „v provozovně“ kde je nutno dodržovat zvláštní pravidla: hygienické normy (nesmí do kuchyně si uvařit nebo po sobě umýt nádobí), nesmí si sám vzít léky (to může jen zdravotnický personál), mít v pokoji vlastní elektrický spotřebič (platí bezpečnostní pravidla). To vede k omezování soukromí a osobní svobody, základů lidské důstojnosti.

V ústavu je člověk s postižením extrémně závislý na jediné autoritě: ústav zabezpečuje všechny klíčové potřeby člověka: bydlení, stravu, osobní pomoc, finanční i materiální prostředky, informace atd. Ústav má nad obyvatelem nepřiměřenou moc. Tuto moc je třeba vhodným způsobem rozptýlit.

Transformací jsou míněny hluboké změny vycházející ze změny úkolu ústavů: namísto umístování lidí do speciálních zařízení tu jde o poskytování speciálních služeb v běžném prostředí. Není potřeba ústavy zavírat a propouštět personál. V ústavech je velký potenciál: odborníci, kteří znají potřeby obyvatel a specifické metody práce s nimi a které je třeba využít k poskytování takového typu služeb, které lidem umožní žít důstojně a v běžném prostředí. Cílem je změnit charakter služeb, nikoli zavřít ústavy. (Johnová, 2005, Proč je potřeba transformovat ústavní péči?, dostupné na www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html, cit. 24. 3. 2010)

Prvním úkolem v procesu transformace je změnit postoje pracovníků k obyvatelům ústavů, přesvědčit je, že tito lidé mohou žít v běžném prostředí. To by mělo být předmětem a cílem vhodně koncipovaného vzdělávacího programu. Službám, které lidem umožňují zůstat v běžném prostředí, se říká komunitní služby. Patří sem např. osobní asistence, různé formy podpory v samostatném bydlení, podporované zaměstnávání, odlehčovací služby, raná péče, služby krizové intervence apod. Ústavy by do budoucna měly tento typ služeb začít poskytovat.

Do doby, než se změní podstata služeb poskytovaných v ústavech, než obyvatelé ústavů začnou bydlet v běžném domácím prostředí, které nebude „provozovnou“, lze realizovat řadu opatření ihned:

- zvýšit míru pracovního uplatnění a i tím příjmy klientů umožňující osamostatnění,
- zvýšit standard bydlení, zejména míru soukromí, zavést do praxe nové metody práce, které obyvatelům ústavů umožní lépe hájit své právo na svobodnou volbu a nezávislost.

Jelikož je celý projekt náročný zejména z hlediska přípravy klientů, zaměstnanců a v neposlední řadě i společnosti, celý proces bude dlouhodobý, časový horizont celé transformace je cca 4 roky.

Řada vyspělých zemí světa již transformací ústavní péče prošla nebo má s procesem transformace zkušenosti. V některých státech USA byly poslední ústavy zavřeny již před deseti lety a jejich pracovníci dnes poskytují služby v chráněných bytech, agenturách osobní asistence, podporovaného zaměstnávání apod. Co se týče Evropy, byly ústavy zrušeny ve Švédsku a Norsku. Výzkumy zaměřené na výsledky transformace dokázaly, že i lidé s velmi těžkým postižením mohou žít v běžné společnosti. Nezávisle na míře postižení u těchto lidí život mimo ústav vede k větší míře nezávislosti a osobnímu rozvoji. (Johnová, 2005, Proč je potřeba transformovat ústavní péči?, dostupné na www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html, cit. 24. 3. 2010)

Rozhodnutí transformovat ústavní péči většinou padla na úrovni vlád a parlamentů, jejichž členové přijali za své, že každý člověk má právo na život v běžném prostředí bez ohledu na míru postižení a stát je povinen zajistit takové služby, které toto umožní.

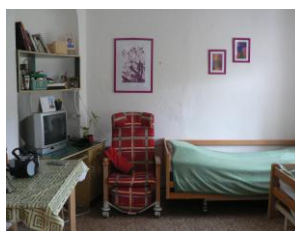
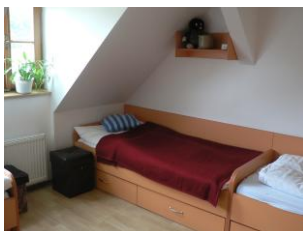
5 Ústav sociální péče pro dospělé osoby s mentálním postižením v Jinošově

Ústav sociální péče Jinošov je příspěvková organizace zřízená krajem Vysočina. Zařízení má registrováno dvě sociální služby: Domov pro osoby se zdravotním postižením a Chráněné bydlení.

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP) poskytuje celoroční pobytové služby dospělým osobám s mentálním, případně i kombinovaným postižením. Jeho posláním je pečovat o klienty prostřednictvím svých služeb a podporovat je tak, aby se podíleli na vytváření svého domova a mohli prožít hodnotný život. Tuto službu je poskytována na dvou místech – v obci Jinošov a ve městě Náměšť nad Oslavou.

Hlavní zámecká budova v areálu v Jinošově, je momentálně neobývaná z důvodů statických poruch stropních nosných konstrukcí.

V provozní budově se nachází oddělení pro dvacet devět klientů, kteří jsou ubytováni ve dvou až třílůžkových pokojích.



Součástí budovy, avšak stavebně oddělenou, je byt 2+1, který je od 1. 1. 2010 využíván jako cvičná domácnost pro šest klientů s vysokou mírou podpory (těžší stupeň postižení). Péče a podpora personálu je zaměřena na využití všech schopností klientů, praktikován je individuální přístup personálu a nové metody práce. Klienti jsou připravováni také na budoucí přesun mimo areál zařízení.



V provozní budově jsou také kanceláře, ústavní kuchyň, jídelna klientů i zaměstnanců, sklady, plynová kotelna.

V rámci volnočasových aktivit zde mohou klienti navštěvovat různé terapeutické dílny: Tzv. **Domeček a H-klub** – obě tyto terapeutické dílny jsou využívány pro dopolední i odpolední terapii.



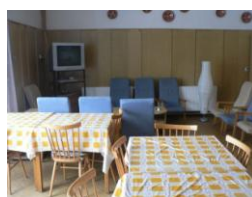
Pro obyvatele ústavu s těžším mentálním postižením je činnost v těchto skupinách zaměřena především na rozvoj jemné prstové motoriky, fantazie, logiky a především pro podporu a udržování jak mentální tak fyzické kondice klientů. V každé skupině pracovníci respektují přání a potřeby klientů. Pokud se klienti terapie nechtějí zúčastnit, nemusejí. Naopak každou skupinu může kdykoliv navštívit kterýkoliv jiný klient. Těm, kteří do skupin z jakýchkoliv důvodů nechtějí docházet, se věnují pracovníce na oddělení.

V místě bývalé vrátnice, byl zřízen pokoj pro dva klienty s vlastním sociálním zařízením.

Dále je v areálu prádelna, garáž, kůlna a údržbářská dílna.

V tomto DOZP je zdravotní péče zajišťována jednak stálou přítomností zdravotní sestry jednak obvodním lékařem a psychiatrem, kteří do zařízení docházejí. S lékaři je zajištěn smluvní vztah.

V Náměšti nad Oslavou je služba DOZP poskytována prozatímně na ubytovně, určené pro devatenáct klientů, kteří jsou ubytováni v jednom až třílůžkových pokojích, se společným sociálním zařízením a denní místností s jídelnou.



Klientům je zajišťována celodenní podpora a péče pracovníci sociální péče v třísměnném provozu. Zdravotní péče je klientům zajištěna jednak zdravotní sestrou,

kteřá je k dispozici na telefonní konzultace a dále dvakrát měsíčně přímo na ubytovně. Lékařská péče je zajištěna návštěvami praktických a odborných lékařů v jejich ordinacích na poliklinice ve městě. K aktivizačním činnostem mají tito klienti k dispozici čtyři terapeutické dílny provozované našim zařízením v Náměšti nad Oslavou (více rozepsáno viz níže v chráněném bydlení).

Klienti žijící v DOZP jsou postiženi v rozmezí od středně těžké až hluboké mentální retardace. Věkový průměr uživatelů je 54 let.

Chráněné bydlení v Náměšti nad Oslavou je typem zařízení, které poskytuje lidem s mentálním postižením takovou míru podpory, kterou potřebují k tomu, aby mohli žít svůj život co nejvíce samostatně a nezávisle. Je určeno devatenácti klientům (na dvou ubytovnách), jejichž schopnosti jsou v určitém ohledu sníženy, avšak služby jsou poskytovány v takové míře, která reflektuje jejich skutečné potřeby.

V ubytovně Hokejového stadionu je ubytováno jedenáct klientů na jednom až třílůžkových pokojích. V této budově jsou také místnosti pro terapii, kuchyňka s jídelnou a obývacím prostorem, sociální zařízení pro klienty i personál a kancelář.



V ubytovně firmy Oslavan, která se nachází v centru města, žije osm klientů v jednom až třílůžkových pokojích se společným sociálním zařízením a kuchyňkou.

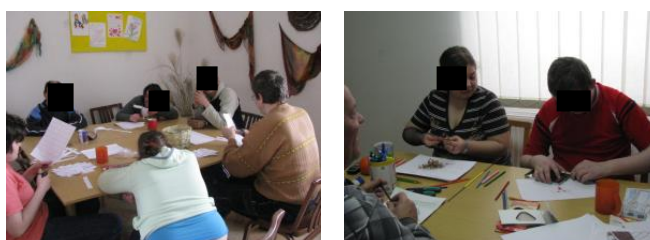


Na těchto ubytovnách je klientům zajišťována podpora personálu v šesti hodinových směnách (ranní, odpolední) v pracovní dny, o víkendech na dvanáctihodinových směnách. Noční služby jsou zajištěny telefonickou pohotovostí pracovníků.

Vzhledem k tomu, že klienti žijí v chráněném bydlení, jsou jejich každodenní činnosti stejné jako v běžně fungující domácnosti. Úklid, praní prádla, žehlení, nákupy, příprava teplé i studené stravy, péče o svůj pokoj, společné prostory i okolí domů

(viz příloha č. 5). V rámci nácviku v oblasti praktického života jsou také motivováni při osvojení dovedností manipulace s telefonem, počítačem, elektrickými spotřebiči, používání veřejné dopravy, samostatné komunikaci s lékaři, prodavači a podobně.

Pro aktivizační činnosti a smysluplného vyplnění volného času jsou klientům k dispozici čtyři terapeutické dílny. Dvě z nich jsou umístěny mimo chráněné bydlení, v zapůjčených prostorách. Ty jsou takzvaně multifunkční a umožňují klientům především možnost nácviku pracovních návyků (pravidelné docházení ve stanovený čas, dodržování tzv. pracovní doby, rozvržení svého denního programu a podobně). Činnost v těchto dílnách je zaměřena především na rukodělnou činnost uzpůsobenou zájmům klientů.



Další terapeutickou dílnou je Axmanova technika modelování (dále jen ATM), která poskytuje osobám se zdravotním postižením možnost samostatných řemeslně-výtvarných aktivit a je cíleně mířená k integraci do běžného života.



Čtvrtá dílna je zaměřena především na výrobu keramických předmětů. Vznikají zde ale i jiná výtvarná díla, která pravidelně bývají ozdobou výstav a soutěží pořádané naším i jinými zařízeními (viz příloha č. 6).

Mezi další aktivizační činnosti poskytované tímto zařízením patří:

Činnostní terapie na jednotlivých odděleních

Zahrnuje nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Nácvik v oblasti praktického života. Klienti jsou motivováni k udržování a rozvíjení soběstačnosti (s klienty se učíme prát, žehlit, umývat nádobí, nakupovat,

stlát postele, udržovat si pořádek, používat telefon, počítač, hospodařit s penězi, kávou, cigaretami, nakupovat, chodit k lékaři, na poštu, používat veřejnou dopravu apod.)

Volnočasové aktivity

Společenské programy v areálu i mimo, hry, hudba, tanec, sport (jízda na kole, bruslení), náboženské programy, stanování v přírodě, tábory, rekreace tuzemské i zahraniční výlety, návštěvy kulturních vystoupení, setkávání s klienty jiných zařízení, setkávání se zdravou populací, návštěvy kulturních a sportovních akcí pořádaných jinými organizacemi, rybářský kroužek vedený vychovatelem, vydávání čtvrtletníku „Šotek“, na jehož obsahu se podílí i klienti.



Práce v režimu pracovně právních předpisů

Jde o práci na základě dohody o pracovní činnosti dle Zákoníku práce. Klienti pracují při úklidu společných prostor, mytí nádobí a žehlení. Jeden klient chráněného bydlení má v současné době podepsanou tuto dohodu květinářství.



V návaznosti na další dostupné zdroje klienti například samostatně navštěvují místní kostel, kadeřnictví, restaurace, obchody, poštu, lékaře, lékárnu, rehabilitaci, logopedii.

Vlastní průběh služby vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele v rozsahu jeho postižení a věku.

Ústav sociální péče v Jinošově zaměstnává 57 pracovníků (ředitelka, ekonomka, mzdová účetní, vedoucí provozu, sociální pracovníce, vrchní sestra, vedoucí pracovníků v sociálních službách, vedoucí chráněného bydlení, zdravotní sestry, sanitárky,

pracovnice sociální péče, instruktorky sociální péče, vychovatel, kuchařky, pradleny, údržbář), z toho je 37 pracovníků přímé péče.

Toto zařízení spolupracuje s mnohými institucemi. S některými pořádá různé kulturní a společenské akce pro klienty nebo pro veřejnost ve prospěch svých klientů (např. charitativní ples, výstavy určené k prezentaci výrobků klientů, společné rekreace pro klienty z různých ústavních zařízení apod.)

Cílem obou služeb je vytváření domácí atmosféry, podpora partnerských vztahů, aktivního trávení volného času, podpora uživatelů při uplatnění na trhu práce i v provozu domova, podpora celoživotního vzdělávání a poskytování služby dle individuálních potřeb uživatelů.

ÚSP Jinošov je zapojen do projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Podpora transformace sociálních služeb“, což je individuální projekt Odboru sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV, hrazený z prostředků Evropského sociálního fondu, Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Na investice může čerpat z Integrovaného operačního programu (dále IOP), investičního programu ČR zpracovaného v rámci Cílů Konvergence a Konkurenceschopnost pro programovací období roku 2007 až 2013. Tento program je financován z Evropského fondu pro regionální rozvoj a státního rozpočtu ČR a řídicím orgánem programu je Ministerstvo pro místní rozvoj. Podpora IOP je zaměřena na celé území ČR s výjimkou hlavního města Prahy. (MPSV, 2009 s. 4)

Transformační proces v ÚSP Jinošov byl již zahájen. Je zde sestaven tzv. multidisciplinární tým, který má za úkol přinášet nové informace a pomáhat s pochopením a zvládnutím celého procesu jednak zaměstnancům, ale také klientům a jejich rodinám. S celkovou koordinací nám aktivně pomáhá organizace Children's High Level Group, která má již s transformací zkušenosti. Vedle zajišťování pozemků, vyjednávání s různými institucemi a plánováním sociálních a veřejných služeb, které budou klienti v budoucnu využívat, zařízení intenzivně pracuje na zpracování tzv. transformačního plánu, který bude sloužit jako podklad k získání finančních prostředků na celý proces.

Cílem ústavního zařízení je poskytovat takové sociální služby, které klientům umožní život v přirozeném prostředí majoritní společnosti. Znamená tedy postupný přechod klientů do nového bydlení v malých rodinných domcích a bytů situovaných na sídlišti nebo ve vilových čtvrtích. Během roku 2011 by měly vzniknout první nové

domácnosti (domek pro šest klientů s péčí tzv. „ušitou na míru“) v Náměšti nad Oslavou a Velké Bíteši. V témže roce bude postaveno Centrum denních aktivit pro zajištění volnočasových aktivit klientů, jehož součástí bude mimo jiné kavárna, která vytvoří pracovní příležitosti osobám s mentálním postižením. V centru bude provozován také Denní stacionář, jenž by v budoucnu ulehčil rodinám péči o dospělé s mentálním postižením.

6 Osobnost terapeuta

V povolání a činnostech, v nichž profesionál, stejně jako dobrovolník vstupuje do interakcí a vztahů s dalšími lidmi, se s výraznější mírou odkrývají, využívají a zatěžují osobnostní struktury pracovníka. Projevuje se zde úloha věku, osobnostní zralosti, hodnotové orientace, morálky, schopnosti vcítit se do situace a pocitů klienta, ale také míra ochoty dávat druhým ze sebe něco více, než je obvyklé v běžném mezilidském styku.

Pro práci terapeuta (instruktora, vychovatele) jsou důležité určité znalosti, dovednosti a osobnostní předpoklady společné pro všechny, kdo v oblasti pomáhajících profesí pracují. Pro výkon profese jsou důležité znalosti z psychologie, medicíny (zejména psychiatrie) a pedagogiky (zejména speciální a léčebné). Protože v terapii jde o celostní zacházení s člověkem, měl by být terapeut vzdělaný i v oblasti antropologie.

Terapeut by měl být empatický, měl by umět své informace propojovat do souvislostí, měl by umět improvizovat, neměla by mu chybět intuice, schopnost předvídat vývoj událostí a jevů. Měl by mít vysoký morální a etický kredit, v terapii vždy sledovat jasný terapeutický nebo diagnostický cíl. Také by měl umět vytvořit atmosféru důvěry, pomáhat klientovi zvládat zadané úlohy, které jsou pro klienta nové a neznámé a povzbuzovat ho k vlastním interpretacím.

Yalom (1999) terapeutům doporučuje dodržovat některé zásady. Za prvořadé považuje vytvořit atmosféru důvěry. Dále zdůrazňuje potřebu individuální terapie pro každého klienta. Pokládá rovněž za závažné obeznámení s postupy předešlých terapeutů a vyvarování se chyb, kterých se dopustili. Mezi důležité momenty také řadí snahu být víc upřímný a lidský než „mechanistický“. Navrhuje neléčit diagnózu nebo nálepku, kterou klientovi diagnózou dáme, ale člověka, který za diagnózou je.

Terapeutický vztah

Vztah mezi klienty a terapeuty je důležitý pro obě strany. Ve vztahu má dominovat důvěra, rovnocennost a úcta k člověku, s nímž pracujeme. Snažíme se prožívat jeho úhel pohledu. Terapeutický vztah je kreativní aliance. Klient je v ní doprovázen na určitém úseku svého života. Někdy jde o celoživotní doprovázení. Cílem je směřovat ho tak, aby se zřekl chování a vztahů, které jemu a jeho okolí způsobují bolest a dokázal je nahradit takovými, z nichž by měl radost a které

by posilnily jeho vědomí vlastní hodnoty a sebelásky v pozitivním slova smyslu. Krédo terapeuta je být tvořivý v budování klientovy kreativity, která mu může dát stimul k pozitivním změnám v jeho životě. Klient by měl být veden k zodpovědnosti za sebe samého. Terapeut má umět navrhnout klientovi nové techniky, ale i perspektivy, jež klient dosud neznal. Klient by měl najít odvahu nejen experimentovat s novými technikami, ale nacházet i nové cesty řešení ve svém životě.

Terapeut může v začátku tvorby úzkostnému klientovi pomoci tím, že sám například udělá první čáru na obrázku, nebo naopak poradí při dokončení díla. Případ, kdy klient sám požádá terapeuta o pomoc, hodnotíme jako pozitivní. Tato schopnost může klienta motivovat v jeho další tvorbě.

Terapeuti, sociální, výchovní i zdravotničtí pracovníci by měli respektovat přání a vůli klienta a měli by mít základní znalosti o jeho potřebách.

7 Charakteristika průzkumného vzorku

V ÚSP Jinošov autorka pracuje sedmým rokem.

Čtyři roky pracovala jako instruktorka sociální péče, kdy byla zaměstnaná na plný úvazek s pracovní dobou od 7:00 do 15:30 hodin. Pracovala se stálou skupinou, kterou tvořilo 9 klientů dle harmonogramu práce (viz příloha č. 3) schváleného ředitelkou zařízení. Aktivně se věnovala naplňování volného času svěřené skupiny klientů, přičemž kladla důraz na partnerský přístup, který byl při její práci s klienty prvořadým.

V současnosti autorka pracuje třetím rokem jako vedoucí pracovníků v sociálních službách. Její práce spočívá především ve vedení zaměstnanců při jejich vlastní práci s klienty. Nedílnou součástí pracovní náplně (viz příloha č. 4) je také organizace kulturních akcí a motivace klientů k aktivnímu trávení jejich volného času.

7.1. Kazuistiky

Pro praktickou část bakalářské práce autorka využila dvou kazuistik klientů, se kterými má při zapojování do volnočasových činností osobní zkušenosti. Na těchto klientech zde prezentuje důležitost vlastního zapojení klientů do organizace jejich volného času. Prezentuje zde důležitost zapojení klientů do organizace volného času.

Pan J. U.

43 let, má dokončenou školní docházku na Základní škole praktické pro slabozraké v Moravské Třebové. Je zbaven způsobilosti k právním úkonům, opatrovníkem byl soudně určen vlastní otec. S ním i se sourozenci udržuje pravidelný kontakt. V ÚSP Jinošov žije od roku 1985.

V péči o svou osobu je i přes zrakové postižení soběstačný.

Vzhledem ke zrakovému postižení klient potřebuje podporu při:

- řešení zdravotních obtíží, podávání léčiv
- při úkonech spojených s chodem domácnosti (praní, žehlení, vaření, úklid)
- při využívání veřejně poskytovaných služeb

Vzhledem k míře mentálního postižení klient potřebuje podporu při:

- plánování volného času
- jednání na úřadech, s lékařem, komunikaci s okolím
- manipulaci s větší částkou finančních prostředků

Již čtvrtým rokem dochází do pracovní dílny Axmanovy techniky modelování, a to pravidelně od pondělí do pátku. Při dodržování zásad zrakové hygieny (vhodné osvětlení, pravidelné střídání zrakové práce do blízka a do dálky podobně) a řádném vysvětlení postupu práce, je klient schopen pracovat samostatně (viz příloha č. 7).

Dílnu navštěvuje velmi rád, tato činnost se stala smyslem jeho života. Na vlastních výrobcích mu záleží, cítí se za ně být zodpovědný. Každý výrobek, který vznikne pod jeho rukama si pamatuje, zajímá se o to, kde je uložen, vystaven, popřípadě kdo jej koupil. Cílem zapojení klienta do dílny Axmanovy techniky je především simulace pracovního uplatnění, ale také rozvíjení prostorového a hmatového vnímání. Vzhledem k tomu, že tato dílna je provozována v Náměšti nad Oslavou a klient žije v Jinošově, musí pro účast v dílně překonat fyzickou vzdálenost a to i s použitím veřejné dopravy. Uvedený způsob zapojení do pracovní dílny je pro klienta vhodným zejména z hlediska plánovaného začleňování do společnosti. **Klient je veden k větší samostatnosti**, co se týče vyřizování různých osobních záležitostí. Od pracovníků dostává podporu pouze do míry, kterou potřebuje. Naučil se lépe komunikovat se všemi pracovníky zařízení, má zájem o podporu pracovníků například při návštěvách lékaře, optiky, kadeřnictví, obchodu.

Mezi dřívější oblíbené činnosti (z terapie, kterou navštěvoval před 5 lety) pana J.U. patřilo především skládání stavebnic (Seva, Cheva, Lego). I přes své zrakové postižení byl schopen s velikou přesností postavit modely například dopravních prostředků. Práce musela být vždy precizně provedená, jinak nebyl spokojený.

Další často používanou technikou bylo tkaní. Pro klienta byla tato práce zajímavá především proto, že sám utkané polštáře prodával a tím si vydělával potřebné peníze na jeho výplně (molitan). Tkaní věnoval spoustu času, při práci byl nerad někým rušen. Cílem obou činností byl zejména rozvoj jemné prstové motoriky, hmatového vnímání a trpělivosti.

I když klient terapii navštěvoval rád, nebyla pro něj plnohodnotnou náhradou pracovního uplatnění jakou našel právě v Axmanově technice. Pozitivní změnu vidí

autorka především v jeho uvědomění si vlastní zodpovědnosti a posunu k větší samostatnosti při jednání s okolím. Sám pan J. U. je spokojen a říká: „**Přijdu častěji mezi lidi, naučil jsem se jezdit autobusem, můžu si častěji chodit nakupovat, sám si vyřizuji potřebné věci se sociální pracovnící**“.

Pan J. K.

57 let, bez vzdělání. Vyrůstal v kojeneckém ústavu, poté byl adoptován. V 6 letech, po diagnostikování mentálního postižení, jej přijali do ÚSP Velehrad. V ÚSP Jinošov žije od roku 1969. Je zbaven způsobilosti k právním úkonům. Příbuzné žádné nemá. Přesto, že je soběstačný, potřebuje být motivován a mít dohled nad vykonávanými úkony.

Vzhledem ke snížené komunikační dovednosti klient potřebuje podporu při:

- jednání na úradech, s lékařem a využívání veřejně poskytovaných služeb

Vzhledem k míře mentálního postižení klient potřebuje podporu při:

- plánování volného času
- řešení zdravotních obtíží, dodržování léčebného režimu, včetně podávání léčiv
- učení se zodpovědnosti sám za sebe
- úkonech spojených s chodem domácnosti (praní, žehlení, vaření, úklid)
- manipulaci se svými finančními prostředky

Při příchodu do ÚSP Jinošov se klient neuměl vyjadřovat, neměl žádné hygienické návyky. Autorka předpokládá, že jeho schopnost komunikace by byla na lepší úrovni, pokud by měl soustavnou péči již od dětství.

Několik let klient využíval návštěv terapeutické dílny, kde měl činnost zaměřenou na rozvoj jemné prstové motoriky, fantazie, logiky a podporu pro udržování jak mentální tak fyzické kondice. Tuto dílnu velmi rád navštěvoval, z autorčina pohledu mu však nevytvářela podmínky, které by mu zlepšily kvalitu jeho života.

V současné době klient navštěvuje jednu z multifunkčních dílen provozovanou na jiné ubytovně, než kde žije. Zde se věnuje především výrobě upomínkových předmětů z keramiky. Tato činnost je samotným klientem pokládána za prioritní. Nejhlavnějším cílem jeho aktivit v multifunkční dílně je především rozvoj kreativního

myšlení při manuálních činnostech.

Podobně jako u pana J. U. je tento způsob zapojení do volnočasových aktivit vhodný zejména z důvodů plánovaného začleňování do společnosti. Klient se musel s podporou personálu naučit překonávat různé překážky. Příkladem je nácvik nácvik bezpečného pohybování se po pozemních komunikacích nebo postupu při nakupování.

Po konzultaci se specialistou na alternativní a augmentativní komunikaci, byla klientovi doporučena návštěva logopedie, případně vytvoření komunikační tabulky, která by zvýšila možnosti komunikace s panem J. K. Z důvodu dobré dostupnosti logopedie, klient již druhým rokem tuto službu využívá. Dle sdělení terapeutky, je na něm patrné zlepšení v oblasti komunikačních dovedností. Samotný klient zaujal zodpovědný přístup k návštěvám logopedie a ve svém volném čase se s podporou pracovníků věnuje pravidelnému trénování výslovnosti.

Z autorčina pohledu je současné využívání multifunkční dílny pro klienta mnohem přínosnější, zejména proto, že program v této dílně je více uzpůsoben jeho individualitě. Kopíruje jeho skutečné potřeby, čímž mu prokazatelně zlepšuje kvalitu života.

7.2 Dílčí závěr

Z uvedených kazuistik prokazatelně vyplývá nutnost individuálního posuzování potřeb klientů v zařízeních sociálních služeb. Je to jeden z nejdůležitějších faktorů, který přispívá k zajištění smysluplnému využití volného času. Zvolení vhodných aktivizačních metod pak dále může klientům pomoci k uvědomění si skutečně potřebné míry podpory, kterou jim můžeme poskytnout. Je třeba mít na mysli, že lékem na nespavost či agresi mnohdy nejsou medikamenty, ale činnost a denní aktivizace. Je třeba klientům hledat smysluplný způsob existence a také jim dát příležitost stále se na něco těšit.

Závěr

Postižení, stejně jako zdraví, je vždy relativní. Podle donedávna uznávaného názoru se soudilo, že mentální postižení je trvalé a zcela nezměnitelné. Předpokládalo se, že úroveň inteligence je konstantní, a že naměřený inteligenční kvocient zůstává stabilní od dětství do dospělosti. Z tohoto postoje vyplývala určitá skepse ve vztahu k jakékoliv aktivizaci či vzdělávání lidí s mentálním postižením. Z výsledků novějších výzkumů však vyplývá, že v řadě případů lze vhodným pedagogickým a psychologickým působením dosáhnout výrazného zlepšení rozumových schopností lidí s mentálním postižením. Zejména, když je jim od dětství věnována dlouhodobá kvalifikovaná péče. Navíc se ukazuje, že přizpůsobivost člověka požadavkům prostředí závisí nejen na inteligenci, ale i na mnoha dalších faktorech. Především na jeho emocionalitě, sociabilitě, míře jeho volných vlastností, úrovni komunikačních dovedností, rozvinutosti motoriky, na schopnosti sebeobsluhy a na řadě dalších praktických dovednostech.

V bakalářské práci jsou nastíněny způsoby volnočasové aktivizace v ústavech sociální péče pro dospělé osoby s mentálním postižením. Vhodný výběr možností vyplnění volného času pro každého klienta souvisí s jeho individuálními požadavky i s mírou jeho soběstačnosti. V tomto ohledu je velice důležitá kreativita a pružnost pracovníků, kteří musejí jednak mít o klientovi dostatečné informace, získat si jeho důvěru, umět jej správně motivovat, ale také umět uzpůsobit jeho volný čas jeho potřebám. To vše úzce souvisí s nedostatkem kvalifikovaného personálu v ústavech sociální péče. V dnešní době se objevují stále nové trendy v přístupech ke klientovi, o kterých by měli mít všichni zaměstnanci ústavu přehled, a to hlavně z důvodu co nejkvalitnějšího poskytování služeb.

Všichni zaměstnanci by se měli snažit co nejvíce zkvalitňovat svoji pracovní činnost například zaváděním nových postupů a technik. Především by si měl každý uvědomit, že klient má právo vyslovit své názory, sdělit své skutečné pocity a má být plně respektován.

Jelikož ústav má co nejhodnotněji nahrazovat domov a rodinnou péči, je důležité klientům umožnit účastnit se života mimo něj a neuzavírat je okolnímu světu. Měli bychom osobám s mentálním postižením dávat více možností vzdělávat

se v praktických i teoretických činnostech, „**ověřit si vše na vlastní oči a poznat na vlastní kůži**“.

Resumé

Nosným tématem práce jsou možnosti poskytování volnočasových aktivit pro dospělé osoby v podmínkách ústavní péče. Práce se zabývá vymezením druhů terapií, které lze osobám s mentálním postižením nabídnout pro jejich seberealizaci a také jako vhodné vyplnění jejich volného času. Za důležité je také pokládáno vzdělávání a hledání vhodného pracovního uplatnění pro osoby se zdravotním postižením, které úzce souvisí s postupným začleňováním osob s mentálním postižením do majoritní společnosti.

Práce je metodicky rozpracována do ucelených kapitol. V praktické části autorka použila dvou kazuistik klientů konkrétního ústavu sociální péče. Na nich demonstrovala správnou spolupráci klienta s pracovníkem, která vedla k maximální spokojenosti klienta při organizaci jeho volného času.

Autorka v jednotlivých kazuistikách srovnává klientovu organizaci volného času před pěti lety a v současné době. Během tohoto období je patrný rozvoj klienta v soběstačnosti, a tím i obohacení jeho života. Patrný je i posun v pružnosti a kvalitě poskytovaných služeb v uvedeném zařízení.

Anotace

Práce se zabývá problematikou volnočasových aktivit pro dospělé osoby s mentálním postižením v ústavu sociální péče. Cílem je poukázat na to, že vhodným individuálním přístupem ke klientovi, lze zajistit takovou možnost naplnění jeho volného času, která bude přesně kopírovat jeho potřeby i přání a zároveň bude klienta připravovat pro jeho budoucí začlenění do majoritní společnosti.

Klíčová slova

Volnočasové aktivity, dospělá osoba s mentálním postižením, ústav sociální péče, metody terapie, vzdělávání osob s mentálním postižením, pracovní uplatnění osob s mentálním postižením, terapeut, transformace.

Annotation

Work deals with leisure activities for adults with mental handicap in institute of social care. The aim is to point out that the best individual approach to each client, can provide such a possibility of filling his free time, which will exactly replicate the needs and wishes of the client, while preparing for its future inclusion into the society intact.

Keywords

The freetime activities, adult person with mental handicap, institute of social care, methods of therapy, education of person with mental handicap, employment for person with mental handicap, therapist, transformation.

Použitá literatura

Monografie

DUŠEK, K., CHROMÝ, V., *Psychiatrie*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 1981.

BAKOŠOVÁ, Z., *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: Public promotion, s.r.o., 2008, ISBN 978-80-969944-0-3

HERMANNOVÁ, H. *Kůň ve službách lidského zdraví*. Kurz hipoterapie, Socioterapeutická farma: PL Bohnice, rok neuveden.

KREJČÍŘOVÁ, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In RENOTIÉROVÁ, M a kol. *Speciální pedagogika*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, ISBN 80 – 244 – 0873 – 2.

MÜLLER, O. *Terapeuticko – formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In RENOTIÉROVÁ, M a kol. *Speciální pedagogika*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, ISBN 80 – 244 0873 – 2.

MÜLLER, O. Terapeutické metody ve speciální pedagogice. In KREJČÍŘOVÁ, O a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Praha. Eteria, 2002, ISBN 80 – 238 – 8729 – 7.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998, ISBN 80 – 85 – 931 – 65 – 6.

ŠICKOVÁ – FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002, ISBN 80 – 7178 – 616 – 0.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006, ISBN 80 – 7367 – 060 – 7.

ŠVARCOVÁ, I. *Základní otázky psychopedie*. Praha: Panex, 1997, ISBN 80 – 7275 – 724 – 3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999, ISBN – 80 – 7178 – 214 – 9.

VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie*. Olomouc: Netopejr, 1997, ISBN 80 – 9020 – 57 – 98.

YALOM, J. D. *Lži na pohovce*. Praha: Portál, 1999, ISBN 80 – 7178 – 3447.

ZICH, F. *Co s volným časem?*. Praha: Pressfoto, 1978.

Odborné publikace

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s pracovní skupinou nulté fáze projektu “Podpora transformace sociálních služeb“ a s kraji., *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*, Praha: MPSV, květen 2009

Studijní texty k Ergoterapii, Střední odborná škola, Moravské Budějovice, přednášející: Jana Mlaková, uloženy v archivu autorky práce.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Elektronické zdroje

www.psipac.ic.cz/canisterapie

www.epona.hipoterapie.cz

www.mg-muzikoterapie.cz

<http://pz.spolecnostduha.cz/>

www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html (JOHNOVÁ, M. *Proč je třeba transformovat ústavní péči?*. QUIP – Společnost pro změnu, 2005)

Seznam zkratk

ATM	Axmanova technika modelování
ČR	Česká republika
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
EU	Evropská unie
IOP	Integrovaný operační program
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
USA	Spojené státy americké
ÚSP	Ústav sociální péče

Seznam příloh

- Příloha č. 1** Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením
- Příloha č. 2** Občanské sdružení Quip - Společnost pro změnu
- Příloha č. 3** Harmonogram práce instruktora sociální péče v ÚSP Jinošov
- Příloha č. 4** Pracovní náplň vedoucího pracovníků v sociálních službách v ÚSP Jinošov
- Příloha č. 5** Fotodokumentace klientů v Chráněném bydlení
- Příloha č. 6** Fotodokumentace výrobků klientů z multifunkční dílny
- Příloha č. 7** Fotodokumentace pana J. U. v dílně Axmanovy techniky modelování

Příloha č. 1

SPOLEČNOST PRO PODPORU LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

KDO JSME?

- Sdružení lidí s mentálním a kombinovaným postižením, jejich rodin a dalších odborníků.
- Celostátní nezisková organizace působící na národní, regionální a lokální úrovni. V současné době máme více než 8000 členů.
- Organizace hájící práva a zájmy lidí s mentálním a kombinovaným postižením a jejich rodin.

JAKÁ JE NAŠE VIZE?

- **SPOLEČNOST PRO VŠECHNY:** Lidé s mentálním postižením a jejich rodiny mají stejné životní příležitosti jako všichni ostatní ve společnosti.

JAKÉ JSOU HODNOTY, KTERÉ UZNÁVÁME?

- Lidé s mentálním postižením jsou rovnoprávními občany České republiky. Mají stejná práva být zařazeni do společnosti při jakémkoli stupni postižení.
- Lidé s mentálním postižením mají možnost žít nezávislým způsobem života.
- O lidi s mentálním postižením nejen pečujeme, ale především jim poskytujeme podporu, aby se mohli rozhodovat a také uplatnit a rozvíjet svůj talent a schopnosti, kterými disponují.
- Rodiče a přátelé lidí s mentálním postižením spojují své osobní zkušenosti s poznatky odborníků při hledání a využívání nových metod podpory lidem s mentálním postižením.

CO DĚLÁME?

- seznamujeme veřejnost s problematikou mentálního postižení a snažíme se odstraňovat předsudky a nesprávné představy o lidech s postižením,
- poskytujeme sociální služby různého druhu,
- podporujeme transformaci ústavní péče na komunitní služby,
- organizujeme celoživotní vzdělávání a společenské akce pro lidi s mentálním postižením, rodiče, profesionály a veřejnost,
- převádíme důležité informace do podoby srozumitelné pro lidi s mentálním postižením tak, aby k nim měli přístup,
- podporujeme rozvoj hnutí sebeobhájců (lidi s mentálním postižením mluvící sami za sebe),
- připomínkujeme zákony ovlivňující život lidí s mentálním postižením
- prosazujeme naplňování Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006 (například změnu systému opatrovnictví, právo na inkluzivní vzdělávání atd.)

s cílem zlepšit podmínky života občanů s mentálním postižením žijících v rodinách i v péči sociálních a vzdělávacích zařízení.

Příloha č. 2

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ QUIP – SPOLEČNOST PRO ZMĚNU

O SDRUŽENÍ QUIP

Občanské sdružení **Quip - Společnost pro změnu** bylo založeno v roce 2003 za účelem podpory rozvoje kvality v sociálních službách, šíření vzdělanosti v této oblasti a posilování vědomí a práv uživatelů sociálních služeb, zejména lidí s potížemi v učení a komplexními potřebami. Quip působí na území celé České republiky.

VZDĚLÁVÁNÍ PRO ZMĚNU

Vzdělávání poskytovatelů a zřizovatelů sociálních služeb představuje základní činnost organizace. Quip nabízí řadu kurzů a výcviků jak pro pracovníky v přímé péči tak pro vedoucí pracovníky v sociálních službách. Kurzy je možno využít pro splnění požadavků na odbornou způsobilost k výkonu povolání a celoživotní vzdělávání sociálních pracovníků podle zákona o sociálních službách.

Smyslem vzdělávání je obohatit odborné dovednosti a znalosti pracovníků sociálních služeb tak, aby mohli lépe podporovat začleňování lidí s postižením do běžné společnosti. Za tím účelem Quip zve do České republiky zahraniční experty, kteří obohacují zdejší praxi o nejnovější metody práce.

PRÁVNÍ PODPORA UŽIVATELŮ A POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Quip se věnuje řešení právních otázek a vzdělávání v právní problematice, která souvisí s poskytováním sociálních služeb, jak z pohledu poskytovatelů tak z hlediska ochrany práv uživatelů sociálních služeb. Jedná se o otázky právního postavení lidí se zdravotním ? zejména mentálním - postižením (dodržování a realizace jejich lidských práv a svobod, způsobilost k právním úkonům, výkon opatrovnictví). Dále jde o právní otázky související se sociálním začleněním (vzdělání, pracovní uplatnění, invalidní důchody), odpovědnost poskytovatelů i uživatelů, práva a povinnosti ze zákona o sociálních službách.

Důležitým nástrojem prosazování práv lidí s mentálním postižením je ovlivňování legislativy, aplikace právních norem a státních i regionálních politik vůči této skupině lidí.

PROPAGACE PŘÍKLADŮ DOBRÉ PRAXE

V roce 2006 se Quip připojil občanskému sdružení Rytmus, vyhlašovatelí celostátní soutěže Cena Milana Chába. Smyslem soutěže je ukazovat nejširší veřejnosti konkrétní příklady začlenění znevýhodněných lidí (nejen lidí s postižením) do běžné společnosti. Oceňováni jsou lidé, kteří přijali osobní odpovědnost za život znevýhodněného člověka a pomohli mu dosáhnout obdobných příležitostí, jako mají lidé bez zjevné nevýhody.

Cena nese jméno výjimečného představitele snah o zrovnoprávnění a emancipaci lidí s potížemi v učení i s komplexními potřebami.

Cílem soutěže **naDĚJE PRO ZMĚNU ÚSTAVŮ** je podpora a ocenění pracovních týmů ústavů sociální péče, které se konkrétními aktivitami zasazují o změny vedoucí k normalizaci životních podmínek klientů a k větší míře jejich začlenění do běžné společnosti.

MĚŘENÍ ÚČINNOSTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Od roku 2005 spolupracuje Quip na vývoji softwarové aplikace eQuip, která je určena poskytovatelům i zřizovatelům sociálních služeb. Ti jejím prostřednictvím mohou vyhodnocovat efektivitu poskytovaných služeb a na základě toho dělat strategická rozhodnutí týkající se organizace. eQuip poskytuje také nástroje pro každodenní řízení organizace, umožňuje přehlednou práci s databázemi pracovníků a klientů a je jedním z pomocných nástrojů naplňování Standardů kvality sociálních služeb.

Práce se softwarem je postavena na monitorování každodenních činností pracovníků v přímé péči. Do systému jsou dále zadávány ekonomické údaje a zjištěné údaje o míře potřebné podpory jednotlivých uživatelů služeb.

PORTÁL KVALITA V PRAXI.CZ

Quip poskytuje zejména odborné veřejnosti informační servis prostřednictvím internetového portálu kvalitavpraxi.cz. Zájemci zde najdou přehled novinek, odborné texty určené ke stažení, informace o dalších zdrojích odborné literatury a odkazy na zajímavá místa na internetu. Prostřednictvím stránky si také lze objednat vybrané tituly odborné literatury a vstoupit do heslem chráněného prostoru pro registrované uživatele softwarových aplikací eQuip a eQuip mini.

PUBLIKAČNÍ ČINNOST

Quip - Společnost pro změnu usiluje o šíření nových, účinných metodik podporujících uplatnění lidských práv lidí s postižením. Za tím účelem spolupracuje s poskytovateli sociálních služeb a dalšími experty. Výsledky této spolupráce jsou postupně publikovány v elektronické, tištěné nebo audiovizuální podobě.

Příloha č. 3

Harmonogram práce

Michaela Höklová, instruktorka sociální péče

- 7:00 – 7:35 - dohled na úpravu jídelny, pomoc při usazování klientů ke stolům
- 7:35 – 8:15 - rozdělení snídaně, péče o hygienickou a estetickou manipulaci se stravou, dohled a pomoc při mytí rukou klientů před a po snídani, pomoc při stravování klientů (krmení), dohled a pomoc při sběru nádobí, úprava klientů po snídani, doprovod na toaletu, výměna plen
- 8:15 – 9:40 - zájmová činnost s klienty: - procvičování zručnosti, fantazie, poznávání barev (malování, omalovávání, vystřihování)
- procvičování jemné prstové motoriky (puzzle, stavebnice)
- procvičování paměti, logiky (pexeso, domino)
- procvičování trpělivosti, soustředěnosti (společenské hry)
- rukodělné práce (tkaní, vyšívání, výroba upomínkových předmětů)
- procvičování jednoduchých matematických úkolů, psaní, čtení
- 9:40 – 10:15 - podávání svačiny, dohled a pomoc při hygieně klientů, pomoc při stravování klientů, výměna plen.
- 10:15 – 10:30 - osobní přestávka
- 10:30 – 12.15 - zájmová činnost s klienty (v úterý a v pátek doprovod k holiči)
- individuální cvičení:
Pan N. R. – vnímání hudby, cvičení u hudby, nácvik správného držení těla, procvičování řeči
Pan Š. A., B. M., S. J., M. F. –procvičování a posilování horních končetin (cvičení s míčkem, pružinou, gumou, činkami)
Pan B. V., G. L. – posilování a procvičování dolních končetin, cviky na stole na uvolnění kloubů, masáže dolních končetin, nácvik chůze

12:15 – 12:30 - oběd personálu

12:30 – 12:45 - dohled a příprava jídelny a klientů na oběd

12:45 – 13:30 - podávání oběda (dále viz bod snídaně)

13:30 – 15:15 - zájmová činnost s klienty:

- vaření a podávání kávy
- podpora klientů v udržení kontaktu se sociálním prostředím (telefonování, korespondence)
- udržování hygienických návyků, kultury stolování a vedení k soběstačnosti při stravování a hygienické péči
- zkulturňování prostředí domova klientů
- individuální pohovory s klienty
- dle počasí kombinováno a procházkami, koupáním v bazénu, perličkovou lázní atd.

15:15 – 15:30 - podávání tekutin, výměna plen

Příloha č. 4

Pracovní náplň – vedoucí pracovníků v sociálních službách ÚSP Jinošov

V souvislosti se zařazením na instruktora sociální péče, Vám stanovuji pracovní náplň dle katalogu prací (příloha k nařízení vlády č. 469/2002 Sb., ve znění nařízení vlády č. 331/2003 Sb.) – **2.8.1.7.1.**

1. Rozvíjení individuální manuální zručnosti klientů, zajišťování materiálu a pomůcek pro pracovní výcvik klientů, provádění speciálních pracovních postupů a používání nástrojů, pracovních pomůcek a různých materiálů.
2. Fixace získaných společenských a pracovních návyků, rozvíjení pracovní aktivity na oddělení i v areálu ústavu.
3. Podílet se na odpovědnosti za ztráty prádla či osobních věcí klientů.
4. Zodpovídat za udržování čistoty a pořádku na přiděleném oddělení klientů i přílehlých prostor.
5. Zodpovídat za bezpečnost klientů a ochranu zdraví klientů při pracovní činnosti.
6. Organizovat a zabezpečovat zájmovou, kulturní a sportovní činnost klientů i mimo ústav.
7. Spolupracovat se zdravotními sestrami, upozorňovat na nepříznivé změny v chování a zdravotním stavu klienta.
8. Účastnit se schůzek pro zavádění standardu kvality služeb a jejich zavádění do praxe a seznamování s nimi své podřízené.
9. Vést denní záznamy o práci a akcích na oddělení, o problémech a přáních jednotlivců a měsíčně tyto záznamy přebírat od svých podřízených, kteří je provádějí také.
10. Respektovat soukromí a důstojnost každého klienta, zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech týkajících se soukromého života klientů a provozu ústavu, získaných v souvislosti s výkonem své funkce.
11. Spolupracovat i s ostatními pracovníky ústavu a provádět další úkoly dle pokynů ředitele ústavu.

Příloha č. 5

Klienti v domácnosti chráněného bydlení vykonávají činnosti stejné jako v běžně fungující domácnosti



Příloha č. 6

Výrobky klientů z multifunkční dílny volnočasových aktivit.



Příloha č. 7

Pan J. U. při samostatné práci v dílně Axmanovi techniky modelování.

