

Možnosti aktivizačních činností v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Renata Pleváková

Bakalářská práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Renata PLEVÁKOVÁ**
Osobní číslo: **H09144**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Možnosti aktivizačních činností v domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti psychopedie a sociální práce.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum : Základní metody a aplikace. 1. Praha : Portál, s. r. o., 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

MATOUŠEK, Oldřich, et al. Sociální služby. 1. Praha : Portál, s. r. o., 2007. 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

PORTNER, Marlis. Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči. Praha : Portál, s. r. o., 2009. 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0.

SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika. 1. Praha : Grada Publishing, a. s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ, Iva. Mentální retardace. 1. Praha : Portál, s. r. o., 2000. 224 s. ISBN 978-80-7367-889-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Pavla Andrysová, Ph.D.

Ústav pedagogických věd

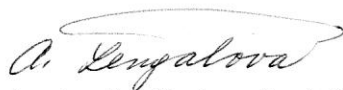
Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

4. května 2012

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012



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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 30. 4. 2012

.....


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

V bakalářské práci se věnuji aktivizačním činnostem nabízeným klientům v domovech pro osoby se zdravotním postižením. V teoretické části charakterizuji sociální službu domova pro osoby se zdravotním postižením a zabývám se aktuálními problémy provázejícími tuto službu. Navazuji obecnými možnostmi aktivizačních činností, které jsou popsány v odborné literatuře.

Cílem praktické části je zmapování aktivizačních činností v Domově pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod a návrh jejich aktualizace.

Klíčová slova: Domov pro osoby se zdravotním postižením, transformace sociálních služeb, aktivizační činnosti, individuální plánování.

ABSTRACT

The aim of this bachelor's thesis is to map the ability to provide activation activities of the homes for people with special needs.

The theoretical part describes social service of the home for people with special needs and deals with the ongoing problems related to this service. That is followed by some general forms of the activation activities which are described in specialized literature.

The goal of the practical part is to map the activation activities in the Home for people with special needs Uherský Brod and to make a suggestion for their accomplishment.

Keywords: Home for people with special needs, transformation of social services, activation activity, individual planning.

Motto:

„Nebýt ničím zaměstnán a neexistovat je pro člověk totéž“

Voltaire

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavle Andrysové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce a za čas, který mi ochotně věnovala při poskytování cenných rad.

Také děkuji mé rodině za trpělivost a podporu.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	12
1.1 STANDARDY KVALITY V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	13
1.1.1 Standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb.....	13
1.1.2 Standard č. 5: Individuální plánování sociální služby	14
1.2 POŽADAVKY NA ZAMĚSTNANCE DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	15
1.2.1 Funkce klíčového pracovníka v DZP.....	16
1.3 TRANSFORMACE DOMOVŮ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	18
2 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
2.1 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE	20
2.2 SPECIFIKA ŽIVOTA ČLOVĚKA S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	21
3 AKTIVIZACE KLIENTŮ V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	22
3.1 TERAPEUTICKÉ METODY	23
1.1 PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ KLIENTŮ DOMOVA PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	27
1.2 MOŽNOSTI AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	28
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
2 REALIZACE VÝZKUMU	31
2.1 CÍL VÝZKUMU	31
2.1.1 Dílčí cíle	32
2.1.2 Výzkumné otázky	32
2.2 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	33
2.3 DRUH VÝZKUMU	33
2.4 METODA VÝZKUMU	34
2.5 ORGANIZACE A PRŮBĚH VÝZKUMU	34
2.5.1 Popis DZP Uherský Brod	34
2.5.2 Průběh rozhovorů	36
2.5.3 Průběh pozorování	36
3 VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
3.1 SHRnutí VÝSLEDKŮ POZOROVÁNÍ	37
Shrnutí pozorování oddělení A:	37
Shrnutí pozorování oddělení B:	38
3.2 KATEGORIZACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	39
3.3 VYHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ.....	53
3.4 NÁVRH AKTUALIZACE AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ.....	55
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	59
SEZNAM PŘÍLOH	60

ÚVOD

Více než deset let pracuji v domově pro osoby se zdravotním postižením. Uživatelé této sociální služby jsou lidé s mentálním, případně kombinovaným postižením. Jejich možnosti co se týká trávení volného času, jsou omezené a většinou potřebují pomoc a podporu dalších lidí, aby svůj život dokázali uspokojivě prožít. Vytvoření dostatku možností aktivizačních činností pro klienty považuji za jeden ze zásadních úkolů pro poskytovatele této služby.

V poslední době se v souvislosti s domovy pro osoby se zdravotním postižením velmi často hovoří o transformaci. Základními principy transformace jsou humanizace, individualizace a poskytování služby v přirozeném prostředí. Proces transformace bude dle Ministerstva práce a sociálních věcí probíhat několik desetiletí. Součástí tohoto procesu je umožnit osobám se zdravotním postižením co nejsamostatnější život. Ideální formou je zřejmě chráněné bydlení. Aktivizační činnosti by tedy měly směřovat k co největší nezávislosti klienta na sociální službě a k jeho začlenění do většinové populace. Chráněné bydlení však nemusí být vhodné pro všechny klienty a myslím, že současné domovy pro osoby se zdravotním postižením mají budoucnost. Řešením do budoucna by mohla být reorganizace a přestavba současných domovů, aby služba byla poskytována co nejméně neosobně a v příjemném prostředí, které připomíná běžné domácnosti. Aktivizační činnosti mají vést ke stimulaci schopností a jejich uspořádání by mělo učinit život klientů domova pro osoby se zdravotním postižením smysluplnější.

Ve své práci se chci nejdříve zabývat obecnými pojmy, které se tohoto problému týkají a poté se zaměřit na aktivizační činnosti, které jsou v domovech uživatelům nabízeny a jaké činnosti nebo aktivity jsou klienty žádané.

Velmi důležité jsou podle mého názoru kompetence pracovníků, kteří s lidmi s mentálním postižením pracují, proto bych se ráda dotkla i tohoto tématu.

Ve výzkumné části oslovím pracovníky a klienty vybraného domova pro osoby se zdravotním postižením a budu zjišťovat, jaké možnosti aktivizačních činností klienti mají, které činnosti jim chybí a co si myslí, že by bylo možné v současné situaci zlepšit. Se závěry svého výzkumu seznámím management domova, ve kterém bude výzkum prováděn.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou pro lidi s mentálním a kombinovaným postižením. V posledním desetiletí prochází tato služba velkými změnami. Nejedná se pouze o změnu jména z ústavů sociální péče na domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale jde hlavně o změnu v přístupu ke klientům této služby. Změnami prochází jak možnosti ubytování klientů, tak i přístup osob, které v tomto zařízení pracují. Do popředí se dostává snaha o co největší zapojení obyvatel domovů pro osoby se zdravotním postižením do společenského dění.

V minulosti bylo celkem běžné, že rodiče své postižené dítě svěřili do péče státu, tedy do ústavní péče. V několika různých ústavech pak člověk s mentálním postižením prožil celý svůj život. V oblasti sebeobsluhy se někdy ani neměl možnost zdokonalovat a nezbývalo mu než se přizpůsobit podmínkám, v nichž byl nucen žít. V současnosti probíhá proces transformace sociálních služeb a lidem s postižením je poskytována pomoc v zařazení do co nejsamostatnějšího života. Přibývá míst s chráněným bydlením, kde klienti žijí individuálně či ve skupince a při zvládnutí pro ně obtížných situací využívají služeb osobní asistence. Rodiny, které se starají o svého blízkého se zdravotním postižením, mohou také využít službu asistenta, odlehčovací službu nebo denní či týdenní stacionář. Ze strany společnosti není na tyto rodiny vyvíjen tlak, aby svého člena umístili do státního pobytového zařízení, jako se tomu možná dříve dělo. Přesto všechno stále existuje mnoho lidí s postižením, pro které je vhodná právě služba poskytovaná v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pro tyto klienty bychom se měli snažit, vytvořit co nejlepší podmínky, aby mohli prožít plnohodnotný život.

Na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (<http://www.mpsv.cz/cs/9> [online]) se píše, že domov pro osoby se zdravotním postižením poskytuje pobytovou službu osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc další osoby. Tato pomoc se týká zvládnutí běžných denních situací, jako je například hygienická péče, příprava a podávání stravy a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, ale také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Klienti tuto službu platí.

Ve své práci se chci zaměřit na aktivizační činnosti v domovech pro osoby se zdravotním postižením a vše co s nimi souvisí. V následujícím textu se pokusím nahlédnout na cíle a

způsoby poskytování služeb, standardy kvality v sociálních službách, individuální plánování služby a transformaci domovů pro osoby se zdravotním postižením.

1.1 Standardy kvality v sociálních službách

Standardy kvality sociálních služeb zpracované Ministerstvem práce a sociálních věcí České Republiky, jsou souborem měřitelných kritérií definujících úroveň kvality poskytování sociálních služeb. V roce 2002 se standardy kvality staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Standardy kvality vymezují cílovou skupinu poskytované služby a definují její poslání. Ukládají poskytovatelům sociální služby povinnosti v oblasti formální, to znamená dodržovat nejrůznější postupy a písemně zpracovávat vnitřní pravidla, podle nichž zařízení funguje a povinnosti dodržovat lidská práva klientů jako i právo na jejich důstojnost a osobnostní růst.

Standardů kvality v sociálních službách je celkem 15 a dělí se na procedurální, personální a provozní. První část, tedy standardy procedurální se zaměřují na vymezení cílové skupiny, definování poslání služby, dále se zabývají jednáním se zájemcem o sociální službu, ochranou práv osob, individuálním plánováním, vedením dokumentace a možností podávání stížností. Standardy personální se zabývají personálním a organizačním zajištěním služby a ukládají zaměstnavatelům dbát na odborný růst pracovníků. Poslední skupina standardů se týká provozních záležitostí, to je místní a časové dostupnosti služby, řešení nouzových a havarijních situací a v neposlední řadě také informovanosti veřejnosti o poskytované službě. (http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf [online])

1.1.1 Standard č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb jsou obsahem standardu číslo 1. Tento standard ukládá poskytovateli povinnost definovat cílovou skupinu, poslání, cíle a zásady poskytování sociální služby. Tyto cíle a zásady by měly být zpracovány na míru osobám, kterým je služba určena. Dále ukládá povinnost zpracovat pracovní postupy, tedy metodiky, k činnostem, které pracovníci v přímé obslužné péči provádějí. Zpracování metodik se vztahuje i k aktivizačním činnostem, které zařízení svým klientům nabízí. Standard dále ukládá povinnost poskytovateli sociální služby vytvořit vlastní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, které by se mohlo vyskytnout v souvislosti s poskytováním sociální služby.

Poslání i cílovou skupinu zveřejňují jednotlivé domovy pro osoby se zdravotním postižením na svých internetových stránkách. Většinou si tato zařízení kladou za cíl vytvoření podmínek, aby klienti mohli žít svůj život, jednat na základě vlastního rozhodnutí, dále je to poskytování podpory a pomoci klientům sociální služby a dopomoc při naplňování jejich lidských práv. Tato poslání se v zásadních bodech shodují ve většině DZP. O poslání jednotlivých domovů se můžeme dočíst na jejich internetových stránkách. Cílem je například v Zeleném domě pohody v Hodoníně „nezávislý, integrovaný a plnohodnotný život dětí, mladých lidí a dospělých s mentálním a kombinovaným postižením v běžném prostředí“. Strategickým cílem DZP Velehrad je transformace stávající sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením ve službu novou a to chráněné bydlení. Cílem DZP Kunovice – Cihlářská je trvalý rozvoj osobnosti uživatelů. Cíle všech DZP směřují k co největší samostatnosti a prožití plnohodnotného života klientů.

Všechny cíle by měli být měřitelné. Měřitelnost cíle transformovat službu je zřejmá, i nezavěšený pozorovatel pozná proměnu DZP v chráněné bydlení. Cíle jako je trvalý rozvoj osobnosti klienta lze měřit prostřednictvím individuálního plánování služby a záznamů o plnění těchto plánů.

Cílovou skupinou domova pro osoby se zdravotním postižením jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Jednotlivé domovy pro osoby se zdravotním postižením konkrétně vymezují svou cílovou skupinu. Pokud zařízení není bezbariérové, pak cílovou skupinou nemohou být osoby s tělesným postižením, které potřebují bezbariérové prostředí a podobně.

1.1.2 Standard č. 5: Individuální plánování sociální služby

Jak stanovuje zákon a standardy kvality, každý poskytovatel sociální služby je povinen poskytovat službu individuálně podle potřeb a představ klienta a je také povinen tuto službu s klientem plánovat. „Profesionální je zabývat s tím, co si přeje klient“ (Úlehla, 2005, str. 66)

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, paragraf 88 jsou poskytovatelé služeb povinni: „plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování

sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.“

Individuální plánování v DZP by mělo vést k rozvoji osobnosti klienta a jeho co největší samostatnosti a nezávislosti. Individuální plán spolu s klientem sestavuje tak zvaný klíčový pracovník, to je pracovník, ke kterému má klient důvěru a který je dobře obeznámen se situací klienta.

1.2 Požadavky na zaměstnance domova pro osoby se zdravotním postižením

Zaměstnance DZP lze rozdělit na pracovníky managementu, pracovníky provozní a pracovníky v přímé obslužné péči. Management tvoří vedení DZP, pokud nahlédneme na internetové stránky některých zařízení, vedení tvoří vedoucí či ředitel, jeho zástupce, sociální pracovníci a pracovníci ekonomického úseku. Přestože kompetencí těchto pracovníků je zvládnutí vedení týmu a rozhodování v ekonomických záležitostech, je nutné, aby těmto pracovníkům nechyběla empatie. Empatie a kladný přístup k lidem je potřebný u všech pracovníků DZP a to i u těch, kteří zabezpečují provoz kuchyně, prádelny, údržbu nebo úklid. Největší skupinu zaměstnanců tvoří pracovníci v přímé obslužné péči, patří sem pracovníci sociálních služeb, vychovatelé a zdravotní personál.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém provádím výzkum, stále figuruje pozice vychovatele, přestože jsou zde služby poskytovány jen dospělým klientům. Nechci napsat, že pozice vychovatele je u dospělých klientů zbytečná, tito pracovníci zajišťují v domovech pro osoby se zdravotním postižením velkou část aktivizačních činností, například sportovní vyžití, organizaci mnoha soutěží a olympiád, kterých se mohou klienti účastnit, zajišťují také možnost vyžití v rámci muzikoterapie, ergoterapie či arteterapie a další. Tyto činnosti však mohou vykonávat i pracovníci sociálních služeb a sociální pracovníci s adekvátním vzděláním a přípravou. „V případě dospělých lidí není pojem výchova na místě.“ (Pörtner, 2009, s. 11) S touto větou bez výhrad souhlasím.

Největší skupinou pracovníků v přímé obslužné péči jsou pracovníci sociálních služeb. Pod tímto názvem se zaštiťují i pracovní instruktoři terapeutických dílen a pečovatelé, kteří podporují klienty v průběhu dne. Tito pracovníci jsou pravidelně vzděláváni, jak určuje zákon ve standardech kvality. Ve standardu číslo 10 se píše: „Poskytovatel má písemně

zpracován program profesního růstu zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.“ (http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbormik.pdf, s. 145 [online])

1.2.1 Funkce klíčového pracovníka v DZP

„Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu služby a pro hodnocení naplňování osobních cílů.“ (Vítová in Kolektiv autorů, 2011, s. 115)

Pracovník na pozici klíčového pracovníka má tuto činnost zapsanou v náplni práce a je pro ni odborně vyškolen a dále vzděláván. Pro klienta je klíčový pracovník nejen partnerem při plánování průběhu služby, ale i jakýmsi důvěrníkem. Klíčový pracovník není určen zaměstnavatelem, ale vybírá si ho klient. Je to pracovník, ke kterému má důvěru a chce s ním spolupracovat. Zaměstnanec v této pozici má právo žádat změnu klienta, pokud není možná partnerská komunikace a spolupráce.

Klíčový pracovník pomáhá klientovi formulovat jeho cíle a osobní potřeby, podporuje klienta k využití jeho vnitřních zdrojů pro dosažení vlastních cílů. Dále projednává s klientem poskytování služby, ověřuje spokojenost a potřebnost dojednané podpory, případně domlouvá jiné řešení.

Kompetence klíčového pracovníka jsou tvořeny jejich znalostmi, schopnostmi, dovednostmi a postoji. Zaměstnanci vzdělaní v oboru sociální práce, sociální pedagogika nebo speciální pedagogika mají k rozvoji těchto kompetencí výborné základy. Důležité jsou ale znalosti a dovednosti, které si zaměstnanci osvojí ve speciálních vzdělávacích programech pro klíčové pracovníky.

Pozice klíčového pracovníka předpokládá znalosti:

- Poslání a cíle poskytovatele
- Principy a způsoby plánování služby
- Cílovou skupinu uživatelů a její specifika
- Práva uživatelů a povinnosti poskytovatele

Pozice klíčového pracovníka vyžaduje schopnosti:

- Komunikační, pokud je to potřeba, znalost alternativních komunikačních technik.
- Zvládat zátěžové situace, které mohou při plánování s klientem nastat.
- Být empatický a umět pracovat v týmu.

Při individuálním plánování v domovech pro osoby se zdravotním postižením klíčový pracovníci plánují i s klienty s těžším postižením, se kterými běžná komunikace není možná. V tomto případě je možné využít alternativní a augmentativní komunikaci. V případě, že klient nekomunikuje, využívají klíčoví pracovníci následující techniky popsané Haiclem a Haiclovou v knize individuální plánování (in Kolektiv autorů, 2011, s. 154 - 155):

1. Pozorování klienta v reálné situaci. Při této metodě pracovník nevykonává aktivní činnost s klientem, ale pouze pozoruje, vnímá a uvědomuje si, nechává na sebe působit prostředí a situaci klienta. Z pozorování si dělá obrázek, jaké činnosti klient vyhledává a jaké jsou jeho potřeby.
2. Empatická fantazie. Pracovník se snaží vcítit do situace klienta. Tato metoda je dle mého názoru velmi podobná metodě předešlé.
3. Modelový rozhovor – pracovník empatik. Při této metodě pracovník, který je dobře obeznámen se situací klienta, hraje jeho roli v rozhovoru s klíčovým pracovníkem. Po skončení modelového rozhovoru oba pracovníci uvažují o situaci a potřebách klienta.
4. Imaginativní rozhovor. Je to technika, kdy si pracovník dialog s klientem představuje, tedy představuje si to, co by mu asi klient odpovídal.
5. Analýza uspokojení potřeb. Na rozdíl od technik, kdy klíčový pracovník zapojuje svou fantazii, tato metoda se opírá o rozumová uvědomění. Pracovník nastuduje z literatury seznam lidských potřeb, tento seznam pak prochází a zjišťuje, zda má klient vše potřebné a co by bylo dobré zlepšit.
6. Rozhovor s referujícími osobami a studium dokumentace. Pracovník hovoří o potřebách klienta s osobami, které ho dobře znají, a mají s ním bližší vztah.

Svá zjištění pracovník vždy konzultuje v týmu ostatních pracovníků a spolu s nimi pak stanovuje cíle, o kterých si myslí, že jsou cíli jeho klienta.

Práce všech pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením je náročná a v rámci prevence syndromu vyhoření je všem pracovníkům poskytována supervize.

1.3 Transformace domovů pro osoby se zdravotním postižením

V současnosti prochází sociální služby transformací. Cílem transformace je přetvořit stávající sociální služby na takové, které budou pro jejich uživatele co nejprospěšnější. Cílem transformace DZP je co největší začlenění uživatelů této služby do společnosti. To znamená co největší otevřenost těchto zařízení a snaha o oproštění uživatelů od závislosti na sociálních službách.

Cílem transformace, jak se můžeme dočíst na stránkách MPSV, je vytvořit takovou síť služeb, která by umožnila osobám se zdravotním postižením život v přirozeném prostředí s přesně takovou mírou podpory, jakou potřebují.

Transformace sociálních služeb vzbuzuje obavy samotných uživatelů současné sociální služby, jejich rodinných příslušníků i zaměstnanců, kteří ve stávající sociální službě pracují. Je velmi důležité, aby všechny skupiny, kterých se transformace týká, měly co nejsrozumitelnější informace o plánovaných změnách.

Proces transformace je pozvolný a je plánován na několik desítek let.

(http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf> [online])

2 ČLOVĚK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Cílovou skupinou uživatelů sociální služby DZP jsou osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc další osoby. Jak vyžadují standardy kvality, každá sociální služba má vymezenou vlastní cílovou skupinu. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují službu osobám s mentálním a kombinovaným postižením. Každý DZP má ve standardu číslo jedna přesně popsanou skupinu osob, pro které je určen a negativní vymezení osob, kterým není schopen službu zajistit.

Protože DZP poskytují službu lidem s mentálním a kombinovaným postižením, považují za důležité vymežit pojem mentální postižení, mentální retardace, její klasifikaci a specifika života lidí s mentálním postižením.

V odborné literatuře se v současnosti často setkáváme s termíny mentální retardace a mentální postižení. Autoři odborné literatury se shodují na definici, že mentální retardace je pojem, který se vztahuje k podprůměrnému intelektuálnímu fungování člověka. Toto se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování, zejména se sníženou schopností učení a nedostatečnou sociální přizpůsobivostí.

Zatímco mentální retardace je stav vrozený, popřípadě získaný brzy po narození, demence je charakterizována úbytkem již získaných rozumových schopností v důsledku nemoci či úrazu. Nejčastěji se s demencí setkáváme ve stáří v souvislosti s Alzheimerovou chorobou, může se však vyskytnout i u dítěte. Zatímco Slowík (2007, s. 111) uvádí, že demence může vzniknout u dětí po prvním roce života, Pipeková (2010, s. 290) tuto hranici posouvá až na druhý rok života dítěte. V zásadě se však jedná vždy o úbytek stávajících rozumových schopností.

Podle Slowíka (2007, s. 111) se pojem mentální postižení vztahuje spíše k symptomům tohoto handicapu, a proto je možné do něj zahrnout jak mentální retardaci, tak i demenci. Názvosloví se v této oblasti v posledních letech změnilo. „V současné době se pro označení snížených rozumových schopností nejčastěji užívá termín mentální retardace, který navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji... a na rodiče dětí působí mnohem optimističtěji než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte.“ (Švarcová, 2000, s. 25) Dále Švarcová píše, že označení mentálně retardovaný nebo mentálně postižený člověk považuje Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem za neetické a doporučuje používat slovní spojení „člověk s mentálním

postížením“. Pojem oligofrenie, známý z minulých let se v současné literatuře již nevyskytuje, případně je uveden pouze jako starý, dnes již nepoužívaný termín označující mentální retardaci. Postupem času určité pojmy dostávají pejorativní nádech, ale myslím, že více než lpění na současné terminologii, záleží na postoji člověka k člověku, v tomto případě k člověku s mentálním postižením.

2.1 Klasifikace mentální retardace

Mentální postižení lze rozdělit, jak bylo uvedeno výše, na vrozené a demenci. Další rozdělení je dle klasifikace Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů ICDH-10. Tato klasifikace rozděluje osoby s mentálním postižením dle naměřeného inteligenčního kvocientu. Jedná se o orientační klasifikaci, protože není možné na základě měření IQ přesně určit hranici mezi jednotlivými stupni mentálního postižení.

Klasifikace mentálního postižení dle Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů:

- Lehká mentální retardace (F70) IQ 50 – 79
- Středně těžká mentální retardace (F71) IQ 35 – 49
- Těžká mentální retardace (F72) IQ 20 – 34
- Hluboká mentální retardace (F73) IQ je nižší než 20
- Jiná mentální retardace (F78) Tato kategorie se používá v případě, že stanovení stupně intelektu není z nějakých příčin možné. Většinou se jedná o případy, kdy z důvodu přidružení jiného sensorického nebo somatického poškození není možné objektivně měřit inteligenční kvocient. Může se jednat o přidruženou poruchu zraku, sluchu, poruchu autistického spektra a další.
- Nespecifická mentální retardace (F79) Užívá se v případě, že je prokázána mentální retardace, ale chybí další informace, aby mohl být pacient zařazen do jiné kategorie.

Každá z kategorií dělení dle intelektových schopností je specifická svými projevy. Do běžné společnosti se mohou zařadit osoby s lehkou mentální retardací a částečně i osoby se středně těžkou mentální retardací. Myslím, že schopnost začlenit se do společnosti, závisí ve velké míře na individualitě osobnosti člověka. Jedinec s lehkou mentální retardací nemusí být vybaven osobnostními a charakterovými vlastnostmi, které mu samostatný život

ve společnosti umožní a naproti tomu člověk se středně těžkou mentální retardací se může díky svým osobnostním vlastnostem a zručnosti začlenit do společnosti vcelku dobře.

2.2 Specifika života člověka s mentálním postižením

Každý člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost. Kromě genetických dispozic a vlivu prostředí jsme formováni výchovou, lidmi v našem okolí a různými prožitky. Člověk s mentálním postižením potřebuje individuální přístup ke své osobě, protože jeho schopnost vnímání času, prostoru i sebe sama bývají omezené či jiné než u ostatní populace.

„Častokrát jsou tito lidé považováni za jakési přerostlé děti a s touto představou k nim někteří nepostižení i přistupují.“ (Vágnerová, 2004, s. 309) Mentálně postižený člověk však není dítě, není správné od něj očekávat dětský pohled na svět, dětské nadšení z nového a energii dítěte. Je dobré, dát si při setkávání s lidmi s mentálním postižením pozor na možnou infantilizaci, která se často objevuje. Nemusí to být tak, že dospělý člověk s mentálním postižením miluje dětské hračky a kreslené pohádkové postavičky, ale je možné, že mu byly tyto dětské artefakty podsouvány tak dlouho, až se s nimi identifikoval.

Slowík (2007, s. 117) popisuje hlavní problém osob s mentálním postižením jako závislost na pomoci okolí při zvládnání řešení běžných životních situací. Míra podpory je individuální a záleží nejen na míře postižení, ale také na způsobu, jakým je člověk s postižením k samostatnosti veden. Dále také uvádí, že pro osoby s mentálním postižením je charakteristická zvýšená emocionalita. Ze své praxe usuzují, že tito lidé jsou různě emocionální, ale objevuje se u nich větší spontánnost a otevřenost.

„Přes všechna omezení a různé zvláštnosti jsou lidé s mentálním postižením především lidmi, kteří mají prakticky stejné potřeby jako všichni ostatní a také právo na jejich adekvátní saturaci.“ (Slowík, 2007, s. 118)

3 AKTIVIZACE KLIENTŮ V DOMOVECH PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Na lidskou aktivitu se dá nahlédnout z více úhlů. V psychologii je její pojetí těsně spjata s pojetím člověka. Člověk je chápán jako původce aktivity sledující určitý cíl. Při plnění tohoto cíle vynakládá úsilí a je ovlivněn vnějším prostředím. V pedagogice je lidská aktivita vsazena do souvislosti s činnostmi vyžadujícími vyšší úroveň iniciativy a samostatnosti.

Aktivizace je proces, kterým jsou lidé vedeni k činorodosti. Aktivizace v domovech pro osoby se zdravotním postižením by měla vést k osvobození klienta od závislosti na službě.

„Aktivizace klienta je úžasná záležitost, zvláště pak pokud klient aktivizaci chce a vyžaduje ji.“ (Jůn, 2010, s. 87) Aby klient v domově pro osoby se zdravotním postižením o aktivaci projevil zájem, je třeba ho správně motivovat. Motivace klienta není vždy snadná a vyžaduje od pracovníků velkou dávku empatie a schopnosti porozumět světu klienta. Pokud se ani tak klienta nepodaří do aktivity vtáhnout, neměl by to pracovník vzdát, ale je dobré připustit, že klient chce nebo potřebuje více odpočinku nebo aktivitu jiného druhu.

Jůn (2010, s. 87 - 88) formuluje důvody, které mohou klienta vést k nechuti zapojit se do aktivity takto:

- Přílišná náročnost nebo naopak nenáročnost aktivity
- Aktivita se může klientu jevit jako příliš obsažná nebo naopak nudná
- Aktivita klientu nedává smysl

Dle mého názoru je vhodné vztah klienta k různým aktivitám sledovat a spolu s ním vypracovávat individuální plán, který má vést k rozvoji schopností klienta a ke zlepšení kvality jeho života. Je vhodné nabídnout klientům různé možnosti aktivit a ponechat na jeho svobodné volbě jak a zda se do nich zapojí. Pokud klient nechce dělat nic a nevyhovují mu žádné aktivity, je třeba jeho postoje a přání respektovat. Neznamená to, že pracovník bude za klienta vykonávat úkony běžné sebeobsluhy, pokud je schopen je sám zvládnout, ale znamená to, že není na místě nutit klienta do sportovních, výtvarných nebo dalších aktivit, když je vykonávat nechce.

Zvlášť obtížné je najít možné aktivizační činnosti pro osoby s těžším stupněm mentálního postižení. Činnostmi, do kterých by se mohli aktivně zapojit je málo, snazší je vyhledat činnosti s pasivním zapojením, to znamená, že aktivitu klient pouze pasivně sleduje. Tato prá-

ce je velmi náročná pro personál DZP, je těžké aktivizovat klienta, pokud je zpětná vazba minimální nebo žádná. Jak píše Jůn (2010, s. 89) při práci s klienty s těžkým a hlubokým mentálním postižením se obtížněji hledají příjemné chvíle, které může personál se svými klienty zažít. V takovýchto případech je vhodné vést pečlivé záznamy o průběhu celého dne a zapisovat aktivizační činnosti, které mají určitou pravidelnost a vytváří klientům denní režim.

Hana Vojtová se v prosincovém vydání časopisu Sociální služby (10/2011, s. 12) zabývá tématem aktivizace pro seniory. Aktivizace by měla probíhat v oblasti „vlastních, sociálních a věcných kompetencí“. Tyto tři roviny se dají aplikovat na aktivizaci obecně. Je třeba podpořit sebepojetí klientů, jejich sociální schopnosti a dovednosti týkající se sebeobsluhy a pracovního uplatnění.

Zvyšování sebepojetí může dopomoci například péče klientů o svůj zevnějšek, možnost rozhodování o svém životě, od možnosti vybrat si své oblečení až po náplň dne.

Sebeobslužné činnosti se u klientů asi nejlépe podpoří, pokud jim umožníme je vykonávat. To pro zaměstnance znamená, vyhnout se škodlivému přepečování klientů a dát jim dostatek času i prostoru, aby věci mohli udělat po svém.

Věcné kompetence jsou pak procvičovány v terapeutických dílnách nebo v průběhu dne, kupříkladu psaním dopisů svým blízkým, přípravou stolování, nácvikem komunikace alternativními formami nebo procvičováním motoriky pomocí hry. Aktivizace by měla nenásilně probíhat v průběhu celého dne a měla by ji provázet motivace. Možností je mnoho.

Pracovníci domovů pro osoby se zdravotním postižením by měli při aktivizaci využít maxima schopností klientů, s nimiž pracují a zároveň by měli mít na paměti jejich limity. Aktivizace klienty nemá přetěžovat.

3.1 Terapeutické metody

Termín terapie má řecko-latinský původ a znamená ošetřování, léčení, ale také starání se, pomáhání a cvičení.

Oldřich Müller (in Müller a kol., 2005, s. 13) definuje terapeutický přístup jako takový způsob odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, který směřuje k odstranění či zmírnění potíží, odstranění jejich příčin a směřující k jejich změně k lepšímu.

Müller (in Müller a kol., 2005, s. 13) také vymezuje pravidla, které platí obecně pro všechny druhy terapií. Je to průběh terapie v určitém čase a prostoru, pravidlo organizační formy, proměnlivost v souvislosti na osobě terapeuta a jeho koncepci terapie, přizpůsobení se osobnosti klienta, zaměření na psychické nebo somatické změny u klienta a zaměření léčivé, preventivní či rehabilitační.

Za hlavní zdroj speciálně pedagogických terapií je považována psychoterapie. Mezi terapie využívané ve speciální pedagogice patří terapie hrou, pracovní a činnostní terapie, psychomotorická terapie, expresivní terapie a terapie s přítomností zvířete.

Některým vybraným terapiím, které se využívají v domovech pro osoby se zdravotním postižením, se budu věnovat v následujících řádcích.

Arteterapie

Dle Valenty (2007, s. 29) je arteterapie léčba uměním, tedy hudbou, poezií, prózou, divadlem, tancem i výtvarným uměním. V užším slova smyslu je to léčba výtvarným uměním.

Výtvarné umění může na klienty působit jak pasivně, při prohlížení uměleckých děl, tak i aktivně, při vlastní tvorbě. Při arteterapii nejde o uměleckou hodnotu výtvorů, ale o možnost člověka vyjádřit sebe, své emoce a vnímání reality. V domovech pro osoby se zdravotním postižením se tato forma terapie často prolíná s ergoterapií což je terapie prací. Klienti mají například možnost práce v keramické dílně, kde pod vedením instruktora vytváří výrobky z keramické hlíny. Mimo manuální stránky obsahuje taková činnost i stránku uměleckou, možnost vtisknout výrobku vlastní nápad.

Arteterapii považuji za vhodný druh terapie při práci s lidmi s mentálním postižením. Ve stávajících podmínkách domovů pro osoby se zdravotním postižením si tento druh činností neklade žádné zvláštní podmínky na prostor a materiální zabezpečení. Těšit se vlastní tvorby může každý, kdo má zájem. Vhodnou motivací je výstavka takových prací na veřejném místě a vědomí, že se dílo líbí, že se jím zabýváme.

Dramaterapie

Jedna z definic popisuje dramaterapii jako „postup upravující narušenou činnost organismu dramatickými (divadelními) prostředky.“ (Valenta, 2007, s. 24)

Ve vymezení vhodné cílové skupiny pro dramaterapii Valenta (2007, s. 30) udává, že velmi vhodná je tato metoda pro osoby s mentálním postižením. Hlavními cíli dramaterapie jsou

zvyšování sociálních kompetencí jedince, zlepšení schopnosti uvolnit se, získání větší kontroly nad svými emocemi a zvládnutí více sociálních rolí a jedním z důležitých cílů je i získání schopnosti přijmout své omezení a možnosti.

V DZP Zelený dům pohody v Hodoníně, který jsem několikrát navštívila, je tato metoda využívána, a klientům přináší mnoho radosti.

Muzikoterapie

Dle Kantora (in Kantor a kol., 2009, s. 27) je muzikoterapie použitím hudby a hudebních elementů (melodie, harmonie, rytmus) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienty v procesu, který má za úkol usnadnit komunikaci, učení, pohyblivost, vztahy a sebevyjádření za účelem naplnění tělesných, emocionálních, sociálních, mentálních a kognitivních potřeb.

Muzikoterapie je klienty v domovech pro osoby se zdravotním postižením velmi kladně přijímána a je přínosem i u osob s těžším mentálním postižením. Velmi záleží na osobě muzikoterapeuta a na jeho schopnosti klienty oslovit a vtáhnout do činnosti. Ze své zkušenosti mohu napsat, že jsem se nesetkala se slyšícím klientem, který by nevnímal pozitivně hudbu a rytmus. Měla jsem možnost navštívit bubnování lidí s mentálním postižením pod vedením muzikoterapeuta a představení bylo velmi emotivní a krásné. Z účinkujících bylo patrné, že je tato forma terapie těší.

Terapie s přítomností zvířete

Müller (in Müller a kol., 2005) popisuje účinek zvířete na člověka ve více rovinách. Podle něho zvíře motivuje člověka mluvení, podněcuje jeho fantazii, poskytuje téma k hovorům i náměty k tvorbě.

Do skupiny terapií s přítomností zvířete se řadí všechny druhy terapií, kdy na klienta působí zvíře. Nejznámějšími zástupci této skupiny terapií jsou canisterapie a hipoterapie.

Canisterapie je léčebné působení psa na člověka. Působení canisterapie se děje na úrovni společenské, pes dovede klientům pozvednout náladu a jeho návštěva v DZP, je společenskou událostí. Na úrovni terapeutické, pes působí kladně při terapii osob s kombinovaným postižením. Výsledky této terapie jsou obtížně měřitelné a můžeme je vyvozovat jen podle spokojenosti klienta. Canisterapie je většinou vhodnou metodou i u osob s těžší formou postižení.

Hipoterapie je další terapií, při které na člověka působí zvíře, v tomto případě kůň. Pro člověka s postižením je většinou setkání s koněm velkým zážitkem. U tohoto druhu terapie je metodika podrobně rozpracována, kůň není jen domácím zvířetem na hraní. Hipoterapie využívá působení koně na tělesné, duševní a sociální zdraví člověka.

Ergoterapie

Ergoterapie je složeninou řeckých slov ergo, to je práce, a terapie, což označuje léčbu, jedná se tedy o pracovní terapii s cílem zapojit člověka s postižením co nejvíce do plnohodnotného života.

„Ne každá aktivita spojená se zaměstnáváním je ergoterapie. O ergoterapii se jedná v případě, je-li zaměřena na prevenci disability, zlepšení výkonu klienta/pacienta v určité oblasti, atd.“ (Dočkal in Müller a kol., 2005, s. 252)

Dočkal (in Müller a kol., 2005, s. 253) definuje cíle ergoterapie takto:

- Dosažení maximálního stupně funkčnosti v aktivitách běžného, denního života a ve volnočasových aktivitách zvolených a cílených s ohledem na individualitu člověka s postižením.
- Podporovat aktivní přístup člověka k uchování kvality života.
- Přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a spolupracovat se zaměstnavateli při vytváření pracovních příležitostí pro osoby s postižením.
- Rozvoj vědecko-výzkumné činnosti. Komunikace s veřejností laickou i odbornou a publikační činnost.

Ergoterapie se provádí na místech, kde probíhá rehabilitace, to je v nemocnicích, lůžkových i ambulantních zařízeních, v lázeňských zařízeních, psychiatrických léčebnách, v denních stacionářích a domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Není snadným úkolem najít pro klienty smysluplnou činnost, kterou budou zvládat vykonávat a dokončit. Ergoterapie v domovech pro osoby se zdravotním postižením se zaměřuje zejména na výchovu klienta k soběstačnosti, na kvalitní vyplnění volného času a celkové zlepšení kondice.

Ergoterapie v DZP probíhá formou nácviku soběstačnosti a v terapeutických dílnách, které jsou většinou součástí pobytového zařízení. Z vlastního pozorování vím, že práce v dílně přináší klientům pocit radosti z vlastního uplatnění. Je pro ně zdrojem sebevědomí a výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života. Terapeutické dílny mohou připravit klienta s lehčím stupněm postižení na pracovní uplatnění na trhu práce.

Metoda bazální stimulace a snoezelen

Jedná se o dvě metody, které se uplatňují zejména u osob s těžším stupněm mentálního postižení a u osob s kombinovaným postižením.

Bazální stimulaci v české republice začala zavádět PhDr. Karolína Friedlová, která se s touto metodou seznámila na klinikách v Rakousku a Německu.

Vítková (in Müller a kol., 2005, s. 225) vysvětluje bazální stimulaci jako nabídku podnětů všude tam, kde se člověk s těžkým postižením není schopen o jejich dostatek pro svůj vývoj postarat sám. Člověk s těžším mentálním postižením žije ve stavu extrémně redukovaného přísunu aktivit. Takovým lidem může bazální stimulace pomoci. Bazální stimulace nabízí klientům podněty somatické, vibrační a vestibulární. Zaměstnanci DZP, kteří pracují s klienty s těžším mentálním postižením, mohou být proškoleni v této metodě v rámci vzdělávacího programu pracovníků v sociálních službách.

Další metodou, kterou můžeme aktivizovat klienty s těžším postižením je snoezelen. „Snoezelen je zvláštní nabídkou k využití volného času pro nejtíže postižené lidi, kteří jen velmi málo využívají jiné aktivity...“ (Švarcová, 2000, s. 103) Umožňuje lidem, kteří nemají možnosti trávit čas jinými činnostmi, dostat se do jiného prostředí než je jejich pokoj. Jedná se vlastně o prostor zařízený tak, aby umožňoval klientům s těžkým postižením příjemné podněty. Příjemné vjemy jsou cíli již sami o sobě.

1.1 Pracovní uplatnění klientů domova pro osoby se zdravotním postižením

Pracovní uplatnění klientů považují za velmi důležité. Pracující klient získává pocit důležitosti a užitečnosti.

Hledání pracovních příležitostí na otevřeném trhu práce pro klienty je velkým úkolem pro management DZP. Je třeba, oslovit podniky v okolí a místní úřad práce, zajistit pracoviště,

kde je možný dohled, vedení a zapracování pracovníků s mentálním postižením. Krejčířová (2004, s. 41) píše, že všichni lidé mohou pracovat, pokud je jim poskytnuta správná pomoc ve správnou dobu a na správném místě. Systém chráněných dílen a chráněných pracovišť však považují za nedostatečný. Současný stav na trhu práce je složitý. Vysoká nezaměstnanost a nízká motivace zaměstnavatelů ze strany státu neusnadňují zaměstnávání lidí, kteří potřebují podporu při zaměstnání. Pokud se vhodné příležitosti pro některé klienty najdou, je to velmi přínosné pro jejich život.

1.2 Možnosti aktivizačních činností v domovech pro osoby se zdravotním postižením

Možnosti aktivizačních činností v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením jsou dle mého názoru dány hlavně dvěma základními podmínkami. Je to kvalita zaměstnanců a finanční prostředky. Tyto dvě určující složky se vzájemně prolínají. Kvalitní zaměstnanec je třeba dobře ohodnotit a finanční prostředky nezajistí kvalitní péči, pokud s nimi nebudou hospodařit dobří manažeři se schopným pracovním týmem.

Dle Dočkala (in Müller a kol., 2005, s. 267) se DZP mají snažit:

- O dosažení maximální možné míry soběstačnosti.
- Podněcovat sociální interakci.
- Návčik aktivit všedního dne.
- Zaměřovat se na návčik praktických dovedností.
- Zajistit možnost klientů pracovat v terapeutických a chráněných dílnách.
- Rozvíjet pohybové dovednosti.
- Zaměřit se v rámci předpracovní rehabilitace na možnost zaměstnání klientů.

Ve výčtu aktivizačních činností v domovech pro osoby se zdravotním postižením by neměly chybět sportovní aktivity. Může se jednat o pravidelné cvičení při hudbě, cvičení v posilovně, plavání, cyklistiku a mnohé další. Sportovní aktivity probíhají dle schopností uživatelů a možností DZP. Sportovci s mentálním postižením se mohou účastnit různých sportovních her a závodů. Tyto akce jim umožňují prožít a sdílet radost z pohybu a vlastních schopností s dalšími lidmi, často i z jiných zařízení.

Dalšími činnostmi, které aktivizují klienty DZP, jsou nejrůznější společenské akce, kterých se mohou účastnit. Jedná se o různé plesy, diskotéky a posezení pořádané buď přímo domovem, nebo společenské akce, které obyvatelé domovů mohou navštěvovat sami nebo s doprovodem. V rámci zpestření pobytu jsou pro klienty organizovány výlety a rekreační pobyty.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

2 REALIZACE VÝZKUMU

Už déle než deset let pracuji na pozici pracovníka sociálních služeb v domově pro osoby se zdravotním postižením. Dostatek možností aktivizačních činností pro klienty domova považuji za klíčový úkol tohoto zařízení. V současné době prochází sociální služby transformací a zároveň jsou podrobeny kontrolám, které se týkají standardů kvality poskytované služby. I z těchto důvodů je třeba se zaměřit na aktivizaci klientů. Jedním z cílů aktivizace je oprošťování klientů od závislosti na sociální službě. Aktivizace by tedy měla být zacílená na nácvik sebeobsluhy klientů a zvyšování jejich sociálních kompetencí. Dalším cílem aktivizace je umožnit klientům smysluplné prožití života a umožnit jim jejich seberealizaci.

Přestože ze zákona vyplývá povinnost poskytovateli služby DZP aktivizovat své klienty, neexistuje návod, podle kterého mají výchovné a aktivizační činnosti probíhat. Různorodost v koncepci aktivizace vyplývá z nejednotnosti cílových skupin, kterým je služba poskytována. Proto považuji za velmi důležité, aby měl každý domov pro osoby se zdravotním postižením vypracovanou vlastní koncepci výchovných a aktivizačních činností přesně na míru své cílové skupině.

Ve svém výzkumu se věnuji možnostem aktivizačních činností v Domově pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod. Předmětem výzkumu je výčet aktivizačních činností, které DZP klientům nabízí a rozbor zda je stávající nabídka pro klienty dostačující. Na základě zjištěných skutečností vypracuji návrh aktualizace aktivizačních činností v DZP Uherský Brod.

Pro výzkum jsem použila kvalitativní metodu polostrukturovaného rozhovoru s klienty a pracovníky. Zjištěné skutečnosti jsem doplnila o poznatky získanými pozorováním a studiem dokumentů.

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaké jsou možnosti aktivizačních činností v DZP Uherský Brod, na základě zjištěných skutečností navrhnout změnu a aktualizovat stávající aktivizační činnosti. Součástí tohoto cíle je také zmapovat erudovanost zaměstnanců v této oblasti, neboť na jejich připravenosti závisí kvalita aktivit nabízených klientům.

2.1.1 Dílčí cíle

Zjistit jaké druhy aktivizací DZP svým klientům nabízí a jaké terapeutické metody při aktivizaci uživatelů využívá.

Zjistit jak je využívána metoda aktivizace pomocí pracovních činností.

Zjistit jakou formou, v jakém čase a v jakých prostorách probíhají aktivizace klientů v DZP.

Zjistit jakým způsobem se plánují aktivizační činnosti.

Zjistit jak jsou proškoleni zaměstnanci, kteří mají aktivizaci uživatelů na starosti.

Zjistit jakými způsoby DZP zjišťuje spokojenost uživatelů s nabídkou činností.

2.1.2 Výzkumné otázky

V jakém čase a v jakých prostorách probíhají aktivizační činnosti?

Jaké druhy aktivizačních činností probíhají v DZP pravidelně.

Kdo a v jakém časovém předstihu plánuje aktivizační činnosti?

Jak probíhá, v rámci aktivizačních činností nácvik soběstačnosti?

Jaká je možnost společenského vyžití v rámci aktivizačních činností?

Jaká je možnost sportovního vyžití v rámci aktivizačních činností?

Jakým způsobem jsou využívány při aktivizačních činnostech terapeutické metody? Konkrétně terapie popsané v teoretické části (arteterapie, dramaterapie, ergoterapie, muzikoterapie, terapie se zvířaty, metoda bazální stimulace, snoezelen).

Jaké jsou v DZP terapeutické dílny?

Jakou mají klienti možnost pracovat v DZP a mimo něj?

Jak jsou proškolení zaměstnanci, kteří aktivizaci uživatelů realizují?

Pokud taková školení probíhají, jaké je jejich následné uplatnění při poskytování služby?

Jakým způsobem se zjišťuje spokojenost uživatelů s poskytovanou službou a konkrétně s možnostmi aktivního trávení času?

Mají pracovníci a klienti možnost porovnat nabídku aktivizačních činností v DZP s nabídkou v podobném zařízení?

Jaké změny se v oblasti aktivizačních činností plánují do budoucna?

2.2 Výzkumný vzorek

Při výběru výzkumného vzorku, jsem použila metodu záměrného výběru. Abych využila koncept triangulace zdrojů dat, zvolila jsem si dva výzkumné soubory. Možnosti aktivizačních činností chci zkoumat z pohledu pracovníků, tedy těch kdo je připravují i klientů, pro které jsou určeny.

První výzkumný soubor tvoří čtyři pracovníci DZP. Aby pohled na tuto problematiku byl co nejucelenější, vybrala jsem z tohoto souboru výzkumný vzorek tak, aby každý z respondentů pracoval na jiném oddělení. Dalšími kritérii při výběru byla v první řadě ochota pracovníků podílet se na výzkumu, dále délka praxe alespoň jeden rok a znalost plánování aktivizačních činností.

Druhým výzkumným souborem jsou klienti DZP Uherský Brod. Při výběru výzkumného vzorku jsem přihlížela ke komunikačním schopnostem klientů, za pomoci pracovníků jsem vybrala čtyři klienty. Jedná se o dva muže a dvě ženy s různými zájmy a schopnostmi. Každý klient je opět z jiného oddělení, aby získané informace byly co nejširší.

2.3 Druh výzkumu

Pro výzkum jsem vybrala kvalitativní metodu a to polostrukturovaný rozhovor. Vzhledem tomu, že ve výzkumu se zabývám aktivizačními činnostmi v konkrétním DZP, pro kvantitativní výzkum bych nezískala dostatek respondentů. Kvalitativní metoda umožní nahlédnout hluboko pod povrch problému.

Budu se snažit zjistit, jakými aktivizačními činnostmi se klienti DZP Uherský Brod zabývají a jaké další možnosti v této oblasti jsou. Protože toto zařízení dobře znám, nebude problém provést zde zúčastněné pozorování. Součástí výzkumu bude i studium dostupných dokumentů.

2.4 Metoda výzkumu

„U kvalitativního výzkumu se používají zejména 3 typy dat: data z rozhovorů, data z pozorování a data z dokumentů. Pracuje se tedy se slovy a textem.“ (Švaříček in Švaříček, Šedřová, 2007, s. 15) Abych na problém nahlédla z více perspektiv, rozhodla jsem se pro triangulaci metod. Ve výzkumu použiji metodu polostrukturovaný rozhovor a zúčastněné pozorování. Vše doplním studiem dostupné dokumentace.

Dle mého názoru, je rozhovor nejvhodnější metodou, jak získat pro můj výzkum co nejhodnotnější informace. Polostrukturovaný rozhovor vychází z předem připravených otázek a témat.

„Zúčastněné pozorování znamená takový druh pozorování, kdy sledujeme studované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají. Toto pozorování se nazývá zúčastněné proto, že dochází k interakci mezi výzkumníkem a pozorovanými účastníky výzkumu.“ (Švaříček in Švaříček, Šedřová, 2007, s. 144). V mém případě se bude jednat o zúčastněné, systematické pozorování, zaměřené na činnosti, jimiž se klienti v DZP zabývají.

Součástí výzkumu bude i studium dostupných dokumentů. „Analýza dokumentů patří k standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. Dokumenty – všechno napsané nebo prostě zaznamenané – mohou být podrobeny analýze z různých hledisek. V dokumentech se projevují osobní nebo skupinové vědomé nebo nevědomé postoje, hodnoty a ideje. Dokumenty jsou knihy, novinové články, záznamy projevů funkcionářů, deníky, plakáty, obrazy. Za dokumenty se však mohou obecně považovat veškeré stopy lidské existence.“ (Hendl, 2005, s. 132) Studium dokumentů využiji zejména při popisu a charakteristice DZP Uherský Brod.

2.5 Organizace a průběh výzkumu

Výzkum proběhl po domluvě s vedoucím Domova pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod.

2.5.1 Popis DZP Uherský Brod

Zřizovatelem Domova pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod je Krajský úřad Zlínského kraje a poskytovatelem sociální služby je příspěvková organizace Sociální služ-

by Uherské Hradiště. DZP Uherský Brod poskytuje službu domov pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionář. Celková kapacita zařízení je 64 klientů.

Služby poskytované klientům se realizují na základě písemné smlouvy o poskytnutí sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb.

Na internetových stránkách DZP Uherský Brod (<http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-uhersky-brod/zakladni-informace>) se můžeme dočíst, že aktivizační činnosti klientů na jednotlivých odděleních probíhají podle individuálních plánů, které sestavují s klienty jejich klíčoví pracovníci. Klienti se podle stupně svého postižení zaměřují na upevňování, zdokonalování a získávání dovedností a návyků v péči o svou osobu. Všichni obyvatelé domova mají možnost pobývat na přilehlé zahradě, účastnit se vycházek, využívat tělocvičnu a saunu, které jsou v areálu domova. Dle zájmu se mohou klienti účastnit akcí pořádaných domovem. Jedná se o diskotéky, společenské odpoledne s tancem a sportovní dny. Klienti mají dále možnost účasti na společenských akcích mimo domov dle aktuální nabídky regionu. Samozřejmě jsou ozdravné a rekreační pobyty tuzemské i zahraniční.

V domově je zajištěna pracovní terapie. Klienti mají možnost terapie v keramické dílně s vypalovací pecí a hrnčířským kruhem, dále v tkalcovské dílně s tkalcovským stavem a rámcovými stavy a v šicí a vyšívací dílně. Výrobky z těchto terapií se objevují během roku na prodejních výstavách v rámci regionu a peníze jsou použity k nákupu dalšího materiálu potřebného k chodu dílen.

Uživatelé mají možnost naplánovat si dny podle svých potřeb.

Cílovou skupinou zařízení jsou osoby s lehkým a středním stupněm mentálního postižení a v omezené míře osoby s postižením kombinovaným. Věkové vymezení klientů je 7 – 64 let. V současné době mají nejmladší obyvatelé DZP 18 let a zřizovatel uvažuje o posunutí spodní věkové hranice na 18 let.

Domov obývá celkem 65 klientů, kteří jsou rozděleni do čtyř oddělení. Dvě oddělení jsou smíšená, muži a ženy a dvě oddělení obývají pouze muži. Přestože v cílové skupině je uvedeno, že zařízení má sloužit osobám s lehčím a středním mentálním postižením, mezi obyvateli je i 6 klientů s těžším postižením.

2.5.2 Průběh rozhovorů

Data z rozhovorů jsem sesbírala v průběhu posledního únorového týdne. Rozhory jsem dělala střídavě s klienty a s pracovníky, abych mohla zjištěné skutečnosti aplikovat do následujících rozhovorů. Původně jsem zamýšlela nahrát všechny rozhovory na záznamové zařízení, ale pracovníci DZP to považovali za rušivé. Při rozhovorech s pracovníky jsem zjištěné údaje zaznamenávala zapisováním na papír a pak je pro větší přehlednost přepsala. Všichni dotazovaní klienti souhlasili se zvukovým záznamem rozhovoru, pořízený záznam jsem pak přenesla do psané podoby.

Rozhovory se zaměstnanci trvaly delší dobu. Nejkratší 35 minut a nejdelší 50 minut. Při rozhorech mi velmi pomohla dobrá znalost prostředí, kterého se výzkum týkal. Se všemi dotazovanými se znám už delší dobu, proto nebylo těžké navodit při rozhovoru přátelskou atmosféru. Rozhovory neprobíhaly přímo na oddělení, ale kvůli zabezpečení soukromí a klidu, proběhly v návštěvní místnosti DZP.

Rozhory s klienty byly mnohem kratší, každý z nich trval kolem deseti minut. Kvůli srozumitelnosti, jsem volila častěji konkrétnější a uzavřené otázky.

2.5.3 Průběh pozorování

Při pozorování jsem se zaměřila na sledování probíhajících činností v DZP v dopoledním a odpoledním bloku a spokojenost klientů s nabízenými aktivitami. Průběh pozorování jsem zapisovala do záznamového archu., který jsem si vytvořila. Mezi sledované kategorie patřily prostor a délka činnosti, počet klientů, kteří se činnosti věnovali a popis samotné činnosti včetně spokojenosti klientů s aktivitou.

Pozorování proběhlo v prvním a druhém březnovém týdnu od pondělí do pátku, vždy dopoledne od 8:30 do 11:15 a odpoledne od 13:30 do 17:00 hodin. Tento čas jsem vybrala záměrně, protože je to čas, kdy jsou klientům aktivizační činnosti nabízeny podle vypracovaných Plánů aktivizačních činností. První týden jsem provedla pozorování na oddělení, které obývají klienti se středně těžkým postižením, druhý týden pak na oddělení s klienty s lehčím mentálním postižením. Výsledky jsem popsala v podkapitole „Shrnutí výsledků pozorování“ a využila při kategorizaci výsledků výzkumu.

3 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Při vyhodnocení výsledků výzkumu jsem se nejprve věnovala zpracování rozhovorů. Kvůli zpětné vazbě jsem se snažila získat informace jak od zaměstnanců, kteří aktivizační činnosti připravují, tak i od klientů, pro které jsou činnosti připravovány. Rozhovory s klienty byly náročné a informací, které jsem od nich získala, není mnoho. V tomto případě by mi pomohl předvýzkum, který jsem, bohužel, neprováděla. Je to pro mě cenná zkušenost do budoucna.

Po transkripci dat jsem si vše znovu několikrát přečetla, v textu jsem hledala společné znaky a odpovědi na otázky, které jsem si před výzkumem položila. Text jsem rozbila do menších sekvencí a ty jsem pak znovu složila dle trsů, které jsem sekvencím přiřadila. Trsy jsem seskupila do 14 kategorií, jejichž popis bude výstupem výzkumu. Při značení tematických celků jsem použila barvy, pozdější přiřazování do kategorií pak bylo přehlednější.

Informace získané v průběhu rozhovorů jsem využila při pozorování, které jsem potom realizovala. Při pozorování jsem se zaměřila na konkrétní kategorie, jejichž popis jsem zaznamenala do záznamových archů.

Při kategorizaci výsledků výzkumu jsem se snažila využít jak informace získané při rozhovorech, tak i skutečnosti zjištěné při pozorování.

3.1 Shrnutí výsledků pozorování

Shrnutí pozorování oddělení A:

Charakteristika oddělení A: Oddělení obývá 16 mužů a žen s lehkým stupněm mentálního postižení, ve dvou případech s přidruženou vadou sluchu. Komunikace s klienty je bezproblémová. U klientů s vadou sluchu probíhá komunikace s dopomocí posunků, nejedná se o znakový jazyk, ale o zavedené posunky, které klienti používají.

Dopolední blok činností: V průběhu dopoledne klienti navštěvují terapeutickou dílnu (3x týdně). Dvě klientky pravidelně vypomáhají v kuchyni a prádelně. V případě potřeby někteří muži pomáhají při údržbě areálu DZP. Další dva klienti během dopoledne tráví čas na recepci, kde ohlašují návštěvníky a udržují pořádek u vchodu do zařízení. Ve dvou dnech, kdy není terapeutická dílna k dispozici tomuto oddělení, bývají realizovány výlety, ná-

vštevny divadel, různě zaměřená tvůrčí činnost v denní místnosti oddělení nebo sportovní aktivity a vycházky.

Odpolední blok činností: Odpoledne bývá méně organizované a dává klientům prostor k vlastní zájmové činnosti. Většinou klienti alespoň jednou týdně navštíví plavecký bazén nebo posilovnu, v zimním období saunu. Asi jednou za 14 dní mají klienti možnost navštívit filmové představení v kině. Neznamená to však, že jindy to není možné. Pokud klienti projeví zájem a je to v možnostech personálu, snaží se jim vyhovět. V odpoledních hodinách má možnost odejít asi polovina klientů z tohoto oddělení na samostatnou vycházku.

Dle mého názoru, jsou činnosti na oddělení různorodé. Klienti se nepohybují jen v prostorách oddělení, to je denní místnost, jídelna a pokoje, ale zejména dopoledne se věnují pravidelným činnostem v dílně, prádelně, kuchyni a recepci. Toto uspořádání, které nepostrádá určitý režim a pravidelnost, považuji za dobré. Z mého pozorování vyplývá, že obyvatelé tohoto oddělení jsou s činnostmi spokojeni.

Shrnutí pozorování oddělení B:

Charakteristika oddělení B: Oddělení obývá 15 mužů se středním stupněm mentálního postižení, v jednom případě s přidruženou vadou sluchu a ve dvou případech se zrakovou vadou. Komunikace s klienty je různá. Pracovníci využívají principy alternativní a augmentativní komunikace. Při komunikaci je třeba velká míra empatie a vcítění se do světa klienta.

Dopolední blok činností: Klienti tohoto oddělení navštěvují terapeutickou dílnu pouze jedenkrát týdně a to v pátek. Do dílny dochází pravidelně tři klienti, ostatní nemají o řízené ruční práce zájem. V průběhu dopoledne klienti pomáhají pracovnícím třídít a ukládat prádlo z prádelny do šatních skříní, této činnosti se věnuje jen několik klientů. Dopoledne většinou jedna z pracovníc vyvíjí činnost spojenou s výzdobou oddělení, to je střihání papírových dekorací, jejich lepení a dobarvování, těchto aktivit se klienti účastní jen krátce a brzy o ně ztrácejí zájem. V pěkném počasí je klientům dopoledne nabídnuta možnost jít na vycházku nebo na zahradu areálu. Klienti, kteří se momentálně do činností nezapojují, mají možnost trávit čas ve svém pokoji nebo v denní místnosti oddělení, kde mohou poslouchat hudbu nebo sledovat televizi.

Odpolední blok činností: Pravidelnou a oblíbenou odpolední aktivitou je příprava kávy. Této činnosti se účastní většinou všichni klienti. S pomocí pracovnice připravují kávu a pak společně u kávy probírají aktuální události. V odpoledních hodinách je pak klientům opět nabídnuta vycházka nebo pobyt na zahradě. Alternativou ve špatném počasí je posilovna nebo tělocvična. Klienti, kteří nemají zájem zapojit se do nabízených činností, sledují televizi nebo poslouchají hudbu.

Dle mého názoru činnosti klientů na tomto oddělení postrádají pravidelnost a mnozí z obyvatel tohoto oddělení tráví svůj čas pouze v areálu oddělení. Je jistě velmi náročné připravit aktivity pro klienty se středně těžkým mentálním postižením, ale je třeba se o to pokoušet. Myslím, že by bylo možné zřídit další terapeutickou dílnu, která by nekladla takový důraz na výsledek činnosti a umožnila klientům tohoto oddělení změnit prostředí.

3.2 Kategorizace výsledků výzkumu

Po prostudování metodologie zpracování kvalitativního výzkumu, jsem se při zpracování rozhovorů rozhodla pro metodu vytváření trsů. „Metoda vytváření trsu slouží obvykle k tomu, abychom seskupili a konceptualizovali určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevu, místa, případu atd. Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného přeryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. Společným znakem takového trsu může být např. tematický přeryv, tj. když vyhledáváme ve výrocih osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu.“ (Mioviský, 2006, s. 221)

Významovým celkům jsem následně přiřadila jednotlivé kategorie, které popisují v této kapitole.

Kategorie 1: Aktivizace v čase a prostoru

Kategorie 2: Plánování aktivizačních činností

Kategorie 3: Aktivizace – nácvik soběstačnosti

Kategorie 4: Sportovní aktivity

Kategorie 5: Společenské aktivity

Kategorie 6: Terapeutické metody

Kategorie 7: Možnost pracovního uplatnění klientů

Kategorie 8: Možnost vzdělávání klientů

Kategorie 9: Rekreace a výlety

Kategorie 10: Erudovanost zaměstnanců

Kategorie 11: Zvyšování kompetencí zaměstnanců v oblasti nabídky aktivizačních činností pro klienty

Kategorie 12: Spokojenost klientů s nabídkou aktivizačních činností

Kategorie 13: Možnost srovnání s jiným DZP

Kategorie 14: Plány v oblasti aktivizačních činností do budoucna

Kategorie 1: **Aktivizace v čase a prostoru**

Tato kategorie odpovídá na výzkumné otázky, v jakém čase a v jakých prostorách probíhají aktivizační činnosti, a které činnosti probíhají pravidelně.

Dle pracovníků DZP je aktivizace klientů soustavná a probíhá celý den. Aktivizace vyplývá z běžného denního režimu a jedná se například o podporu při úklidu ložnic, nácvik rituálů osobní hygieny, pomoc při přípravě a úklidu jídelny.

„Aktivizace uživatelů probíhá celodenně, podle zájmů, přání, potřeb a hlavně podle možností a personálního zabezpečení služeb. Prostor pro aktivizaci není omezený.“

(Pracovník 4)

Co se týká činností, které jsou klientům nabízeny mimo aktivity spojené s chodem domácnosti a sebeobslužnými činnostmi, jsou aktivizační činnosti plánovány v dopoledním a odpoledním bloku. Aktivizační činnosti probíhají v prostorách DZP nebo podle aktuálních možností i mimo zařízení.

„Dopoledne tři dny v týdnu klienti pracují v terapeutické dílně. A aktivizace probíhá i v prostorách mimo DZP, v létě chodíme na koupaliště a na výšlapy. Když to počasí dovolí, chodíme na atletický stadion, na plavecký bazén a za kulturními akcemi.“

(Pracovník 3)

„Dopolední aktivizace bývá spíše řízená, odpoledne dáváme klientům prostor pro jejich zájmy, odpoledne probíhají spíš volnočasové aktivity.“

(Pracovník 2)

Na dotaz ohledně pravidelnosti aktivizačních činností jsem byla odkázána na plán aktivizačních činností, který bude rozebrán v následující kategorii. Z odpovědí respondentů vyplývá, že mimo pravidelné činnosti, které vyplývají z běžného dne, klienti dochází pravidelně pouze do terapeutické dílny, kde mají rozepsány dny, ve kterých je pro ně dílna k dispozici.

Z pozorování vyplývá, že pestré aktivizační činnosti jsou zaměřeny především na klienty s lehčím stupněm postižení. Tito klienti mají pravidelnější zejména dopolední aktivity a častěji docházejí do terapeutické dílny. Klienti s těžším stupněm postižení tráví čas převážně v prostorách oddělení.

Kategorie 2: Plánování aktivizačních činností

Tato kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, kdo a v jakém časovém předstihu plánuje aktivizační činnosti.

Každé oddělení zpracovává celoroční plán aktivizačních činností, o který se pak opírá týdenní plán, který je rovněž vypracován pro každé oddělení. Plány sestavují asi s týdenním předstihem pracovníci oddělení spolu s klienty. Na plánování aktivizačních činností má DZP vypracovanu metodiku, kterou jsem zařadila do přílohy bakalářské práce. Plán aktivizačních činností není nutno dodržet, činnosti se mohou měnit, podle aktuálního zájmu a rozpoložení klientů.

„Plánování různých aktivit probíhá dle zájmu uživatelů.... Plánujeme i činnost v dílně, tam už máme vytipované, kdo zvládá jakou činnost a občas zkoušíme nějaké nové.“

(Pracovník 3)

„Konkrétní činnosti jsou zaznamenány v Týdenních aktivizačních plánech. Jejich dodržování není striktní. Slouží jako doporučení uživatelům, kteří mají s plánováním volného programu problém.“

(Pracovník 1)

Celoroční i týdenní plány aktivizačních činností schvaluje koordinátor aktivizačních plánů. Z rozhovorů s klienty vyplynulo, že si uvědomují možnost ovlivnit skladbu týdenního plánu. Dotaz zněl, zda mají možnost ovlivnit, co se bude dělat.

„Ano, to máme. Máme napsané na nástěnce, co budeme dělat a můžeme se domluvit.“

(Klient 1)

Plánování aktivizačních činností probíhá i formou Individuálního plánu podpory. Každý klient má svého klíčového pracovníka z řad zaměstnanců a spolu s ním si stanovuje krátkodobí a dlouhodobý cíl, který má vést k jeho rozvoji. Na otázku, za kým jdete se svými návrhy, se mi dostala tato odpověď:

„Chodím za mojí klíčovým pracovníkem.“

(Klient 1)

Pokud má klient zájem zapojit se do činností, které organizuje jiné oddělení, má možnost. To znamená, že pokud klient rád plave, ale oddělení, ke kterému patří, na plavecký bazén nechodí, může se domluvit s pracovníkem jiného oddělení, které na bazén chodí. Když jsem se klienta, který prohlásil, že rád a dobře plave, ptala, jestli chodí na plavecký bazén, odpověděl:

„Někdy jdu s jiným oddělením, tady málo.“

(Klient 4)

U některých sportovních aktivit mohou pracovníci dohlížet na omezený počet klientů, aby byla zajištěna jejich bezpečnost, proto není možné, aby bylo klientovi vždy vyhověno.

Kategorie 3: **Aktivizace – nácvik soběstačnosti**

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jak probíhá v rámci aktivizačních činností nácvik soběstačnosti.

Do této kategorie patří nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu. V DZP se zaměřují na nácvik obsluhy běžných elektrospotřebičů, nácvik nakupování, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům a nácvik samostatného pohybu mimo areál DZP.

U klientů s těžším postižením se nácvik týká oblékání svlékání, péče o vlastní věci, vždy je přihlíženo k možnostem a schopnostem klientů.

*„Nácvik jednotlivých úkonů nevede ani tak k osamostatňování uživatele, u některých je v pokročilém věku dost pozdě s nácvikem, jak k prohlubování jejich trápení a trápení a se-
lhání trpělivosti obslužného personálu.“*

(Pracovník 1)

Snaha o nácvik sebeobsluhy není vždy efektivní a je na zvážení personálu, co je v silách a možnostech klienta.

V DZP jsou klienti ubytováni většinou na dvoulůžkových pokojích a z jejich reakcí lze vy-
pozorovat, že svůj pokoj a věci v něm mají rádi. Dle možností se podílejí na úklidu a
zútulňování pokoje.

*„Někteří z nich jsou pořádní a mají rádi své věci v pořádku a kolem sebe čisto, ti potom
ani žádnou zvláštní podporu nepotřebují. No a pak jsou zase někteří nepořádní, mají třeba
tendenci hromadit zbytečnosti, staré letáky, krabičky a podobně. Je třeba na ně dohlížet,
aby jejich nepořádkem netrpěl ten další na pokoji, a aby byla dodržena hygiena.“*

(Pracovník 3)

Klienti na dotaz zda se starají o své věci, shodně odpověděli kladně. Rovněž souhlasili
s tím, že pomáhají při třídění prádla a sami ho ukládají do skříní. Všichni klienti i pracov-
níci se při zjišťování jaké aktivizační činnosti nabízí DZP, v rámci nácviku soběstačnosti,
zmínili o nácviku vaření. Z reakcí klientů je zřejmé, že tato činnost je mezi nimi oblíbená.

„Ano, to mě baví, včera jsme dělali pudink.“

(Klient 2)

*„Dělali jsme s Románkem dort z piškotů. Skládala jsem piškoty do formy a dávala jsem
tam ananas. Byla to dobrá práce.“*

(Klient 1)

„Chtěl bych péct banánový dort. Máme to naplánované s Andrejkou.“

(Klient 4)

Kategorie 4: Sportovní aktivity

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jaká je možnost sportovního vyžití v DZP.

Klienti DZP Uherský Brod se mohou pyšnit mnoha trofejemi z různých sportovních soutěží. Pohyb je nedílnou součástí zdravého životního stylu a je vidět, že v tomto zařízení je na sportovní vyžití klientů kladen důraz.

„Chodíme do posilovny nebo tělocvičny, podle toho kam klienti chtějí, bývá to asi 1x za týden... Chodíme na plavecký bazén, většinou 2x za měsíc... Na atletiku trénujeme na atletickém stadionu Lapač.“

(Pracovník 3)

„Uživatelé jsou dle sportovních výkonů zapojováni do nejrůznějších sportovních akcí – typu Olympiády – plavání Hodonín – atletika Olomouc...“

(Pracovník 1)

Uživatelé mají v našem zařízení k dispozici venkovní hřiště v areálu tělocvičny a rehabilitační místnost, tady provozují uživatelé kondiční cvičení s náradím.“

(Pracovník 4)

Pokud to počasí dovoluje, je klientům denně nabízena kondiční vycházka. V letním období je klientům nabídnuto několik méně náročných cyklovýletů. Ty se vztahují pouze na klienty, kteří vlastní kolo.

Na otázku zda sportují, klienti uvádějí:

„Minulý týden jsem byl bruslit. Umím dobře plavat. Vyhrával jsem medaile. Byl jsem plavat v Americe a měl jsem druhé místo.“

(Klient 4)

„Dřív jsem jezdil na běžkách, v zimě, ale zlomil jsem si nohu a teď už nemůžu.“

(Klient 3)

„Teď chci dělat nový sport. Závody v plavání v Hodoníně a ve Zlíně. Jsem zvědavá, jestli se mi to podaří.“

(Klient 1)

Pro sportovní aktivity, jak vyplývá z rozhovorů, jsou v DZP vytvořeny velmi dobré podmínky. I klienti, kteří se neúčastní sportovních soutěží, mají možnost využít zdejší posilovnu a tělocvičnu. Běžné jsou turistické vycházky, které se přizpůsobují možnostem klientů.

Každodenní nabízení vycházek nebo alespoň pohybu po areálu zahrady vyplývá i z výsledků pozorování. Pracovníci se snaží motivovat k pohybovým aktivitám všechny klienty.

Kategorie 5: **Společenské aktivity**

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jaká je možnost společenského vyžití v DZP.

Společenské aktivity patří mezi činnosti, které postrádají pravidelnost. Jedná se o návštěvu akcí podle aktuální nabídky regionu.

„Podpora kontaktu se společenským prostředím probíhá tak, že realizujeme výlety, společenské akce, exkurze, výstavy, kino...“

(Pracovník 4)

„Jezdíme do divadla, chodíme do kina. Do divadla podle aktuální nabídky 2x nebo 3x za půl roku, do kina častěji... jezdíme například na návštěvu do jiného zařízení, aby měli možnost setkat se se svými sourozenci a dalšími příbuznými.“

(Pracovník 3)

Jdeme se podívat, když mají Den otevřených dveří někde v DZP, loni jsme byli na dni otevřených dveří v novém denním stacionáři tady v Brodě a v občanském sdružení Luisa, které pomáhá psychicky nemocným lidem.“

(Pracovník 2)

DZP občas pořádá pro své klienty i pro návštěvníky diskotéky, bály nebo odpoledne s hudbou v místní tělocvičně. Tyto akce jsou klienty oblíbené a mohou se jich účastnit i ti, kteří z nějakého důvodu nemohou jezdit na akce mimo zařízení.

„Ten bál se mně líbil, chtěl bych takové častěji.“

(Klient 4)

„...ted' tady byl Valentýnský bál a byl velice pěkný a byl aj pro jiné domovy a pracovnice tu tančily, bylo to perfektní.“

(Klient 1)

Kategorie 6: **Terapeutické metody**

Tato kategorie zodpovídá na výzkumnou otázku, jaké terapeutické metody jsou při aktivizaci klientů využívány a jaké terapeutické dílny mohou klienti navštěvovat.

Jedinou pravidelně využívanou terapeutickou metodou je ergoterapie. V DZP je zaměstnána jedna instruktorka, která řídí provoz terapeutické dílny. Vzhledem k tomu, že terapeutická dílna je na zařízení pouze jedna, navštěvují ji klienti dle rozpisu, který je vypracován tak, aby ji mohli využít klienti všech oddělení. Ostatní terapie jsou provozovány pouze v rámci oddělení.

Z pozorování vyplývá, že pouze klienti jednoho oddělení mají možnost navštěvovat dílnu 3x týdně, zbývající oddělení tuto možnost mají jenom jednou týdně. Klienti oddělení, kteří docházejí do dílny častěji, jsou s četností této terapie spokojeni. Naopak klienti, kteří do dílny chodí jen jednou týdně, shodně uvedli, že by chtěli chodit častěji. Činnosti související s chodem zařízení, to znamená pomoc v prádelně, kuchyni nebo při údržbě, se týkají jen malé skupinky klientů.

„Samozřejmě je pro nás ergoterapie. Klienti mohou pracovat u nás v dílně, na poličku, ve skleníku, pomocné činnosti v kuchyni a v prádelně.“

„Muzikoterapie probíhá v rámci relaxačního cvičení a poslechu.“

(Pracovník 2)

„V areálu DZP máme pouze ergoterapeutickou dílnu, jiné druhy terapií probíhají jen laicky a jenom v rámci oddělení.“

(Pracovník 3)

„Uživatelé našich služeb využívají terapeutickou dílnu se zaměřením na keramiku a ručně dělné práce... Na našem oddělení využívají dílnu jen jednou za týden.“

(Pracovník 4)

Striktně zaměřených prostorů, sloužících jako konkrétní terapeutické dílny je v našem zařízení omezeně... Uživatelé však mohou podstupovat konkrétně zaměřené aktivity v běžných prostorách zařízení.“

(Pracovník 1)

Dva z dotázaných pracovníků nepovažuje za smysluplné zřízení snoezolenu v DZP a dva pracovníci by jeho zřízení uvítali.

„Myslím si, že naše cílová skupina by konkrétně o tento druh aktivizace zájem neměla.

(Pracovník 1)

„...skladba uživatelů se může probíhajícím transformačním procesem hodně změnit... v DZP zůstanou uživatelé s vyšší mírou podpory, s nutnou pomocí jiné fyzické osoby...snoezelen je řešením u uživatelů se středním a těžkým mentálním postižením.“

(Pracovník 4)

Kategorie 7: Možnost pracovního uplatnění klientů

Tato kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jakou mají klienti možnost pracovního uplatnění v DZP i mimo něj.

Otázky týkající se pracovního uplatnění klientů jsem do rozhovorů zahrnula proto, že práci považuji za důležitý prvek při aktivizaci klientů. Pracovní uplatnění může, dle mého názoru, dát klientovu životu smysl. Ne každý klient se může uplatnit na současném trhu práce, ale DZP by mělo vyvinout snahu takovou aktivizaci umožnit těm, kteří se uplatnit mohou.

Přestože je cílovou skupinou tohoto zařízení člověk s lehkým a středním stupněm mentálního postižení, nikdo z klientů v současnosti nemá pravidelnou práci. Vyhledávat pracovní příležitosti pro klienty je v kompetenci sociální pracovnice.

„ V okolí našeho zařízení nejsou žádné chráněné dílny a na běžných pracovištích nejsou vhodné podmínky pro práci našich klientů.“

(Pracovník 3)

„Uživatelé mají velké problémy s pravidelností, ranním vstáváním a zodpovědností. MUSELO by se jednat o stereotypní činnosti...Uvnitř DZP někteří pomáhají v kuchyni, prádelně nebo při údržbě. Všechny činnosti musí dělat pod dohledem zodpovědné osoby.“

(Pracovník 1)

„Zájem uživatelů o práci v našem zařízení je malý. Pokud jsou správným způsobem motivováni, finance, sladkosti, káva, stává se pro ně práce přijatelnou náplní dne.“

„Do místní firmy na výrobu svíček dochází uživatelé velmi rádi, dostávají za tuto práci peníze a to je pro ně velký motivační faktor.“

(Pracovník 4)

Práce, o které se pracovnice 4 zmiňuje, je ošetřena smlouvou o provedení práce. Týká se pěti klientů a je nárazová. Většinou se jedná o práci před Vánoce a Velikonocemi.

Všichni klienti, kterých jsem se dotázala, zda by chtěli pracovat, tvrdí, že by tuto možnost uvítali. Pouze klient 2 si uvědomuje svůj pohybový handicap a chtěl by pracovat v areálu zařízení.

„Já nemůžu, protože špatně chodím. Byl jsem rád, když jsme mohli třídít plasty... Z někam dovezli dodávkou plasty s papírem a třídili jsme zvlášť papír a zvlášť plast.“

(Klient 2)

Kategorie 8: **Vzdělávací aktivity**

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jaké možnosti vzdělávání mají klienti DZP.

Do vzdělávacích aktivit by se dalo zahrnout i procvičování stávajících dovedností. Klienti pod vedením pracovníků například procvičují trivium. Jsou vybízeni, aby si sami přečetli na jídelníčku, co bude k obědu nebo kdo má službu při úklidu jídelny. Toto se týká jen těch, kteří tuto dovednost zvládají.

Možnost vzdělávání v kurzu zaměřeném například na praktické činnosti nebo dovednosti, klienti nemají. Pracovníci na toto téma nechtěli hovořit.

Klient 4 na dotaz, zda by se chtěl dále vzdělávat, odpověděl, že by chtěl docházet na policejní akademii, klient 3 by se chtěl vyučit barmanem, klient 1 nedokázal odpovědět. Přání klienta 2 považuji, na rozdíl od ostatních, za reálné:

„Do kurzu o počítačích a internetu bych chtěl chodit, to mě baví.“

(Klient 2)

Kategorie 9: Výlety a rekreační pobyty

Kategorie odpovídá na několik výzkumných otázek současně. Výlety a rekreace jsou velmi oblíbenou aktivitou, do které se klienti rádi zapojují. Je to aktivita, která rozvíjí soběstačnost klientů, jejich společenské dovednosti a může mít i sportovní nebo vzdělávací charakter.

Klienti mají možnost domluvit si se zaměstnanci výlet na místo, které by rádi viděli, případně je jim nabídnut výlet na určité místo a zjišťuje se jejich zájem o takovou aktivitu.

„Na výlety jezdíme podle možností. Taky se musíme řídit tím, jestli mají klienti dostatek finančních prostředků...“

(Pracovník 3)

„Dle zájmu uživatelů jsou organizovány několikrát ročně výlety různého charakteru, návštěvy hradů, zámků, zřícenin, jeskyní, katakomb, dolů, skanzenů....“

(Pracovník 1)

Rekreace jsou klientům nabízeny minimálně 2x ročně. Jedná se o zahraniční rekreaci u moře v létě a zimní rekreaci na horách. Na jaře nebo podzim se většinou uskuteční ozdravný pobyt v blízké rekreační lokalitě, zaměřený na turistiku. Pracovníci 1 a 3 se navíc zmínili, že v rámci oddělení uspořádali stanování nebo pobyt na chatě.

„Je to úplně jiná zkušenost než rekreace s veškerým komfortem. Na chatě si sami připravujeme jídlo a pro vodu chodíme do studánky.“

(Pracovník 3)

„Měli možnost si vyzkoušet život bez kompletního servisu a vyzkoušet si, jaké to je, postarat se o sebe bez kompletního technického vybavení.“

(Pracovník 1)

Kategorie 10: Erudovanost zaměstnanců

Tato kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jaké požadavky jsou kladeny na zaměstnance v přímé obslužné péči, kteří realizují aktivizaci klientů.

Zaměstnanci v přímé obslužné péči absolvovali kurz pro pracovníky sociálních služeb. Několik pracovníků má vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, sociální pedagogika. Tři pracovnice v přímé péči jsou zdravotní sestry a zabezpečují hlavně zdravotní část po-

skytované služby. Pracovníci sociálních služeb se pravidelně školí v různých oblastech sociální práce s klienty a v naplňování standardů kvality.

„Mám střední školu zaměřenou na speciální pedagogiku, tam jsme aktivizaci osob s mentálním postižením brali. Absolvovala jsem kurz arteterapie... Spíš čerpám z vlastních zkušeností, to školení je jenom pro zajímavost.“

(Pracovník 3)

„Většina pracovníků je proškolená v metodě bazální stimulace a alternativní a augmentativní komunikaci... Většina zaměstnanců získává inovační informace prostřednictvím samostudia na vysoké škole.“

(Pracovník 1)

„Mám instruktorský kurz na přizpůsobené sporty a trenérský kurz na boču.“

(Pracovník 2)

„Nemám mnoho informací o proškolení ostatních pracovníků, co je mi známo, jsou proškoleni v ergoterapii, bazální stimulaci a muzikoterapii.“

(Pracovník 4)

Kategorie 11: Zvyšování kompetencí pracovníků v oblasti aktivizačních činností

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jak jsou pracovníci v souvislosti s aktivizací klientů proškolení a jaké je uplatnění takto získaných informací v provozu.

Na dotaz, jaké školení či kurz by pro zkvalitnění aktivizačních činností uvítali, pracovníci odpověděli:

„...na první místo kladu proškolení v oblasti komunikace s uživateli, formy alternativní a augmentativní komunikace, komunikace s problémovým uživatelem, komunikace napříč multidisciplinárním týmem a podobně.“

(Pracovník 4)

„Asi něco o pracovním uplatnění klientů a něco ohledně tohoto tématu.“

(Pracovník 2)

„Myslím, že by se využilo spíše školení ve výtvarných technikách, které bychom pak v dílně mohli dělat.“

(Pracovník 3)

„Zdokonalení v dramaterapii. Určitě by neškodilo školení na zvládání problémového chování uživatele.“

(Pracovník 1)

Kategorie 12: Spokojenost klientů s aktivizací

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jakým způsobem se zjišťuje spokojenost klientů s poskytovanou službou a s možnostmi trávení volného času.

Spokojenost klientů se zjišťuje několika způsoby. Každý rok probíhá dotazníkové šetření, které se týká spokojenosti klientů s poskytovanou službou. Každý měsíc probíhá schůze obyvatel, na které se klienti mohou vyjádřit se svými požadavky a potřebami. Dalším měřítkem spokojenosti je individuální plánování, které je popsáno v dokumentaci klienta. Pokud klient není spokojen s poskytovanou službou má možnost si stěžovat. O této možnosti jsou klienti opakovaně informováni zaměstnanci.

„Uživatelé jsou totiž zapojováni do samotné tvorby týdenních aktivizačních plánů, v případě nezájmu o nějakou činnost, lze vždy situaci změnit na takovou, aby vyhovovala oběma stranám.“

(Pracovník 1)

„Spokojenost vyplývá z rozhovorů s uživateli.... Plánujeme podle toho, jaké činnosti si klienti konkrétně přejí.“

(Pracovník 3)

„Jedním z nejdůležitějších ukazatelů spokojenosti je viditelný z jejich projevu...dále z toho, zda se chce na danou aktivitu nahlásit, zda chce být účasten na akci...“

(Pracovník 4)

Z rozhovorů s pracovníky i klienty vyplývá, že jsou klienti s činnostmi většinou spokojeni. Klienti, kteří mají možnost docházet do keramické dílny jednou týdně, by uvítali, kdyby mohli do dílny častěji. Klienti, kteří dochází do dílny třikrát týdně, jsou s četností spokojeni.

Kategorie 13: Možnosti srovnání

Tato kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, zda mají pracovníci a klienti možnost porovnat nabídku aktivizačních činností v DZP s možnostmi v jiných podobných zařízeních.

Pokud chceme posoudit kvalitu aktivizačních činností, je dobré mít možnost srovnat nabídku s nabídkou podobných zařízení. Z vlastní zkušenosti vím, že je velkým přínosem prohlédnout si podobné DZP a vyzkoušet fungující schéma nebo aktivizační činnost, která se tam osvědčila. Na možnosti srovnání organizace aktivizačních činností jsem se zeptala pracovníků i klientů DZP.

„Někde mají víc dílen a to je bezvadné. U nás na to není dost místa.“

(Pracovník 3)

Další pracovník popisuje zkušenost z prohlídky jiného zařízení takto:

„Staré zařízení, nmoderní, upřímně řečeno holobyť, ale záviděníhodné velké množství prosperujících dílen...“

(Pracovník 1)

Klienti, kteří byli dotázáni, zda měli možnost navštívit jiné DZP, odpověděli:

„Jezdíme do Starého Města... moc se mi tam nelíbí.“

(Klient 4)

„Chtěla bych do Starého Města, mají tam kostelíček a v neděli mšu svatú.“

(Klient 1)

„Měli to tam pěkné, ale tady je to o mnoho, o mnoho lepší.“

(Klient 3)

Kategorie 14: Plány aktivizace do budoucna

Kategorie odpovídá na výzkumnou otázku, jaké změny se v oblasti aktivizačních činností plánují do budoucna.

Pracovní 4 soudí, že v budoucnu bude DZP poskytovat službu klientům s vyšší mírou podpory. Pracovník 1 a 3 považují za vhodné, aby byla zřízena při každém oddělení kuchyňka, ve které by klienti mohli nacvičovat přípravu pokrmů. Všichni pracovníci mají názor, že pro zbudování dalších prostor pro aktivizaci není v DZP dost místa a dostatek financí.

Pracovníci nevědí, jak bude budoucnost vypadat, protože v budoucnu by mohlo dojít k transformaci služby na chráněné bydlení. Konkrétní informace mi žádný pracovník nebyl schopen poskytnout.

„...aktivizace bude směřovat k nácvikům, upevňování úkonů, které jim pomohou zvládat život mimo zařízení.“

(Pracovník 4)

„Bude to znamenat velkou dřinu, abychom uživatele přiblížili reálnému životu... Z výsledků mám bohužel obavy.“

(Pracovník 1)

„Na prvním místě je integrace našich klientů do běžné populace...“

(Pracovník 2)

3.3 Vyhodnocení dílčích cílů

Zjistit jaké druhy aktivizací DZP svým klientům nabízí a jaké terapeutické metody při aktivizaci uživatelů využívá.

Aktivizace klientů je různorodá a každé oddělení má svůj systém činností. Z pozorování i rozhovorů vyvozují, že terapeutickou dílnu využívají zejména klienti s lehkým mentálním postižením. Z terapeutických metod je v zařízení pravidelně využívána pouze ergoterapie. Dramaterapie a muzikoterapie probíhá pouze v rámci oddělení a nemá žádnou pravidelnost. Přestože jsou pracovníci proškoleni v metodě bazální stimulace, při práci s klienty ji nevyužívají.

Zjistit jak je využívána metoda aktivizace pomocí pracovních činností.

I když cílovou skupinou zařízení jsou klienti s lehkým a středním mentálním postižením, v současné době nikdo z nich pravidelně nepracuje. Pět klientů nárazově vypomáhá ve firmě na výrobu svíček, se kterou mají sepsanou smlouvu o díle. Dvě klientky pravidelně vypomáhají v prádelně a kuchyni domova a dva muži podle potřeby pomáhají při údržbě areálu. Klienti se dle svých možností podílejí na úklidu v budově i na zahradě.

Pracovní příležitosti pro klienty vyhledává sociální pracovnice, která pracuje na zařízení.

Zjistit jakou formou, v jakém čase a v jakých prostorách probíhají aktivizace klientů.

Aktivizace klientů probíhá průběžně po celý den. Nabídka organizovaných činností je soustředěna do dopoledního a odpoledního bloku. Pravidelnost lze v těchto činnostech vyzorovat pouze na oddělení u klientů s lehkým mentálním postižením. Toto oddělení častěji využívá ergoterapeutickou dílnu. Na dalších oddělení jsou činnosti nepravidelné, většinou v závislosti na přítomných pracovnících a terapeutickou dílnu mají možnost využít pouze jednou týdně.

Zjistit jakým způsobem se plánují aktivizační činnosti.

Plánování aktivizačních činností probíhá formou rámcového ročního plánu, který zpracovává každé oddělení. Podrobněji jsou činnosti popsány v týdenním aktivizačním plánu, který rovněž vypracovává každé oddělení. Na plánování se podílí pracovníci i klienti oddělení. Každý klient má vypracovaný individuální plán podpory, který sestavuje spolu se svým klíčovým pracovníkem. Tento plán popisuje krátkodobé i dlouhodobé cíle, kterých by chtěl klient dosáhnout.

Zjistit jak jsou proškoleni zaměstnanci, kteří mají aktivizaci uživatelů na starosti.

Všichni pracovníci v přímé obslužné péči absolvovali kurz pro pracovníky sociálních služeb a jsou pravidelně několikrát ročně proškolení například ve standardech v sociálních službách, v komunikaci s klienty i v jejich aktivizaci. Pracovníci, kteří projdou školením, vypracují písemný záznam pro ostatní zaměstnance.

Zjistit jakými způsoby DZP zjišťuje spokojenost uživatelů s nabídkou činností.

Spokojenost klientů s poskytovanou službou je jedenkrát ročně zjišťována formou dotazníku. Nejsm si jistá, zda je tato forma pro klienty vhodná, protože k odpovědím se nechají velmi lehce přesvědčit a smysl otázek nemusí vždy správně pochopit. Další možností zjišťování spokojenosti klientů s aktivizačními činnostmi je sledování individuálních plánů podpory. V těchto záznamech má být uvedeno, zda je klient spokojen a čeho se mu podařilo dosáhnout.

Pokud klienti nejsou s poskytovanou službou spokojeni, mají možnost stěžovat si anonymně, písemnou formou. Schránka na takové stížnosti je umístěna na jim známém místě a postup podávání stížností je s klienty opakovaně probírán. Pro klienty je pořádána jednou za měsíc společná schůze obyvatel, na které mohou vystoupit s připomínkami, stížnostmi i návrhy. Sociální pracovnice, je na zařízení klientům k dispozici a mají možnost řešit své problémy či stížnosti s její pomocí.

3.4 Návrh aktualizace aktivizačních činností

Výsledky výzkumu mimo jiné ukazují, že každé oddělení má zcela jinou koncepci aktivizačních činností nabízených klientům. Zatímco oddělení, které v pozorování označuji „A“ má propracovaný systém aktivizace, klienti oddělení „B“ tráví většinu času v prostorách oddělení a jejich činnosti nevykazují takovou rozmanitost a pravidelnost. Vzhledem k různým schopnostem klientů je pochopitelné, že se jejich aktivizace různí. Myslím si ale, že aktivizace v terapeutické dílně by byla prospěšná častěji i pro klienty, kteří potřebují vyšší míru podpory.

Dle mého názoru by bylo žádoucí, zřídit pro klienty další terapeutickou dílnu. Pracovníci se v průběhu rozhovorů o této možnosti zmiňují, ale vybudování další dílny považují za nereálné kvůli prostorovému řešení DZP. V zařízení je však prostor, který dříve sloužil klientům denního stacionáře a v současnosti není využit. Problémy s financováním přeměny by mohli pomoci vyřešit sponzoři.

Další změnou, kterou při aktivizaci klientů se středně těžkým mentálním postižením navrhuji, je zavedení pravidelnosti v některých činnostech. V současnosti jsou aktivizační činnosti během dne nahodilé, střídají se v závislosti na přítomných pracovnících. Myslím, že pro klienty by bylo přínosné, kdyby se pravidelně věnovali stálým činnostem, například nácviku vaření, ručním pracím nebo procvičování trivia a ostatních dovedností. Tyto aktivity by bylo vhodné prodiskutovat společně s pracovníky a klienty, případně vyzorovat, do kterých činností se klienti zapojují více.

Vzhledem k tomu, že při rozhovorech všichni dotázaní klienti nadšeně popisovali nácvik vaření, doporučuji, mimo pravidelné zařazení takového nácviku do denní aktivizace, vybudování běžně zařízené kuchyňky, která by byla klientům k dispozici.

Pracovníci by se při aktivizaci klientů měli vyvarovat infantilizace. Myslím, že není důstojné, aby tvorba s dospělými klienty, byla totožná s tvorbou dětí v mateřské škole a jejich výtvary tohoto typu byly vystavovány jako výstup aktivizace. Je jistě náročné vyhledat aktivity přiměřené věku klientů i jejich schopnostem, ale je to možné.

Dalším návrhem je vytvoření zájmových kroužků, zaměřených na různé aktivity. Mohlo by se jednat například o kroužek práce na počítači a orientace na internetu, kroužek šití nebo tvořivých činností, dále kroužek pohybový, taneční a podobně. Zde by bylo vhodné využít zájmů pracovníků a oslovit dobrovolnické centrum.

ZÁVĚR

Současná společnost klade na své členy vysoké nároky. Nejinak je tomu v sociálních službách. Pracovníci i klienti jsou zahlceni standardy a individuálními plány. Ze všech stran se na nás valí informace o transformaci. Nejen od zaměstnanců, ale i od klientů jsou očekávány výsledky. Není jednoduché tento tlak ustát. Klienti jsou pobízeni k neustálému zdokonalování, je třeba pomoci jim v samostatnosti a soběstačnosti, aby se mohli zařadit do společnosti. V terapeutické dílně, kde je prováděna ergoterapie, je potřeba vykazovat výsledky činností.

Zdá se mi, že zaměření na člověka, které má být sociálním službám vlastní, se odsouvá do pozadí. Ale tato služba je o lidech a lidé, kterým službu poskytujeme, mají své limity. Pokud se snažíme tyto limity překračovat, dostavuje se často místo lepších výsledků apatie.

Výsledky jsou jistě důležité, ale neméně důležitá je cesta, která k výsledku vede a při práci s klienty s mentálním postižením může být samotná cesta cílem. Při aktivizaci klientů v domovech pro osoby se zdravotním postižením, bychom se měli držet několika důležitých zásad. Jednou z nich je, pokusit se využít klientova maxima, ale pochopit jeho limity a nesnažit se o nemožné. Další důležitou zásadou je, přizpůsobit tempo práce s klientem jeho osobnímu tempu. Nespěchat a použít empatii, zvolit činnosti přiměřené. Jejich smyslem je aktivizovat, nikoli přetěžovat. Při dodržování těchto zásad bychom měli mít na paměti, že každý z našich klientů je individualita a není možné činnosti zcela standardizovat.

Rozhodně si nemyslím, že transformace nemá smysl a klienti domovů pro osoby se zdravotním postižením se nemají vést k samostatnosti. Naopak, ale je třeba uvědomit si, že se jedná o proces dlouhodobý a někteří klienti v dospělém věku nemusí být schopni přizpůsobit se radikálním změnám.

Hlavním cílem aktivizace v domovech pro osoby se zdravotním postižením je, aby se klienti cítili dobře.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DZP Buchlovská - Velehrad. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.dzp-buchlovska.cz/>
- [2] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-736-7040-2.
- [3] JŮN, Hynek. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.
- [4] KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. Psyché. ISBN 978-80-247-2846-9.
- [5] KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- [6] KREJČÍŘOVÁ, Olga. *Profesní příprava a pracovní uplatnění osob s mentálním postižením*. Ostrava - Mariánské Hory: Monatex, 2004. ISBN 80-7225-112-0.
- [7] Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
- [8] Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
- [9] Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
- [10] Ministerstvo práce a sociálních věcí: Články. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
- [11] Ministerstvo práce a sociálních věcí: Výkladový sborník. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf/Koncepce_podpory.pdf
- [12] MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní výzkum a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- [13] MULLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

- [14] PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
- [15] PORTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
- [16] SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [17] Sociální služby Uherské Hradiště: DZP Kunovice - Cihlářská. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-kunovice-cihlarska/zakladni-informace>
- [18] ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- [19] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [20] ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. ISBN 80-86429-36-9.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- [22] VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.
- [23] VOJTOVÁ, Hana. Smyslová aktivizace pro seniory. *Sociální služby*. 2011, roč. 13, 12/2011. ISSN 1803-7348.
- [24] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, stav textu ke dni 31. 12. 2011
- [25] Zelený dům pohody Hodonín. [online]. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <http://www.zelenydumpohody.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DZP Domov pro osoby se zdravotním postižením

MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky rozhovoru s pracovníky

Příloha P II: Otázky rozhovoru s klienty

Příloha P III: Metodika aktivizačních plánů

Příloha P IV: Metodika individuálního plánování

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY ROZHOVORU S PRACOVNÍKY

Začátek rozhovoru: Představení výzkumu, objasním, co chci vědět a proč.

Otázky na osobu tázaného

1. S jak početnou skupinou klientů pracujete?
2. Charakterizujte klienty, se kterými pracujete.
3. Jste se svou prací spokojená?

Aktivizace

1. Jakou formou probíhá aktivizace klientů?
2. Jakým způsobem probíhá aktivizace klientů zaměřená na nácvik soběstačnosti?
3. Jakou formou probíhá aktivizace klientů s těžším postižením?
4. Jaká je možnost sportovního a pohybového vyžití klientů?
5. Jaká je možnost společenského vyžití ve vašem DZP?
6. Jaká je možnost společenských aktivit klientů mimo DZP?
7. Kdo určuje, jaký budou mít klienti aktivizační program?

Terapeutické metody

1. Jaké terapeutické metody při aktivizaci klientů využíváte?
2. Využíváte při aktivizaci klientů s těžším mentálním postižením metodu bazální stimulace a snoezelen?
3. Jaké terapeutické dílny mohou klienti v DZP navštěvovat?
4. v jakém čase mohou klienti navštěvovat terapeutické dílny?
5. Mají klienti zájem terapeutické dílny navštěvovat?
6. Mohou klienti navštěvovat terapeutické dílny vždy, když projeví zájem?
7. O jakou terapeutickou dílnu nebo metodu by, dle vašeho názoru, klienti měli zájem?

Pracovní uplatnění klientů

1. Jakou možnost pracovního uplatnění mají klienti v DZP?
2. Jakou možnost pracovního uplatnění mají klienti mimo DZP?

3. Jak byste popsal zájem klientů o práci v DZP a mimo DZP?

4. Jak hospodaří klienti s odměnou za práci, pokud nějakou dostávají?

Erudovanost zaměstnanců

1. Jakých školení o aktivizaci klientů se pracovníci účastnili?

2. Probíhají školení o terapeutických metodách?

3. Pokud ano, jaké, co pracovníkům taková školení dávají a jak je dál využívají?

4. Jaký druh školení by uvítali pro svou práci?

Spokojenost klientů

1. Jakým způsobem zjišťujete spokojenost uživatelů s možností aktivního trávení času?

2. Jsou klienti s nabídkou aktivit v DZP spokojeni?

Plány do budoucna

1. Co by se dle vašeho názoru mohlo v aktivizačních činnostech zlepšit?

2. Jaké jsou plány týkající se aktivizace klientů DZP do budoucna?

PŘÍLOHA P II: OTÁZKY Z ROZHOVORU S KLIENTY DZP

Začátek rozhovoru: Představení výzkumu, objasním, co chci vědět a proč.

Otázky na osobu klienta

1. Jak dlouho bydlíte v DZP?
2. S čím jste v DZP spokojený, a co se Vám tady nelíbí?
3. Chtěl byste žít někde jinde?

Aktivizace

1. Jak probíhá váš běžný den?
2. Máte možnost rozhodnout se, co chcete dělat v průběhu dne?
3. Máte možnost připravit si sám nebo s dopomocí někoho dalšího jídlo?
4. Staráte se sám o své prádlo a o úklid pokoje?
5. Pracujete v DZP (např. pomoc v kuchyni, prádelně, při úklidu)?
6. Sportujete? Jestli ano, jaký sport máte rád a jak často ho provozujete?
7. Jste spokojeni s možnostmi společenských akcí v DZP (plesy, večírky apod.)?
8. Jaké akce byste rád navštívil?

Terapeutické dílny

1. Máte v DZP nějaké dílny?
2. Pokud ano, jak často a do jaké dílny chodíte?
3. Líbí se vám práce v dílně?
4. Jak často do dílny chodíte?
5. Chtěl byste chodit do dílny častěji nebo naopak méně často?

Pracovní uplatnění klientů

1. Máte možnost v DZP pracovat (např. pomoc v kuchyni, v prádelně, na zahradě apod.)?
2. Jakou práci máte rád a proč?

3. Pracujete někdy mimo DZP, pokud ano, jak často a jakou práci vykonáváte?

4. Chtěl byste pracovat mimo DZP, pokud už pracujete, chtěl byste pracovat častěji, případně méně často?

Spokojenost klientů

1. Líbí se vám v DZP?

2. Co byste v DZP chtěli zlepšit?

3. Jste spokojen s trávením volného času?

PŘÍLOHA P III: METODIKA AKTIVIZAČNÍCH PLÁNŮ

Metodika aktivizačních činností DZP Uherský Brod

- Aktivizační plány na jednotlivých odděleních slouží jako orientační nabídka činností z rozličných oblastí pro plnohodnotné trávení dopoledních i odpoledních hodin v DZP
- Aktivizační plány vznikají na základě úzké spolupráce uživatelů a kolektivu pracovníků jednotlivých oddělení
- Uživatelé se aktivně zapojují do plánování programu, na jejich většinová přání je brán zřetel vzhledem k personálním i materiálním podmínkám
- Realizace programu dle aktivizačních plánů odráží momentální zájem a přání, aktivizační plány neslouží jako striktní manuál, který by musel být bez výjimky splněn
- Aktivizační plány obsahují položky: datum, popis činnosti, jméno a podpis pracovníka, který s uživateli program zrealizoval. Ten je vyplněn až po provedení činnosti. Do poslední kolonky: „Změna“ se uvádí náhradní program nebo program, který nebyl původně plánovaný.
- Při tvorbě plánů se dbá o to, aby při jednotlivých činnostech docházelo k co možná největšímu rozvoji, ke vštěpování sebeobslužných návyků s přihlédnutím k individuálním schopnostem jednotlivých uživatelů apod.
- Náplň programů tvoří činnosti z oblasti psychomotorické, rozumové,
- ergoterapeutické (pracovní), arteterapeutické (umělecké), muzikoterapeutické (hudební sféra), kulturní a sportovní.....
- Plány jednotlivých oddělení jsou vytvářeny s předstihem a předkládány ke schválení koordinátorce aktivizačních plánů a to nejpozději v pondělí ráno téhož týdne, pro který je plán určený
- Plánování jedno či vícedenních výletů či pobytů mimo DZP je předem konzultováno s vedením DZP
- Program je sestaven na každý den v týdnu, který uživatelé tráví v DZP (TS – pondělí až pátek, celoroční pobyt pondělí až neděle)
- Předloha formuláře je k dispozici na každém oddělení v papírové i elektronické verzi
- Celoroční shrnutí úrovně (schopností, dovedností, zručností a návyků) jednotlivých uživatelů, případné pokroky či úpadky jsou zaznamenány v programu Cygnus, ve složce „Ostatní dokumentace“, klíčovým pracovníkem, 1x ročně, k datu 1. 9.

PŘÍLOHA P IV: METODIKA INDIVIDUÁLNÍHO PLÁNOVÁNÍ

Individuální plánování a průběh sociální služby

Obecné zásady tvorby individuálních plánů

Plánování se zaměřuje především na člověka, teprve na druhém místě je určující diagnóza.

Při vypracovávání se vždy:

- Při jednání se zájemcem o službu se vychází z mapování potřeb, přání a směřování poskytovaných služeb. Viz. metodika Jednání se zájemcem o službu.
- Je povinností poskytovatele při podepisování smlouvy vždy sjednané cíle uživatele zanést do Smlouvy o poskytování sociální služby.
- Postup při nakládání s dokumenty je zaneseno v metodice č. 19 Metodika při nakládání s osobní dokumentací - vztahující se ke standardu č. 6
- Vychází z individuálních potřeb a přání uživatelů – vycházet z jeho osobního cíle „představ“.
- Vede osobní dokumentace mapující osobní profil a analyzování potřeb daného uživatele v programu CYGNUS, které se aktualizuje v DZP 1x za rok v měsíci září.
- Užívá přirozený jazyk spíše než profesionální terminologie.
- Aktivně zjišťují předpoklady a schopnosti člověka v podmínkách společenského života. Do popředí dostávat jeho vloh a silné stránky.
- Posiluje aktivní účast člověka a lidí, kteří ho nejvíce znají. Důležitou roli hrají neformální zdroje (tj. rodina, přátelé, sousedé apod.).
- Definují žádoucí změny v životě člověka. Vychází se z přání a potřeb uživatele, nikoli z možností stávajících programů organizace poskytující služby.

Jak postupovat:

Služby musí být plánovány tak, aby byly zohledněny osobní představy a potřeby uživatelů sociální služby a aby jim s přihlédnutím k jejich možnostem umožňovaly vést běžný způsob života.

- **Verbální či neverbální komunikací zjistit představy uživatele a to klíčovým pracovníkem, či jinými lidmi v blízkém okruhu, kteří uživatele nejvíce znají, popřípadě využít odborníků k naplnění osobního cíle uživatele.**
- Při práci s lidmi s těžkým postižením, kteří nemluví nebo ani nejsou v kontaktu se

svým okolím, navíc využíváme metody umožňující nám především navázat kontakt a komunikaci s uživateli, abychom mohli získat informace o jejich představách a potřebách, **popřípadě využít odborníků k naplnění osobního cíle uživatele.**

- **Snažit se v rámci naplňování osobních představ co nejvíce přiblížit běžnému způsobu života**

Klíčový pracovník plánuje společně s uživatelem průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

- Každý uživatel má svého klíčového pracovníka (a to i ihned při nástupu nového uživatele do zařízení), který sleduje naplňování plánu aktivit uživatele.
- **Pracovník s uživatelem vždy plánuje průběh poskytování sociální služby.**
- **Nejvhodnější metody jsou vybírány v závislosti na charakteru služby, situaci, zdravotním stavu, potřebách a preferencích uživatele a také možnostech poskytovatele a podle dostupnosti vnějších zdrojů.**

Klíčový pracovník společně s uživatelem průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány jeho osobní cíle.

- **Hodnocení naplňování představ uživatele je průběžné, přesto však v případě nenadálé situace (nemoc, pobyt mimo Domov): krátkodobé cíle nejméně 1x za ½ roku a dlouhodobé cíle 1x za rok jsou písemně zpracovány v programu CYGNUS.**
- U každého uživatele je písemně zpracován jeho rozvoj osobnosti, včetně vyhodnocení.

DZP vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

- V rámci pravidelných provozních porad základních týmů jsou diskutovány potřeby a přání uživatelů.
- Pro zdárný průběh plánování se klíčový pracovníci scházejí na plánovací schůzce, která je každý týden v pondělí od 12:30 do 13:30 hodin. Dle potřeby v jiný den, s předběžným informováním o změně klíčovým pracovníkům. Všichni účastníci mají možnost se aktivně zapojit do diskuse, jak naplňovat osobní vizi uživatele: „zaměřujeme se na to, jak věci dosáhnout, nikoli proč to nejde“.
- V případech, kdy není možné setkání všech (přání uživatele, časové možnosti účastníků) lze využít alternativy účastnit se schůzky klíčových pracovníků minim. 1x za měsíc.
- Koordinátor plánování se všemi členy zhodnotí průběh plánování a naplňování osobních cílů s tím, že následně klíčový pracovník či koordinátor podá zprávu uživateli služeb apod.
- Pro zdárný průběh plánování a naplňování se klíčový pracovníci scházejí interně na svém oddělení a to v závislosti na potřebách daného oddělení.

Hodnocení práce na IPP

Krátkodobé cíle se hodnotí průběžně (minimálně 1x za ½ roku) a dlouhodobé cíle se hodnotí průběžně (minimálně 1x do roka) od stanovení IPP se provede s týmem pracovníků jednotlivého oddělení zhodnocení naplňování cílů IPP, případně stanoví opatření k naplnění cílů IPP a seznámí s nimi tým pracovníků oddělení.

1. Provede se písemný zápis o průběhu naplňování cíle IPP.
2. Zhodnotí se zvolené postupy, prostředky a metody.
3. Pokud nedošlo k plnění cíle, je-li možné a vhodné ve zvoleném způsobu naplňování cíle IPP pokračovat.
4. Je-li uživatel s průběhem IPP spokojen x nespokojen.
5. Popřípadě stanovit nové postupy a prostředky k naplnění již stanoveného cíle nebo stanovit cíl nový korespondující s cílem předešlým anebo zvolit naprosto jiný cíl.

Denní záznamy:

1. Předávání informací o aktuálním stavu uživatele je mezi jednotlivými pracovníky je prováděno ústní a písemnou formou.
2. Písemná zpráva je provedena zápisem do Knihy hlášení jednotlivých oddělení, ve které se odráží denní práce a týdenních aktivizačních plánů.
3. Písemná zpráva je stvrzena podpisem pracovníka předávající směny i nastupující.
4. Informace důsledně zapsané v Knize hlášení se stávají pomůckou při zhodnocování cílů IPP.
5. Zapisují se především tyto informace:
 - Významné události zjištěné v průběhu realizace IPP – mající vazbu k naplňování cílů IPP jednotlivých uživatelů.
 - Změna medikace.
 - Závažné a náhlé změny v psychickém stavu uživatele.
 - Projevy agrese a autoagrese.
 - Náhlé změny ve zdravotním stavu.
6. Informace zapsané v Knize hlášení jsou závazné pro všechny pracovníky, kteří se podílejí na práci s konkrétním uživatelem Domova.
7. Tým pracovníků každého oddělení sestavuje týdenní aktivizační plán činností korespondující s IPP jednotlivých uživatelů.

Roční zhodnocení IPP

1. Klíčový pracovník jedenkrát za rok, vždy v měsíci září, překontroluje všechny základní záznamy v portfoliích.
2. Ve stejném termínu (září) svolává koordinátor IPP tým pracovníků ke zhodnocení IPP jednotlivých uživatelů.
3. Na základě písemného záznamu z průběžného hodnocení IPP uživatele provede klíčový pracovník zápis do CYGNUSU jednotlivého uživatele.
4. Ke stejnému datu bude písemně provedeno i celkové zhodnocení uživatele (aktivizační činnosti). Zápis provede klíčový pracovník.