

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Aktivizační činnosti dospělých osob
s kombinovaným postižením v denním stacionáři**

Diplomová práce

Autor: Bc. Petra Litvanová
Studijní program: N 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti
a management speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Hradec Králové

2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra Litvanová**
Osobní číslo: **P12314**
Studijní program: **N7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení**
Název tématu: **Aktivizační činnosti dospělých osob s kombinovaným postižením v denním stacionáři**
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Záměrem této práce je zmapovat vliv a různorodost aktivizačních činností, které dávají možnost člověku s kombinovaným postižením žít plnohodnotný život. V teoretické části budou definovány konkrétní diagnózy, klasifikace kombinovaného postižení, specifika života osob s kombinovaným postižením. Budou představeny aktivizační činnosti využívané s cílem začleňování jedince s postižením do společnosti, s cílem podpořit jeho rozvoj a nabídnout smysluplné trávení volného času. V závěru teoretické části bude popsán systém péče o osoby s kombinovaným postižením. Empirická část předloží případové studie dospělých osob s kombinovaným postižením, které využívají služeb denního stacionáře Duhový dům Ostrava. Práce bude mít kvalitativní charakter. Ke sběru dat bude použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, analýza dokumentů, pozorování a komparace odborné literatury. Cílem diplomové práce je zjistit přínos konkrétních aktivizačních činností využívaných v denním stacionáře na rozvoj klienta, ověření efektivity činností.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání diplomové práce:

20. června 2014

Termín odevzdání diplomové práce:

26. března 2015

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 26. 3. 2015

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své diplomové práce paní PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a za ochotu během konzultací. Poděkování patří taktéž pracovníkům Duhového domu Ostrava, kteří se svou spoluprací podíleli na výzkumném šetření, a tím přispěli k obohacení práce z praktického pohledu. V neposlední řadě moje velké díky patří mé rodině a mým přátelům; za jejich podporu, pochopení a povzbuzení během celého mého studia.

Anotace

LITVANOVÁ, Petra. *Aktivizační činnosti dospělých osob s kombinovaným postižením v denním stacionáři*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 105 s. Diplomová práce.

Záměrem této práce je zmapovat vliv a různorodost aktivizačních činností, které dávají možnost člověku s kombinovaným postižením žít plnohodnotný život. V teoretické části budou definovány konkrétní diagnózy, klasifikace kombinovaného postižení, specifika života osob s kombinovaným postižením. Budou představeny aktivizační činnosti využívané s cílem začleňování jedince s postižením do společnosti, s cílem podpořit jeho rozvoj a nabídnout smysluplné trávení volného času. V závěru teoretické části bude popsán systém péče o osoby s kombinovaným postižením. Empirická část předloží případové studie dospělých osob s kombinovaným postižením, které využívají služeb denního stacionáře Duhový dům Ostrava. Práce bude mít kvalitativní charakter. Ke sběru dat bude použita metoda polo strukturovaného rozhovoru, analýza dokumentů, pozorování a komparace odborné literatury. Cílem diplomové práce je zjistit přínos konkrétních aktivizačních činností využívaných v denním stacionáři na rozvoj klienta, ověření efektivity činností.

Klíčová slova: kombinované postižení, dospělé osoby, aktivizační činnosti, denní stacionář, individuální plánování, standardy kvality sociálních služeb, plnohodnotný život.

Annotation

LITVANOVÁ, Petra. *Activation Activities Of Adults With Multiple Disabilities In Day Care Center*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 105 pp. Master Degree Thesis.

The aim of this work is to explore the influence of a variety of motivating activities that give the opportunity to a person with multiple disabilities to live full life. The theoretical part will be defined by a particular diagnosis, classification of combined handicap, living conditions for people with multiple disabilities. Will be presented motivational activities used to integrating people with disabilities into society, in order to support its development and offer meaningful leisure time. In the end of the described system of care for people with multiple disabilities. The empirical part submit case studies of adults with multiple disabilities who use the services of day care center Duhový dům Ostrava. Work will be qualitative focused. For data collection method will be used semi structured interviews, document analysis, observation and comparison of scientific literature. The aim of the thesis is to determine the specific contribution of the activities is used in day centers for the development of the client, verifying the effectiveness of operations.

Keywords: multiple disabilities, adults, motivational activities, day care, individual planning, Standards Of Quality of Social Services, full life.

Obsah

ÚVOD.....	1
1 OSOBA S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	2
1.1 Vymezení termínu kombinované postižení.....	2
1.2 Kombinované postižení a jeho klasifikace.....	4
1.3 Mentální retardace a její klasifikace	6
1.4 Vady tělesné a jejich klasifikace	11
1.5 Vady sluchu a jejich klasifikace.....	12
1.6 Narušená komunikační schopnost a její klasifikace.....	13
1.7 Vady zraku a jejich klasifikace	15
1.8 PAS (poruchy autistického spektra) a jejich klasifikace.....	15
2 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI JAKO SOUČÁST PODPORY OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM	19
2.1 Arteterapie.....	21
2.1.1 Arteterapie u osob s kombinovaným postižením.....	23
2.2 Muzikoterapie	24
2.2.1 Muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením	25
2.3 Ergoterapie	27
2.3.1 Ergoterapie u osob s kombinovaným postižením	28
2.4 Animoterapie.....	30
2.4.1 Využití ostatních zvířat v animoterapii	31
2.5 Hiporehabilitace	32
2.6 Canisterapie.....	34
2.6.1 Canisterapie u osob s kombinovaným postižením.....	34
2.7 Dramaterapie	35
2.7.1 Dramaterapie u osob s kombinovaným postižením	36
2.8 Tanečně – pohybová terapie.....	36
2.8.1 Tanečně – pohybová terapie u osob s kombinovaným postižením.....	37
2.9 Snoezelen	37
3 KVALITA ŽIVOTA OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM.....	39
4 OSOBA S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V PROSTŘEDÍ STACIONÁŘE A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	44

5	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	47
6	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ.....	47
6.1	Slezská diakonie.....	47
6.2	Duhový dům Ostrava	48
6.3	Individuální plánování služby	50
6.4	Nabídka aktivit a terapií denního stacionáře	51
6.4.1	Arte dílna	52
6.4.2	Košičářská dílna	53
6.4.3	Keramická dílna.....	53
6.4.4	Nácviková dílna a pracovní terapie	53
6.4.5	Wellness terapie (mokrý a suchý rehabilitace)	54
6.4.6	Hipoterapie.....	54
6.4.7	Snoezelen a bazální stimulace	55
6.4.8	Muzikoterapie	55
6.4.9	Vzdělávání u speciálního pedagoga.....	56
6.4.10	Sportovní a volnočasové aktivity.....	57
6.5	Cíle práce	58
6.6	Metodologie	59
7	VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	62
7.1	RESPONDENT 1 – ŽENA	63
7.2	RESPONDENT 2 - MUŽ	65
7.3	RESPONDENT 3 – ŽENA	68
7.4	RESPONDENT 4 – MUŽ.....	70
7.5	RESPONDENT 5 – ŽENA	72
7.6	RESPONDENT 6 – MUŽ.....	74
7.7	RESPONDENT 7 – ŽENA	76
7.8	RESPONDENT 8 – MUŽ.....	78
7.9	RESPONDENT 9 – ŽENA	80
7.10	RESPONDENT 10 – MUŽ.....	82
8	PREZENTACE VÝZKUMNÝCH ANALÝZ	84
8.1	Analýza zájmů a zálib	84
8.2	Analýza prostředí	88
8.3	Analýza profesní struktury zaměstnanců oblasti aktivizačních činností	89
8.4	Analýza vzájemných vztahů	91

8.5	Efektivita aktivizačních činností a shrnutí výsledků šetření	92
8.6	Návrhy a opatření	93
9	ZÁVĚR	95
10	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ	97
11	SEZNAM PŘÍLOH.....	105

Úvod

Podpora a péče o osoby s postižením doznala za poslední půlstoletí výrazných změn. Postupně se přesunula z mnohahlavých ústavů do sociálních služeb komunitního typu. Pokud je to možné, lidé s postižením již netráví celý život zavření v celoročních zařízeních ústavního typu, ale žijí ve svých rodinách a využívají terénní a ambulantní sociální služby. Pokud to není možné, mohou žít v rodinných zařízeních, které těmto osobám poskytují rezidenční služby, které se co nejvíce přibližují životu většinové populace. O tom pojednává deinstitucionalizace a humanizace sociálních služeb, která probíhá v posledních letech ve všech krajích České republiky.

Tato diplomová práce se dotýká v současnosti velmi diskutovaného tématu – jak a jakými způsoby aktivizovat osoby s postižením. Je to významné téma nejen pro sociální služby, ale i pro speciální školství, zdravotnictví a celý systém celoživotního vzdělávání.

Moje první zaměstnání speciálního pedagoga v denním stacionáři pro dospělé osoby se zdravotním postižením, mi přineslo mnoho úkolů a výzev, ale také množství krásných zážitků a potvrzení výchozích hypotéz, zejména ohledně zařizování prostor pro aktivizační činnosti. Spolu s multidisciplinárním týmem a klíčovými pracovníky jsme připravovali nově vybudovaný komplex sociálních služeb Duhový dům Ostrava pro smysluplný život očekávané klientely. Mnohou inspirací mi byly exkurze do zařízení, kde klienty aktivizují, ale také cílené vzdělávání v terapeutických metodách a v konceptu bazální stimulace a snoezelen.

Každý člověk je jiný, má jinou osobnost, zajímají ho jiné aktivity, hledá naplnění v něčem jiném. I aktivizační činnosti v denním stacionáři proto musejí být velmi variabilní, neotřelé, trendové a tzv. „ušité na míru“ konkrétnímu klientovi. Všichni chceme prožívat naplněný a plnohodnotný život. Škálu aktivizačních činností, kterou předkládám v diplomové práci, lze pojmout jako základní řadu, která by se měla objevovat v každém ambulatním zařízení pro podobnou cílovou skupinu klientů. Kde to dovolí místní demografické podmínky, osvícený zřizovatel a nadějná ekonomika, je možné tuto škálu aktivizačních činností dále rozšiřovat a modifikovat tak, aby i klienti s kombinovaným postižením mohli prožívat kvalitní a naplněný život.

1 Osoba s kombinovaným postižením

1.1 Vymezení termínu kombinované postižení

Pojem kombinované postižení není v současnosti terminologicky jednoznačně vymezen. Rozdílní autoři používají různá označení pro různé typy postižení. V České republice se současně s termínem kombinované postižení nejfrekventovaněji užívá pojem kombinované vady, vícenásobné postižení nebo vícenásobné vady. Sovák v rámci speciální pedagogiky kombinaci vad chápe jako shluk několika vad u téhož člověka. Tato postižení se navzájem ovlivňují a s vývojem osobnosti se mohou měnit zejména kvalitativně. Sovák také zdůrazňuje neexistenci izolované vady a toho, že se každá vada s něčím kombinuje nebo komplikuje. I tzv. izolovaná vada ovlivní nějakým způsobem alespoň minimálně psychiku člověka. Kombinované vady jsou dle profesora Sováka spletitým komplexem rozličně podmíněných a navzájem na sebe působících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací (Sovák, 1986).

Podle Defektologického slovníku se jedná o kombinované vady tehdy, jakmile je člověk postižen dvěma anebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu (Edelsberger a kol., 2000). Vašek definuje kombinované postižení jako multifaktoriálně, multikauzálně a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který je důsledkem působení participujících postižení. Jejich interakcí a vzájemným překrýváním vzniká tzv. „synergický efekt“, který má pak jinou kvalitu než by měl pouhý součet postižení (Vašek, Vančová, Hatos, 1999).

Ludíková upozorňuje, že stávající přístup k péči o osoby s kombinovaným postižením vychází z teze, že nejde o holou sumarizaci daných postižení, ale že se jedná o úplně novou kvalitu, vyžadující rozdílné pojetí, a to ve všech směrech, tedy především při koncipování a realizaci edukačního procesu po metodické i obsahové stránce. Doposud dle Ludíkové nedošlo ke zřetelnému vymezení pojmového aparátu, tak aby byla tato skupina označována jednotně, a to ani v rámci jednoho sektoru (Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR), natož v rámci dalších rezortů (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR a další). Tento fakt komplikuje jednak využívání legislativního rámce, ale i tvorbu koncepce služeb pro tuto kategorii (Ludíková, 2005). Vítková používá pro stejnou oblast postižení obecný termín těžké postižení. Popisuje ho jako soubor omezení člověka jako celku ve všech oblastech jeho prožívání a možnostech

jeho projevu. Významně sníženy, změněny a omezeny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, zároveň i komunikační a sociální. Vyzdvihuje, že je nemožné přiřazení k tzv. hlavnímu symptomu ve smyslu klasického postižení, jako je postižení mentální, tělesné nebo smyslové, protože by se tím ignoroval charakter komplexnosti postižení i celistvost individuality člověka. U osoby s těžkým postižením se jedná o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech, které je tak těžké, že ve většině oblastí se stěží dosahuje hranice toho, co lze v našem mezilidském styku v širokém slova smyslu považovat ještě za normu. Těžké kombinované postižení představuje pro všechny zúčastněné interakční partnery omezení, ztěžuje kontakt mezi dvěma osobami (Vítková, 2006). Vašek uvádí, v této souvislosti pojem vícenásobné postižení, jež je charakterizováno z hlediska poruchy informačního toku jako základního předpokladu edukace. U osob s kombinovaným postižením se mohou „v důsledku působení některých limitujících faktorů vyskytovat těžkosti v recepci informací, při jejich centrálním zpracování nebo v expresi, rovněž v jejich kombinacích. Vícenásobné postižení se vyskytuje v různých početných variantách, v rámci kterých je třeba vzhledem k interindividuálním rozdílům postupovat přísně individuálně.“ (Vašek, 1996, s. 163 - 164).

Ani v zahraniční neexistuje ucelenost terminologického vymezení pro výše zmíněnou skupinu postižení. Na Slovensku se používá termín viacnasobné postihnutie, či viaceré chyby. V angličtině se používají termíny multiple handicap (vícenásobně postižený) a severe/multiple disabilities (těžké/vícenásobné postižení). V německy hovořících zemích se zpravidla používá pojem Schwerstmehrfachbehinderung (těžké vícenásobné postižení) (Ludíková, 2003).

Etiologie vzniku kombinovaného postižení je vzhledem k heterogenitě této skupiny velmi různorodá. Proto příčiny nemůžeme ve všech případech jednoznačně vymezit, můžeme však konstatovat, že je lze hledat ve všech údobích života. Nejtěžší stupně postižení mají obvykle příčiny v prenatálním stádiu vývoje (Ludíková, 2005). Opatřilová uvádí, z různých zdrojů odborné literatury, tyto nejzákladnější etiologické faktory:

- infekce, intoxikace;
- indikace psychického charakteru;
- traumata nebo fyzikální faktory;
- vývojové poruchy;

- metabolické poruchy a nutriční činitele;
- onemocnění centrální nervové soustavy a smyslových orgánů;
- onemocnění mozku velkého rozsahu;
- poruchy v těhotenství;
- děti s nízkou porodní hmotností;
- vlivy prostředí;
- chromozomální abnormality;
- genetické vlivy;
- mechanická poškození;
- neznámé pre-, peri-, postnatální příčiny;
- kombinace příčin (Opatřilová, 2005).

1.2 Kombinované postižení a jeho klasifikace

Podle Monatové se dělí postižení na kombinaci následujících vad: chronické choroby, pohybová postižení, zrakové a sluchové vady, řečové vady a poruchy, mentální postižení, lehká mozková dysfunkce, specifické poruchy učení a chování, leváctví. K primárnímu postižení přidružuje také neurotické příznaky. Velmi frekventované bývají kombinace mentálního postižení s pohybovými, zrakovými či sluchovými vadami, řečovými nedostatky a poruchami chování (Monatová, 1995). Vančová vychází z projevů osob s kombinovanými vadami a jejich dopadů na rozvoj osobnosti a socializaci. Dělí kombinované vady do dvou kategorií.

Lehké vícenásobné postižení – jedná se o osoby, které jsou na základě výchovy a vzdělání ve školách hlavního vzdělávacího proudu nebo ve speciálních školách schopny relativně samostatně zvládat běžný život, integrovat se do společnosti, do daných životních podmínek i prostředí a dosáhnout průměrnou kvalitu života. Jsou schopny také získat kvalifikaci pro pracovní zařazení.

Těžké vícenásobné postižení – jedná se o osoby, které jsou na základě speciální výchovy a vzdělávání schopny samostatně zvládat pouze primární životní situace, neobejdou se bez výrazné pomoci v každodenních činnostech, a to i sebeobslužných. V oblasti dorozumívání jsou závislé na alternativních a augmentativních formách

komunikace. Většina činností se uskutečňuje na základě individuálního přístupu (Vančová In Ludíková, 2005).

Dle Pipekové reprezentují kombinované, sdružené vady postižení dvěma nebo více vadami. Lidé s kombinovaným postižením jsou velmi heterogenní skupinou. Tuto velkou a obtížně popsatelnou skupinu osob můžeme členit na menší skupiny, které je možno lépe popsat a upřesnit jejich speciální potřeby (Pipeková, 1998).

Odbor školství člení osoby s kombinovaným postižením do tří skupin:

- skupina s jednotnou vlastností mentální retardace, tento faktor je determinující pro nejvyšší dosažitelnou míru vzdělání a výchovy;
- kombinace postižení tělesného, smyslového a vad řeči, specifická je skupina hluchoslepých;
- osoby s diagnózou autismus a s autistickými rysy (www.msmt.cz).

Rozdílnou klasifikaci uvádí Vašek. Také rozděluje kombinované postižení do tří skupin:

- mentální postižení v kombinaci s dalším postižením;
- slepo-hluchota;
- poruchy chování v kombinaci s jiným postižením (Vašek, 2003).

Jesenský rozděluje kombinované vady podle principu určujících postižení:

- slepohluchoněmota a lehčí senzorické postižení;
- mentální postižení s tělesným postižením;
- mentální postižení se sluchovým postižením;
- mentální postižení s chorobou;
- mentální postižení se zrakovým postižením;
- mentální postižení s obtížnou vychovatelností;
- smyslové a tělesné postižení;
- postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou (Jesenský, 2000).

Zikl předkládá členění Nazarové, která v závislosti na závažnosti vad člení oblast kombinovaného postižení takto:

- lidé se dvěma zjevnými vadami, z nichž každá je závažná a vyskytuje se i izolovaně, např. slepo-hluchota;

- lidé s jedním dominujícím postižením, které je doprovázeno jiným postižením v lehčí formě, jež přesto stěžuje vývoj člověka, např. mentální postižení doprovázené lehkou vadou sluchu;
- lidé se třemi a více vadami (na různém stupni závažnosti) - pro tuto skupinu se někdy používá pojem vícečetné poruchy (In Speciální pedagogika 2005, s. 242).

Do výzkumu diplomové práce bylo zainteresováno deset klientů denního stacionáře Duhového domu Ostrava. Každý z těchto respondentů je člověkem s kombinovaným postižením. U vybraných klientů převažuje kombinace mentální retardace a tělesného postižení, především dětské mozkové obrny (DMO). Další různé kombinace mentálního postižení s epilepsií, tělesným postižením či poruchou autistického spektra (PAS) a narušenou komunikační schopností.

Nejobsáhlejší z následujících podkapitol je: „Mentální retardace a její klasifikace“. Mentální postižení se objevuje u každého z respondentů, i celkově u klientů denního stacionáře. Dále se společně s mentální retardací vyskytuje tělesné postižení, nejčastěji DMO a PAS, kterým je níže věnován prostor („Vady tělesné a jejich klasifikace“ a „PAS a jejich klasifikace“). K PAS se bezpochyby váže narušená komunikační schopnost, která se vyskytuje nejen u tohoto typu postižení, ale i u jinak intaktní populace („Narušená komunikační schopnost a její klasifikace“).

Jsou zde uvedeny i kratší podkapitoly s názvy: „Vady sluchu a jejich klasifikace“ a „Vady zraku a jejich klasifikace“. Respondenti tohoto výzkumu nedisponují ani jedním z těchto dvou typů vad, avšak i přesto jsou základní informace nevelkého rozsahu o těchto typech postižení zakomponovány do teoretické části a tvoří tak ucelený soubor výčtu základních, vzájemně kombinovatelných vad.

1.3 Mentální retardace a její klasifikace

Psychopedie se zabývá lidmi s mentálním postižením. Smyslem psychopedie je získání maximální úrovně rozvoje osobnosti lidí s mentálním postižením a jejich integrace do společnosti (Pipeková, 1998). V terminologii této disciplíny speciální pedagogiky vládne nejednotnost. V minulosti se mentální retardace označovala jako např. oligofrenie, mentální defekt, slabomyslnost, mentální opoždění, rozumová

zaostalost, duševní abnormálnost atd. Termín mentální retardace vystřídal všechna zastaralá pojmenování v roce 1959, kdy se konala konference Světové zdravotnické organizace (WHO) v Miláně, na které se zástupci dílčích vědních disciplín na tomto termínu jednotně domluvili (Pipeková, 2006).

Mentální retardace je popisována jako permanentní organické poškození centrální nervové soustavy (dále jen CNS), které nese za následek trvalé snížení rozumových schopností člověka i jeho psychického rozvoje (Pipeková In Vítková, 2004). Valenta a Müller popisují mentální retardaci jako vývojovou duševní poruchu se sníženým intelektem demonstrující se hlavně snížením kognitivních, pohybových, řečových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií (Valenta, Müller, 2003). Vágnerová popisuje mentální retardaci jako postižení intelektových schopností, které se projevují neschopností porozumět okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit (Vágnerová, 2003). Bazalová uvádí, že mentální retardace je vývojové poškození integrace mentálních funkcí zasahující osobu ve všech složkách její osobnosti, tj. duševní, tělesné i sociální (Bazalová In Pipeková, 2006). Švarcová považuje za osoby s mentální retardací ty, u nichž dochází k zaostávání vývoje intelektových schopností, k odlišnému vývoji některých duševních vlastností a k poruchám v adaptačním chování (Švarcová, 2000).

Mentální retardace je trvalým stavem. Proměnnou a netrvalou je jen mentální retardace taková, která je sociálně podmíněná. V minulosti byla charakterizována jako pseudooligofrenie. Podle Kozákové se jedná o stav snížených intelektových schopností, způsobených sociálními faktory (zanedbanost výchovou, nedostatečné podněty a stimulace, sociokulturní znevýhodnění osoby, nepodnětné prostředí, psychická deprivace atp.) (Kozáková In Ludíková, 2005).

Bazalová popisuje sociálně podmíněnou mentální retardaci jako zdánlivou, jelikož je způsobena vlivem vnějšího prostředí a nikoliv poškozením CNS (Bazalová In Pipeková, 2006). V dnešní době neexistuje v České republice ani v zahraničí žádný spolehlivý a přesný údaj o výskytu osob s mentální retardací.

Klasifikace mentální retardace dle Světové zdravotnické organizace WHO z roku 1992

- F70 Lehká mentální retardace IQ 50-69
- F71 Středně těžká mentální retardace IQ 35-49
- F72 Těžká mentální retardace IQ 20-34

- F73 Hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20
- F78 Jiná mentální retardace
- F79 Nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová, 2000).

F70 Lehká mentální retardace

IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69. Tyto osoby jsou schopny účelně užívat řeč v každodenních situacích v životě. Obtíže nastávají zejména při teoretické práci ve škole. Nejčastěji navštěvují základní školy praktické, ale při splnění podmínek integrace můžou být vřazeni do běžných tříd základní školy. Dokáží vystudovat jednoduché učební obory a často absolvují odborná učiliště nebo střední praktické školy, většinou ve dvouletém oboru. Většina z nich je samostatná v péči o sebe sama a v praktických domácích dovednostech.

V dospělém věku jsou schopny tyto osoby pracovat samostatně. Vykonávají většinou manuální práce, u kterých je zapotřebí praktických zkušeností a dovedností.

Tato diagnóza zařazuje:

- Slabomyslnost;
- lehkou mentální subnormalitu;
- lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu).

U dospělých osob lehká mentální retardace odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let. Velká část dospělých osob je schopna pracovat, zdárně udržovat sociální vztahy a podílet se tak na životě ve společnosti (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

F 71 Středně těžká mentální retardace

Etiologií je velmi často u středně těžké mentální retardace organický původ. Vývoj myšlení a chápání je výrazným způsobem opožděn, zpomalený je i vývoj řeči. Řeč je prostá, osoba s postižením se vyjadřuje jednoduchými větami či slovními spojeními. Slovní zásoba je omezená a v řečovém projevu se mnohdy objevují agramatismy. Stává se, že se řeč nerozvine vůbec, avšak osoby jsou schopny komunikovat neverbálně. Motorika je také opožděna a přetrvává celková nekoordinovanost a neobratnost pohybů. Jemná motorika je na nízkém stupni rozvoje. V oblasti emocionální jsou časté afektivní reakce, nestabilita nálad a citů.

Osoby s touto diagnostikou se vzdělávají nejčastěji na základních školách speciálních podle odpovídajícího vzdělávacího programu. Mohou být integrovány do

běžných škol, ale je nutná podpora asistenta pedagoga a nutností je také individuální vzdělávací plán. Další vzdělávání umožňuje praktická škola. Za podpory se tyto osoby mohou uplatnit v chráněných nebo sociálně terapeutických dílnách. Úplně nezávislého života po dosažení plnoletosti nejsou schopny. Potřebují zajištění dohledu a pomoci.

Tato diagnóza zařazuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu;
- středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu).

U dospělých osob odpovídá středně těžká mentální retardace mentálnímu věku 6 - 9 let (Pipeková, 2004).

F 72 Těžká mentální retardace

Etiologie je v tomto případě organického původu. K mentálnímu postižení se přidružují ještě poruchy motoriky a jiné vady nervové soustavy. Příležitosti ke vzdělávání jsou ve velké míře omezené. Při systematické včasné péči můžeme zlepšit motorické dovednosti a podpořit vývoj intelektových a komunikačních schopností. Tím zlepšíme úroveň kvality života lidí s těžkým mentálním postižením. V dospělosti je potřebná permanentní podpora s pomocí, osoby nejsou schopny samostatného života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu;
- těžkou oligofrenii.

U dospělých těžká mentální retardace odpovídá mentálnímu věku 3 – 6 let (Pipeková, 2004).

F 73 Hluboká mentální retardace

Ve většině případů je příčina organického původu. Většinou se objevují těžké neurologické či jiné tělesné nedostatky, ovlivňující především motoriku, postižení zraku a sluchu a také epilepsii. U mobilních osob s tímto typem postižení jsou dosti čtené nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch např. atypický autismus. IQ nelze přesně určit. Porozumění a řeč je zredukována pouze na elementární zvuky. Komunikace může někdy být nonverbální, ale taktéž velmi omezena. Většina osob je imobilních, nebo omezených v lokomoci. Mnohdy jde i o osoby inkontinentní. Tyto osoby nejsou soběstačné v péči o sebe sama a o své potřeby a je potřeba neustálé péče, dopomoci a dohledu.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu;
- hlubokou oligofrenii (v minulosti označovanou jako idiocii).

U dospělých osob odpovídá hluboká mentální retardace mentálnímu věku pod 3 roky.

F 78 Jiná mentální retardace

Toto označení mentální retardace se používá v případech, že úroveň mentálního postižení nejde běžnými metodami stanovit. Lidé s postižením mají přidružené somatické či sensorické vady. Verbálně nekomunikují, jsou neslyšící, nevidomí, mohou se objevit i těžké poruchy chování, autismus, či těžké tělesné postižení. Lidé s takovýmto typem postižení vyžadují permanentní péči (Švarcová, 2006).

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Tohoto typu mentální retardace je užíváno v případech, kdy bylo zjištěno u člověka mentální postižení, avšak je nedostatečné množství specifických informací, které by poukazovaly na zařazení osoby do některého z výše uvedených stupňů mentální retardace.

Tato diagnóza zařazuje:

- mentální retardaci nespecifikovanou;
- mentální subnormalitu nespecifikovanou;
- oligofrenii nespecifikovanou (Švarcová, 2006).

Valenta a Müller uvádí klasifikaci dle typu chování:

- typ eretický – hyperaktivní, neklidný;
- typ torpidní – hypoaktivní, apatický (Valenta, Müller, 2003).

Podle Bazalové existuje v klasifikaci podle typu chování ještě třetí typ – nevyhraněný (Bazalová In Pipeková, 2006).

Pipeková píše o klasifikaci dle vývojového období – předškolní věk, mladší školní věk, starší školní věk, adolescence. Poté uvádí klasifikaci symptomatologickou, zabývající se typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motoriky a psychiky (Pipeková, 2006).

1.4 Vady tělesné a jejich klasifikace

Jednotným znakem osob s tělesným postižením je omezení lokomoce. Za tělesné postižení se považuje přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na kognitivní, emocionální a sociální výkon (Gruber, Lendl, 1992 In Vítková, 1999). Toto postižení může člověku snížit seberealizaci v sociální interakci s okolím a na rozdíl od nemoci se jedná o přetrvávající nebo dlouhodobý stav.

Pohybové vady lze klasifikovat dle různých kritérií. Monatová rozlišuje dvě hlavní skupiny poruch:

- vrozené (včetně dědičných);
- získané (Monatová, 1994).

Vítková člení druhy tělesného postižení na:

- **Obrny centrální a periferní**, kde se dílčí typy od sebe liší rozsahem a mírou závažnosti a člení se na *parézy* (částečné ochrnutí) a *plégie* (úplné ochrnutí).
- **Dětská mozková obrna** (dále DMO) je porušení CNS a etiologie vzniku může být v období prenatálním, perinatálním nebo v raně postnatálním. Pro DMO je typické postižení motoriky, fyzická neobratnost, zejména v jemné motorice, těkavost, nedostatky ve vnímání a nedokonalá představivost, impulzivní reakce, změny nálad, výkyvy v mentální výkonnosti. Dle charakteru hybné poruchy a tonu rozlišujeme DMO na typy:
 - *spastické* (diparetické, hemiparetické, kvadruparetické);
 - *nespastické* (hypotonické, dyskinetické) (Vítková, 1998).
- **Lehká mozková dysfunkce** je lehčím druhem vady CNS, kdy je oslabena celková úroveň aktivace, sebekontroly, pozornosti, psychomotorickým neklidem a dyskoordinací (Vítková, 2006).
- **Deformace** zahrnují velký oddíl vrozených a získaných vad. *Skoliózy* a *kyfózy* patří mezi získané deformace. Etiologie vzniku vadného držení těla se člení na *vnitřní* (fyziologické) a *vnější* (způsobené prostředím). Do frekventované skupiny pohybových vad také začleňujeme nesprávný vývoj kyčelního kloubu. Do deformací s příznivou prognózou patří *Perthesova choroba*, závažnější formou deformace je *progresivní svalová dystrofie*.

- **Malformace, amputace** - *malformací* je patologické vyvinutí určitých částí těla, nejběžněji končetin:
 - *amélie* (částečné chybění končetiny);
 - *fokomelie* (stav, kdy končetina navazuje přímo na trup).

Malformace patří do oblasti vrozených vývojových vad.

Amputace je nepřirozené odejmutí části končetin od trupu. Příčinou může být onemocnění či úraz (Vítková, 2006).

1.5 Vady sluchu a jejich klasifikace

Postižení sluchu představuje nejobtížnější překážku v komunikaci a následně se odráží v celém rozvoji osobnosti. Vady sluchu existují buď jako vrozené nebo získané.

Sobotková člení sluchové vady na:

- **Periferní vady**, které se vyskytují jako *jednostranné* nebo *oboustranné*. Rozlišujeme formy *převodní*, *nitroušní* a *smíšené*.
- **Centrální vady** jsou zapříčiněny poškozením centrálního nervového ústrojí sluchového analyzátoru.

V závislosti na hloubce sluchového postižení se rozlišuje:

- **Nedoslýchavost**, kterou rozdělujeme na *převodní*, kdy postižený slyší málo, ale dokáže rozeznat zvuky lidské řeči. A dále se nedoslýchavost dělí na *lehkou*, *střední* a *těžkou*.
- **Hluchota** se rozděluje na *úplnou* (totální), což znamená stoprocentní ztrátu sluchu a *praktickou hluchotou označujeme stav*, vyskytují - li se alespoň tzv. zbytky sluchu.
- **Ohluchlost** je označení stavu, kdy dochází ke ztrátě sluchu během života (Sobotková In Vítková, 2004).

1.6 Narušená komunikační schopnost a její klasifikace

Pojem vady řeči je velmi zredukovaný, poněvadž se zaobírá pouze foneticko - fonologickou stránkou řeči, proto budu dále pracovat s širším pojmem narušená komunikační schopnost. Příčiny narušené komunikační schopnosti (dále NKS) jsou odlišné. Klasifikujeme je na *orgánové a funkční*, z hlediska času na *prenatální, perinatální, postnatální* a z lokalizačního hlediska na *genové mutace, aberace chromozomů, vývojové odchylky, orgánové poškození receptorů, CNS i efektorů, nepříznivé vlivy prostředí* (Klenková In Pipeková, 1998).

Při klasifikaci NKS využíváme nejčastěji symptomatické hledisko od Lechty: *Vývojová dysfázie, afázie, mutismus, poruchy zvuku řeči*, do kterých patří *rhinolalie a palatolalie, balbuties a tumultus sermonis* zastupují **poruchy plynulosti řeči**, mezi **poruchy artikulace** zařazuje *dyslalii a dysartrii*, dalšími poruchami jsou **poruchy grafické stránky řeči, symptomatické poruchy řeči a poruchy hlasu**.

- **Vývojová dysfázie** je dle Dvořáka popisována jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností, až neschopností naučit se verbálně komunikovat, i přesto, že všechny podmínky pro vývoj řeči jsou optimální (Dvořák, 1998).
- **Afázie** - „Afázie je získaná narušená komunikační schopnost, týkající se poruch symbolických procesů, která vzniká při ložiskových poškozeních mozku jako důsledek systémového vlivu mozkové léze na vyšší psychické funkce člověka.“ (Cséfalvay In Klenková, 2006, s. 79). Postižena je receptivní i expresivní a mluvená i psaná stránka řeči, v různé míře i všechny jazykové roviny (Klenková, 2006).
- **Mutismus** je dle Klenkové chápán jako absence či ztráta řečových projevů, jenž není podmíněn organickým poškozením CNS. Jedná se o problematiku hraničící mezi několika vědními obory - logopedií, psychologií, foniatrií a psychiatrií, kde je nejběžněji chápán jako součást depresivního syndromu (Pečeňák In Klenková, 2006).
- **Rhinolalie** (huhňavost) je NKS, postihující jak zvuk řeči, tak artikulaci. Vzniká zvýšením nebo snížením nazality, která závisí na činnosti velofaryngeálního uzávěru (Bytešnicková, Horáková In Klenková, 2006).

- **Palatolalie** „Palatolalie je vada řeči, která vzniká na základě vrozeného rozštěpu patra, popřípadě rozštěpu rtu a patra.“ (Sovák In Klenková, 2006, s. 141). Etiologií vzniku palatolalie jsou orofaciální rozštěpy, které Klenková popisuje jako těžké kongenitální vady vznikající poruchou vývoje střední třetiny obličeje. Projevují se defektem, dislokací či chyběním měkkých i kostních částí tkání, to způsobuje postiženým touto poruchou závažné funkční i estetické nedostatky (Klenková, 2006).
- **Balbuties** „Koktavost pokládáme za syndrom komplexního narušení koordinace orgánů participujících na mluvení, který se nejnápadněji projevuje charakteristickým nedobrovolným přerušováním plynulosti procesu mluvení.“ (Lechta, 2005, s. 318). Příčin koktavosti je popsáno mnoho. I přes moderní přístupy a množství odborníků se příčiny koktavosti nepodařilo uspokojivě a celistvě vyjasnit. Pro neznalost etiologie se snižuje pravděpodobnost nalezení úspěšné terapie (Klenková, 2006).
- **Tumultus sermonis** „Breptavost neboli tumultus sermonis je narušená komunikační schopnost charakteristická tím, že si ho daná osoba neuvědomuje, má malý rozsah pozornosti, narušena je percepce, artikulace a formování výpovědi. Rovněž se jedná o narušení myšlenkových procesů programujících řeč na bázi dědičných predispozic. Breptavost je projevem centrálních NKS a působí na všechny komunikační cesty, tj. čtení, psaní, rytmus, hudebnost a chování.“ (Tarkowski In Lechta, 2003, s. 282-283).
- **Dyslalie** je neschopnost člověka užívat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v mluvené řeči podle ortoepických norem. Hlásky jsou tvořeny na nesprávném místě (Škodová, Jedlička a kol., 2003).
- **Dysartrie** „Dysartrie je porucha motorické realizace řeči jako celku vznikající při organickém poškození centrální nervové soustavy, kromě poruchy hláskování jsou narušeny v různé míře i proces respirace, fonace, zvuk řeči a taktéž se vyskytuje dysprozódie. Nejtěžším stupněm dysartrie je anartrie, projevující se neschopností verbální komunikace. Dysartrie a anartrie mohou vzniknout v kterémkoliv období života člověka.“ (Lechta a kol., 2003, s. 237).

1.7 Vady zraku a jejich klasifikace

Zrakové defekty můžeme rozdělit dle etiologie vzniku vady na *dědičné* a *vrozené*, dále na *orgánové* a *funkční*. Nováková je klasifikuje podle stupně postižení na:

- **Slabozrakost**, která je popisována jako ireverzibilní pokles zrakové ostrosti. Dále se slabozrakost člení na *lehkou*, *střední*, *těžkou*.
- **Zbytky zraku**, kdy částečně vidící se nacházejí mezi slabozrakostí a nevidomostí.
- **Nevidomost** je neschopnost osoby vnímat zrakem. Slepotu můžeme členit na *praktickou* (světlocit zachován, příp. i projekce) a *totální* (úplná absence vidění).
- **Poruchy binokulárního vidění** vznikají na podkladu omezení zrakové funkce jednoho oka. Poruchy binokulárního vidění lze dále členit na šilhavost, tupozrakost, ztrátu ostrosti, postižení zorného pole, okulomotorické problémy, obtíže se zpracováním zrakových informací, poruchy barvocitu (Nováková In Vítková, 2004).

1.8 PAS (poruchy autistického spektra) a jejich klasifikace

PAS je celoživotní neurovývojová porucha, ovlivňující sociální a komunikační schopnosti člověka. Důsledkem poruchy je fakt, že člověk s tímto postižením špatně vyhodnocuje informace, které k němu přicházejí, z toho vyplývá narušení v oblasti komunikace, sociálního chování a představitosti. PAS patří mezi pervazivní vývojové poruchy a jedná se o vrozené postižení mozkových funkcí, které člověku umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu (Hrdlička, Komárek, 2004; Thorová, 2006).

Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí vydané Světovou zdravotnickou organizací **patří mezi pervazivní vývojové poruchy (F84):**

F84.0 Dětský autismus

F84.1 Atypický autismus

- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství
- F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací se stereotypními poruchami
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha, nespecifikovaná (Hrdlička, Komárek, 2004).

Rozdělení PAS z hlediska funkční úrovně

Osoby s PAS mají různé funkční hodnoty, proto se rozdělují do tří skupin na vysokofunkční, středněfunkční a nízkofunkční autismus.

- **Vysokofunkční autismus** - tato skupina osob má normální nebo nadprůměrnou inteligenci. Minimální hodnota IQ je 70. Mají normální nebo jen lehce narušenou komunikační schopnost. Nejčastěji jde o jedince s Aspergerovým syndromem. Vysokofunkčních autistů je z celkového počtu lidí s PAS asi 11 – 34 %. Tito lidé jsou schopni úspěšné integrace do společnosti. Dítě s vysokofunkčním autismem se tak může vzdělávat i v běžné škole.
- **Středněfunkční autismus** – zde spadají osoby s lehkým či středně těžkým mentálním postižením a s více narušenou komunikační schopností. U těchto osob se ve velké míře projevuje stereotypní chování.
- **Nízkofunkční autismus** - zde zařazujeme osoby s těžkou až hlubokou mentální retardací, s nerozvinutou řečí, výrazným repetitivním a stereotypním chováním. Sociální kontakt navazují zřídka nebo vůbec (Thorová, 2006).

Osoba s PAS má celou řadu potíží především ve třech oblastech, které se označují jako triáda postižení. Zahrnuje oblast komunikace, oblast sociálního porozumění a oblast imaginace. Podle odhadu se vyskytují mezi 10 000 dětí asi 4 děti s PAS z toho 3 až 4 chlapci na 1 dívku. Nižší počet těchto dětí vykazuje vcelku běžnou inteligenci, zatímco 80% z nich má různou úroveň mentální retardace (Peeters, 1998).

Mnohdy při diagnostice vznikají rozpory, jelikož triáda postižení se může projevovat odlišnými způsoby. Aby byla osoba zařazena mezi autisty, musí být přítomno šest z dvanácti kritérií. Symptomy autismu se nejvýrazněji projevují u dětí ve věku 3 - 6 let.

1. Kvalitativní postižení na poli vzájemné interakce (alespoň dvě kritéria):

- zřejmá nezpůsobilost používat obecné formy chování, jako je pohled do očí, výraz tváře, gesta, pohyby těla atd. k reciproční sociální interakci;
- selhávání při utváření vztahů se svými vrstevníky;
- neschopnost sdílení radosti, smutku a zájmů s ostatními lidmi;
- chybění sociální a emocionální vzájemnosti (např. nezpůsobilost aktivně se účastnit jednoduchých her, preference samotářských aktivit nebo užívání ostatních lidí pouze jako nástrojů k mechanické pomoci).

2. Kvalitativní postižení na poli verbální i nonverbální komunikace a v činnostech, které vyžadují imaginaci (alespoň jedno kritérium):

- vývoj mluvené řeči je opožděn či zcela chybí;
- je-li řeč rozvinuta, chybí schopnost začít a udržet konverzaci;
- používání jazyka je stereotypní, opakující se a idiosynkratické;
- nedostává se rozmanitosti, spontánnosti, představivosti i schopnosti napodobit, pravidla společenského chování při hře přiměřeného věku.

3. Velmi skrovný a opakující se repertoár činností a zájmů:

- nadměrné zaujetí jednou či více stereotypních a omezených činností, které jsou abnormální buď svoji intenzitou, anebo předmětem zájmů;
- viditelným přilnutím ke specifické nefunkční rutině nebo rituálu;
- stereotypní a opakující se pohybové návyky (třepání prsty nebo rukama, pohyby celého těla);
- vytrvalé zaujetí detailními částmi jednotlivých předmětů (Polášková In Vítková, 2003).

Rozdělujeme několik typů autistických poruch, jenž mají své specifické symptomy: Kannerův dětský autismus, Rettův syndrom (vyskytující se jen u dívek), Klinefelterův syndrom (charakteristická je ztráta řeči, která byla před tím dobře vyvinuta), Atypický autismus (liší se od autismu buď dobou vzniku nebo naplněním všech tří sad diagnostických kritérií), Aspergerův syndrom (vyskytující se převážně u chlapců, schází retardace řeči a celkového kognitivního vývoje) (Vítková, 2004).

Za posledních 20 let se vyskytlo množství specifických terapií a léčebních postupů k autismu a k příbuzným vývojovým poruchám např. psychoanalytická terapie, farmakoterapie, averzivní a inverzivní behaviorální terapie a facilitovaná komunikace.

V roce 1966 vznikl v USA program **TEACCH** - terapie, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem. Tento program zahrnuje péči o osoby s PAS všech věkových kategorií. Strategie výuky a výchovy je založena na individuálním přístupu, strukturalizaci prostředí a času a vizualizaci.

Klienti s PAS ve stacionáři Duhového domu Ostrava jsou velmi rozdílní. Když přicházeli do tohoto nově otevřeného zařízení čerpat sociální služby, pracovníci měli k dispozici obvykle pouze jejich osobní složky, kde se více nebo pouze jen okrajově dovídali o specifičnosti jejich chování. Začátky tak nebyly jednoduché, docházelo ke konfliktům. Ve zvýšené míře se projevovala slovní a někdy i fyzická agrese. Vše pramenilo ze změny prostředí, z nových osob a neznalosti specifik jednotlivých klientů. Prioritou tedy bylo navázat kontakt buď s rodinou, anebo s dalšími blízkými pečujícími osobami pro sběr informací. Během přibližně třech měsíců se podařilo pro jednotlivé klienty s PAS nastavit prostředí a škálu podnětů, na kterou byli zvyklí. Nové prostředí bylo uzpůsobeno tak, aby se jednotliví klienti cítili bezpečně, spokojeně a klidně. U nekomunikujících osob pracovníci používali škálu libosti a nelibosti od 0 – 10 pomocí smajlíků, podobně, jako se tato škála využívá pro vnímání prahu bolestivosti. Multidisciplinární tým, složený ze speciálního pedagoga, sociálního pracovníka, fyzioterapeuta, psychologa, klíčového pracovníka a popř. přizvaných externích odborníků se scházel minimálně 1x týdně, aby vyhodnocoval projevy chování klientů s PAS a eliminoval co nejvíce chování problémové.

Stacionář je kolektivní zařízení, takže není úplně možné reagovat na veškeré požadavky klientů. Jeden např. musí mít stále velmi nahlas puštěnou hudbu, další naopak potřebuje většinu dne ticho a co nejvíce být venku. Toto bylo vyřešeno rozdělením těchto dvou klientů do odlišných skupin. Všichni klienti s PAS využívají komunikační sešity nebo tabule. Pracovníci tuto alternativní komunikační baterii neustále rozšiřují. Strukturovaný program přináší většině klientů s PAS pocit klidu a bezpečí. Vědí co, jak a kdy se bude dít. Některým klientům s PAS, kteří využívají zároveň službu domova pro osoby se zdravotním postižením, byly upraveny prostory bydlení. Změnila se barva na stěnách, odstranily se rušivé a iritující předměty. Někde musel být nábytek napevno upevněn k podlaze a do oken dána bezpečnostní folie, aby si klient neublížil.

Dnes se multidisciplinární tým schází již jen dle potřeby, protože problémovému chování je většinou předcházeno. Pracovníci již znají odlišnosti jednotlivých klientů, umějí s nimi pracovat a vnímají jakékoliv, i jemné změny nálad, které mohou být spouštěčem ataku. Aktivizační činnosti a terapie, které jsou dále popisovány, většinou přispívají k vyrovnanosti klientů. Velmi důležitou složkou je také skutečnost, že pracovníci stacionáře se cíleně vzdělávají v problematice PAS a úzce spolupracují s odborníky APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem).

2 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI JAKO SOUČÁST PODPORY OSOB S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

Společně se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se rozšířil pojem aktivizační činnost. Aktivizace se stala prvkem poskytované služby a dané zařízení sociálních služeb má povinnost ji poskytovat.

V Zákoně o sociálních službách není uvedena přesná definice toho, jak by aktivizační činnosti měly vypadat. Podle Medlíkové bylo cílem tvůrců zákona vytvoření pouze specifického rámce, který by poskytovatelé sociálních služeb vyplnili dle individuálních potřeb lidí, kterým sociální službu poskytují. Obecně lze aktivizační činnosti považovat za souhrn činností, které přispívají k nastartování činnosti, která přispěje k sociální integraci. Dále také může přispět k osvojení si způsobů pro překonávání obtížných situací, které jsou spojeny s postižením. Aktivizační činnosti jsou činnosti skupinové nebo individuální a jsou orientovány na nacvičení a upevnění sociálních, psychických i motorických schopností a tím vedou k rozvoji hodnotného života (Medlíková, 2011).

Záměrem aktivizace je podněcování a motivování klientů k činnosti, jenž jako celek působí na organismus. Činnost má pozitivní účinek. Povzbuzuje obranyschopnost organismu, eliminuje agresivitu a dokáže odvést pozornost od problémů a bolesti. Přijatelným způsobem naplňuje volný čas klientů, vzbuzuje pocit radosti a uspokojení s efektem činnosti a začleňuje je do kolektivu. Aktivizace se snaží o minimalizování netečnosti a nečinnosti člověka. Velmi důležité je pamatovat na to, že také odpočinek patří do podstatné části denního rytmu (Vágnerová, 2004). Z výše uvedeného plyne, že se aktivita nebo aktivizace pokaždé pojí s podněty, které jsou mimořádné, nové

a neobvyklé. „U většiny klientů je schopnost zajistit si dostatečné množství podnětů z okolí oslabena, je třeba jim proto podněty nabídnout nebo zprostředkovat. Druh a intenzita podnětů musí být ovšem přiměřené klientovu stavu. Stejně jako je nutné posuzovat individuálně potřeby jednotlivých klientů, musíme realisticky zvažovat i jejich možnosti.“ (Medlíková, 2011, s. 43). Každý klient by měl dostat příležitost se vyjádřit k nabízené škále aktivizačních činností. Jestli se mu dané aktivity líbí a jestli mu vyhovují, v žádném případě nesmí být klient do ničeho nucen.

Cílem této závěrečné práce není výčet veškerých existujících aktivizačních činností, proto se v této kapitole zaměřuji jen na nejběžněji rozšířené typy aktivit. Nejčastěji jsou při práci s osobami s kombinovaným postižením využívány rozličné druhy terapií. Jednotlivé aktivity budou vždy definovány na základě odborné literatury, poté se budu konkrétně věnovat jejich využití u osob s kombinovaným postižením.

Nabídka aktivizačních činností je pestrá, mění se v závislosti na přání a schopnostech klienta, na ročním období a také na možnostech zařízení. Aktivity si vybírají klienti sami se svým klíčovým pracovníkem v souvislosti s nastaveným cílem individuálního plánování. Nespolutracující klienti jsou motivováni, hledají se alternativy, jak klienta podpořit v aktivitě. U osob s mentálním postižením je zjišťováno, při jaké činnosti prožívají uspokojení a takové činnosti jsou jim následně nabízeny. Značná část aktivit se týká sebeobslužných činností. Klient nemá být závislý na sociální službě, ale má být podporován pouze v těch oblastech, které nezvládne sám nebo s dopomocí. Měřítkem je vždy srovnání se zdravou populací. Dospělé lidi proto neinfantilizují ani v oblékání, ani v oslovování. Je normální, že se v určitém věku pracuje, a to supluje aktivizační činnosti, byť by to bylo třeba „jen“ odnesení talíře po jídle, zalití květin na okně, atp.

Je používán princip normality i u klientů, kteří stárnou. Je normální odpočívat a relaxovat. Veškeré aktivity jsou nastavovány vysoce individuálně s důrazem na klientovy zájmy, schopnosti a dovednosti. Některé aktivity, především v dílnách a ve venkovním prostředí jsou skupinové. V dílnách se klienti střídají a ne všichni jsou schopni takovýchto aktivit. S nimi je pracováno mimo dílny. Samozřejmě může být limitujícím faktorem v denních aktivitách aktuální počet pracovníků. Stacionář disponuje proškolenými tuzemskými i zahraničními dobrovolníky. Ti vykonávají dobrovolnou činnost pod dohledem kmenového pracovníka. Zkušenosti s nimi ukazují, že jsou velkým přínosem pro klienty, především ve zprostředkování života v místní komunitě.

2.1 Arteterapie

Podle Komzákové arteterapie ve svém nejzákladnějším významu znamená léčebné působení prostřednictvím práce s výtvarným výrazem a je součástí široké skupiny expresivních terapií. Výtvarný výraz lze chápat jako potřebu výtvarného vyjádření. Výtvarné vyjádření může mít dvě základní podoby, buď se jedná o potřebu přímo se výtvarně vyjadřovat, výtvarně tvořit, anebo je to reakce, potřeba vyjádřit se k nějakému výtvarnému dílu.

Produktivní arteterapie znamená terapeutické působení, které je založeno na přímé výtvarné tvorbě klienta. Pokud se jedná o terapii uměním (prvoprocesovou arteterapii), potom terapeutický účinek vzniká samotnou tvůrčí činností bez důrazu na verbální terapeutickou reflexi vzniklého díla a výtvarného procesu.

Jedná-li se o art-psychoterapii (druhoprocesovou terapii), terapeutický účinek vzniká spolupůsobením terapeutického účinku tvůrčí činnosti a jeho následnou terapeutickou reflexí. Vzhledem k tomu, že arteterapie je proces, který slouží potřebám klienta, je nutné umět dobře rozpoznat, jaká forma arteterapie je pro klienta nejvhodnější (Komzáková, 2013).

Arteterapie může probíhat buď skupinově, nebo individuálně. V individuální arteterapii se jedná o práci ve dvojici, jde tedy o velmi intenzivní a intimní setkání. Individuální práce umožňuje arteterapeutovi více se soustředit na klienta, jeho potíže, aktuální situaci, aktuální terapeutický proces může „šít“ klientovi na míru. Práce ve dvou rovněž umožňuje detailně sledovat, jak celý tvůrčí proces klienta, tak jeho výslednou práci, zároveň také terapeutická reflexe je zaměřena pouze na daného klienta a jeho potíže (Liebmann, 2005).

Individuální terapie umožňuje klientovi získat rychleji větší důvěru k terapeutovi a k terapeutickému procesu, což vede k větší otevřenosti, rychlejšímu a intenzivnějšímu navázání terapeutického vztahu mezi klientem a terapeutem, intenzivnější spolupráci a potenciálně také k rychlejším změnám u klienta.

Nevýhodou individuální terapie je fakt, že klient nemůže využít léčivou sílu a podporu lidské skupiny, nemá možnost srovnávat své názory s názory jiných lidí (zpětnou vazbu mu poskytuje pouze arteterapeut), nemá možnost se učit různé strategie lidského chování, myšlení a prožívání, protože k dispozici má pouze vzorce chování,

myšlení a prožívání svého terapeuta. Také z ekonomického hlediska se jedná o velice nákladnou formu terapeutické práce.

Indikací pro individuální formu terapie je jednoznačně stav, kdy klient trpí nějakou formou sociální úzkosti, je v krizové situaci anebo když došlo k jeho traumatizování formou nějakého sociálního skupinového kontaktu. V situaci, kdy klient „pouze“ není ochotný vstoupit do terapeutické skupiny, je vhodné tento postoj respektovat, v průběhu času je ovšem vhodné jeho postoj ověřovat.

Individuální arteterapie je spíše vhodná pro arteterapeutický přístup „art-psychotherapie“, kde se cíleně a dynamicky pracuje s verbální složkou v terapeutické reflexi. Při práci v modelu „art for therapy“ je navíc problematické, aby klient dokázal nebýt ve stresu ve fázi tvorby, kdy si uvědomuje, že terapeut „čeká“, než on něco vytvoří a většinou tak nedokáže plně v klidu využít čas k tvorbě (Komzáková, 2013).

Skupinová arteterapie

Hlavní terapeutickou silou ve skupinové terapii je skupinová dynamika. Podle Kratochvíla je skupinová dynamika souhrn skupinového dění a sociálních interakcí, které jsou vytvářeny sociálními vztahy mezi jednotlivými členy skupiny a činností skupiny jako takové v kontextu vnějšího prostředí. Klientům tak pomáhá nejen práce samotného terapeuta, ale zároveň i zkušenosti ostatních členů skupiny a jejich zpětná vazba ke klientovi samotnému, k terapeutovi i ke skupině samotné. Ve skupinové terapii dochází k procvičování sociálního učení a klient může získávat a využívat podporu nejen od terapeuta, ale také od ostatních členů skupiny (Kratochvíl, 1995).

Nevýhodou skupinové terapie podle Liebmana je pak problematictější zachování důvěrnosti, fakt, že klient získává méně individuální pozornosti od terapeuta, i to, že skupina lidí je náročnější na organizaci. Skupinová terapie rovněž poskytuje možnost, že se klient může vyhnout řešení některých problémů tím, že se schová za jiné členy skupiny.

Základní podmínkou pro fungování skupinové terapie je, že:

- terapeut umí pracovat se skupinou a skupinovou dynamikou;
- skupina dodržuje pravidla stanovená pro fungování skupiny;
- mezi členy nejsou sociální vztahy, které by neumožnily klientovi se autenticky ve skupině angažovat (např. partnerské, rodinné, pracovní) (Liebmann, 2005).

Základními pravidly pro skupinovou terapii jsou (Kratochvíl, 1995; Potměšilová, 2012):

- Důvěra a bezpečí (každý má právo říci svůj názor).
- Pravidlo „STOP“ - v okamžiku, kdy klient již nechce dále o tématu mluvit.
- Zásada otevřenosti a upřímnosti - klient se ve skupině snaží mluvit i o tom, za co se stydí, a ve skupinové komunikaci nefabuluje nepravdivé informace.
- Forma komunikace není vulgární a agresivní. Dodržování pravidelné docházky a času sezení.
- Pravidlo mlčenlivosti - informace ze skupiny se nevynášejí mimo skupinu.

Výhody skupinové práce v arteterapii jsou značné - díky ostatním členům skupiny a sledováním jejich výtvarné práce se může klient mnohem více inspirovat, zbavovat se strachu z výtvarné tvorby, rychleji se učit novým výtvarným postupům a využívat je a inspirovat se tak pro vlastní sebevyjádření. Nevýhodou je, že více klientů znamená větší nároky na arteterapeutovu asistenci při výtvarné tvorbě, který se tak nemůže stejně kvalitně věnovat všem klientům. Pro arteterapii zaměřenou na výtvarný proces (art for therapy) považuji za vhodný počet členů skupiny 5 - 6 klientů. Pokud je klientů ve skupině více, je vhodné pracovat v terapeutické dvojici, aby bylo možné dobře zvládnout organizaci výtvarné činnosti a aby byla klientům poskytnuta kvalitní arteterapeutická péče, jak ve vztahu k výtvarné tvorbě, tak při terapeutické reflexi.

2.1.1 Arteterapie u osob s kombinovaným postižením

Arteterapie je u osob s kombinovaným postižením rozsáhlá a různorodá, tak jako jsou rozmanité i formy kombinovaného postižení. U osob s postižením plní funkci rehabilitační, relaxační, terapeutickou a socializační. Klíčovým záměrem arteterapie je kompenzace mentálního postižení a kognitivních funkcí. Cílem je zlepšení komunikačních dovedností, uvolnění kreativity, odreagování se a celkové uvolnění, relaxace, nácvik sebeovládání a vůle. Nelze nepřipomenout, že výtvarné činnosti jsou cenným pomocníkem k procvičování vizuomotorické koordinace, grafomotoriky a rozvíjení schopnosti koncentrovat pozornost. Lidem s kombinovaným postižením přináší obohacení života, zábavu i rozptýlení. V arteterapii jde hlavně o samotnou

tvorbu, proces vzniku a prožitek z výtvarného vyjádření. Finální výsledek tvorby a výtvarné dovednosti klientů jsou podružné (Šicková – Fabrici, 2002).

Arteterapie jako nonverbální dovednost, je lehce dostupná a je vhodná i pro osoby s poruchami komunikativních schopností. Výtvarný proces poskytuje různorodé alternativní nástroje komunikace. Zprostředkovává jinou, nonverbální a symbolickou řeč, prostřednictvím které mohou klienti s postižením vystihnout své emoce, tužby, pochybnosti a fantazie (www.arteterapie.cz).

Liebmann radí při práci s lidmi s postižením v sociálních službách využívat výtvarné práce, které se podílí na rozvíjení osobnosti. Jako nejprospěšnější shledává práce na koncentraci, práce zaměřené na zručnost a paměť. Reflexe nad výsledky práce nebudou tak důležité jako u jiných cílových skupin. Výtvarné umění v ambulantních nebo rezidenčních službách může otevírat cesty ke kreativitě a bezprostřední spontánnosti (Liebmann, 2005).

Při arteterapii s osobami s kombinovaným postižením se využívají rozličné arteterapeutické techniky, mezi které řadíme tematickou kresbu, výtvarný projev při hudbě, volná kresba prsty namočenými v barvě či spontánní kreslení tužkou. Skupinové výtvarné aktivity mohou sloužit nejen jako významný diagnostický prostředek pro odhalení skupinové dynamiky, ale i k nápravě vztahů ve společnosti (Šicková – Fabrici, 2002).

2.2 Muzikoterapie

„Muzikoterapii lze pojmut jako aplikaci hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.“ (Valenta, Müller, 2007, s. 134). Umění nejrozmanitější podoby doprovází člověka v jeho životních proměnách. Projevuje se jako neobyčejná forma zpodobnění něčeho, co je ukryto v člověku (Zeileiová, 2007). Obohacovat a doprovázet nás může umění i formou terapeutického přístupu, využívající hudbu. Pozvednout nějaký zvuk na hudbu dovede jen člověk, a to prostřednictvím svého hlasu jako nejstaršího, nejvšestrannějšího a nejdokonalejšího zdroje hudby. Dalším způsobem je použití konkrétního hudebního nástroje (Oling, Wallisch, 2004).

Muzikoterapie patří do oblasti expresivních terapií, které používají výrazové umělecké prostředky hudební, literární, dramatické a pohybové povahy. Využívá hudbu a hudební elementy prostřednictvím kvalifikovaného muzikoterapeuta pro jednotlivce nebo skupinu. Usiluje o rozvoj a usnadnění komunikace, vztahů, učení, sebevyjádření a další terapeutických záměrů, aby byly naplněny tělesné, emocionální, mentální, sociální a kognitivní potřeby (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Jednoduše definovat muzikoterapii je značně obtížné. Důležitý a společný pro všechny směry a proudy muzikoterapie je cíl.

„Muzikoterapie je použití hudby anebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb.“ (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009, s. 27). Rozvíjení potenciálu a obnovení funkcí jednotlivce, za účelem dosažení intrapersonální nebo interpersonální integrace, která dále vede ke zvýšení kvality života jak formou prevence, tak samotné rehabilitace a léčby (Kantor, Lipský, Weber a kol., 2009). Tento cíl a definice muzikoterapie je také uznáván Světovou federací muzikoterapie z roku 1996.

2.2.1 Muzikoterapie u osob s kombinovaným postižením

Vnímání hudby na určitém stupni je dostupné všem, nevyjímaje handicapované. Přináší jim šanci prožívat radost, navozuje klid a pohodu, aktivizuje a kladně ovlivňuje osobnost člověka. Pozitivní vliv hudby na osoby s kombinovaným postižením je nesporný. Prostřednictvím hudby nabývají širší estetické znalosti, rozvíjí se jejich mluvní a motorické schopnosti a rozevírají se širší příležitosti k navázání sociálních vazeb a kontaktů (Hornáková, 2001).

Terapeutické cíle se stanovují individuálně pro každého člověka s kombinovaným postižením s přihlédnutím k jeho specifickým potřebám. Účinky muzikoterapie, obzvláště muzikoterapie celostní, jsou velmi hluboké a zasahují do všech složek lidské osobnosti (Drlíčková, 2013).

- **Fyzická složka** - odpoutání a redukce bolesti, zlepšování svalových funkcí, usnadnění průběhu rehabilitace, maskování nepříjemných okolních zvuků, zvyšování fyzické aktivity, koordinace pohybů, stabilizace krevního tlaku, snížení srdečního pulzu, podpora procesu uzdravování, regulace dýchání, zlepšení motorických funkcí, posílení požadovaných pohybových vzorců, snížení svalové tenze, zlepšení respirace a vitální kapacity plic
- **Psychosociální složka** - snížení strachu a úzkosti, podpora kognitivního a sociálního vývoje, akceptace trvale narušeného zdravotního stavu a omezení, zvýšení motivace v procesu léčení, podpora strategií zvládání tíživých situací, zvýšení schopnosti sebevyjádření, emocionální podpora, rozvíjení pocitu kontroly, prohloubení relaxace, zvýšení tolerance k bolesti, snížení požadavků na medikaci, zvýšení kvality okolního prostředí a péče, zlepšení nálady, rozvoj sociálních interakcí a komunikace, sebevyjádření, motivace, osobní a duchovní rozvoj (Kantor, Lipský, Weber, 2009)
- **Vnímání a pozornost** - získávání zkušenosti se smysly, uvědomování si tělesného schématu, rozvoj narušeného senzorního vnímání a integrace, zlepšení koncentrace, rozvoj záměrné pozornosti.
- **Motorika a senzomotorika** - rozvoj hrubé a jemné motoriky, rozvoj schopností vyjadřovat se prostřednictvím těla a pohybu, rozvoj vizuomotorické koordinace, rozvoj výkonových a kvalitativních aspektů motoriky.
- **Emoce** - předcházení agresivitě, vyjadřování a uvědomování si pocitů, zvýšení sebevědomí, vyrovnávání se s tíživými situacemi.
- **Sociální interakce** - zlepšení interpersonálních dovedností a sociálních interakcí s druhými, osvojování si sociálních rolí, snížení izolace, posilování nezávislosti, sdílení doteků, posilování vlastní identity.
- **Chování** - rozvoj a podpora chování zaměřeného na dosažení cílů, uvědomování si vlastního chování, redukce rušivého chování, rozvoj schopnosti následovat instrukce, zlepšení dovedností nápodoby, zvýšení zapojení se do aktivit.
- **Komunikace** - zlepšení schopnosti vyjadřovat své pocity a myšlenky, zlepšení porozumění, rozšiřování slovní zásoby, efektivní využívání neverbální komunikace, rozvoj mluvidel.
- **Vědomosti a školní dovednosti** - pomoc při učení, prostorová orientace, posilování paměťových stop.

- **Relaxace a antistresové dovednosti** - psychosomatické uvolnění, zvládání stresu, nervozity, úzkosti, psychické zátěže.
- **Volnočasové aktivity** - zvýšení kvality života, radostné okamžiky, trávení času s vrstevníky.
- **Jiné** - diagnostika, rozvoj kreativity, osobní růst (Kantor, 2007).

V muzikoterapeutickém procesu je stanovení cíle velmi zásadní. Obecný cíl je nutné dělit na parciální, vést dokumentaci o průběhu terapie a evaluaci, která nám pomáhá při dalším stanovení cílů a rozhodování, jaké metody a formy v muzikoterapii zvolit (Drlíčková, 2013).

2.3 Ergoterapie

Ergoterapii lze označit zjednodušeně jako léčbu prací, nicméně ne všechny aktivity, které se váží k zaměstnávání, lze považovat za ergoterapii. Základním principem ergoterapie je využívání vlastní aktivity člověka k ovlivnění jeho snížené funkce v sociální, psychické nebo fyzické oblasti. O ergoterapii se jedná v případě, že vykonávaná aktivita zlepšuje výkon jednotlivce a působí na výše zmíněné funkce preventivně, aby nedošlo k jejich vymizení (Dočkal, 2007).

Ergoterapie je Českou asociací ergoterapeutů popisována jako: „profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností osob potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci člověka v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.“ (www.ergoterapie.org).

Celkově tedy jde o aktivizaci člověka se záměrem získání co největší samostatnosti a maximální soběstačnosti v obvyklých denních činnostech, pracovních aktivitách a aktivitách volného času. Ústředním terapeutickým prostředkem v ergoterapii je zaměstnávání nebo také smysluplná činnost. Do tohoto procesu je klient aktivně začleněn a není jen pasivním příjemcem léčebné intervence (www.ergoterapie.org).

Opatřilová a Zámečnicková rozčlenily ergoterapeutické činnosti na tyto základní okruhy:

- **Ergoterapie orientovaná na nácvik a rozvoj soběstačnosti** – tato sféra je zacílená na činnosti, které vykonáváme v běžném životě, každý den, aniž bychom jim přikládali velký význam, avšak člověku s postižením mohou působit problémy. Záměrem je nácvik a zvládnutí všech těchto běžných činností, jako jsou např. hygiena, oblékání, příprava pokrmů, aj... Ty přispívají k větší soběstačnosti a samostatnosti. Uplatňovány jsou zde veškeré dostupné kompenzační pomůcky.
- **Ergoterapie zaměřená na postiženou oblast** využívá činností zacílených na specifickou dysfunkci osoby, a poté tuto oblast přijatelnými aktivitami dostatečně procvičuje. Záměrem je zvýšení svalové intenzity, zlepšení zručnosti a svalové koordinace.
- **Kondiční ergoterapie** – v této sféře jde o zaměstnávání aktivitami, při kterých je brán ohled na klientovy zájmy. Ústředním plánem je aktivizování klienta, zlepšení jeho nálady a odpoutání pozornosti od každodenních starostí.
- **Ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace)** – má za úkol zjistit, zda je osoba s postižením způsobilá vrátit se zpět k původnímu zaměstnání. Tato oblast napomáhá začlenit člověka s postižením do pracovního procesu. Děje se tak na chráněných nebo podporovaných pracovištích nebo na běžném trhu práce. Opětovné začlenění by však mělo být skutečně dobře promyšlené a s ohledem na postižení jednotlivých osob v první řadě reálné (Opatřilová, Zámečnicková, 2008).

2.3.1 Ergoterapie u osob s kombinovaným postižením

Pracovní terapie má rozsáhlou schopnost kompenzace kognitivních nedostatků u lidí s mentálním nebo kombinovaným postižením. Stěžejním úkolem ergoterapie u výše zmíněných osob je v první řadě získání a udržení si pracovních návyků, schopností, dovedností a zkušeností. Příslibem aktivnějšího prožití života je získání co nejvyšší míry soběstačnosti a samostatnosti. Ergoterapie má vliv nejen na fyzickou,

ale i na psychickou stránku člověka, kdy se pracovní začlenění častokrát stává i smyslem života (Dočkal, 2007).

Aktivity v pracovní terapii vhodné pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením můžeme dělit na pracovní činnosti probíhající v interiérních nebo v exteriérních prostorách. V prostorách interiéru se jedná o práci s papírem (origami, různé skládky, koláže a vystřihování), modelování z rozličných materiálů (modurit, sádra, hlína, plastelína, těsto) nebo práci s přírodninami, kde oblíbeným přírodním materiálem, se širokým využitím jsou barevné podzimní listy a vrbové proutí k výrobě košíků rozličných tvarů. Jinou alternativou je práce s textilem. Zde začleňujeme tradiční ruční práce jako je háčkování, šití na stroji, pletení, vyšívání, tkaní na stavu, tkaní na rámu. U mužů v oblibě vedou práce s kovem a se dřevem, které potřebují větší zdatnost a fyzickou sílu (Klusoňová, Špičková, 1988).

Výběr prací v exteriéru, venku, je velmi pestrý a umožňuje zapojení osob s rozličným věkem i s handicapem. Výhodou už je samotné setrvávání člověka venku v přírodě, na svěžím vzduchu v parku nebo na zahradě. V areálu zařízení lze nabídnout nepřeborné množství ergoterapeutických činností jako je údržba parku, údržba sportovišť a hřišť. V této situaci je však pracovní terapie závislá na velikosti a povaze pozemků, na materiálních, technických a personálních předpokladech určitého zařízení sociálních služeb. Některá zařízení dokonce zakládají na svých pozemcích skleníky a malá zahradnictví. Tam pak klienti mohou pěstovat bylinky, zeleninu nebo květiny. Pro takovéto záměry jsou také vhodná zvířata v hospodářství, o které se klienti mají příležitost starat (Klusoňová, Špičková, 1988).

Dočkal doplňuje, že praktikované činnosti v oblasti ergoterapie u osob s kombinovaným postižením, musí být vždy přiměřené funkčnímu stavu klienta, přičemž je důležitý výběr vhodného zaměstnání. Na zřetel musíme brát zdravotní stav, zájmy, věk a pohlaví. Typ a aktivitu pracovních činností si podle zájmu každý volí sám. Je nežádoucí, aby byl klient do nějaké činnosti nucen. Vhodným způsobem by se klient měl motivovat tím způsobem, aby měl pocit, že danou práci dělá sám od sebe, aby ho naplňovala a měl z ní radost (Dočkal, 2007).

2.4 Animoterapie

Animoterapie je pojem, pod kterým si lze vybavit podpůrnou léčebnou metodu, která využívá vzájemné působení vztahu mezi člověkem a zvířetem, jenž absolvovalo speciální výchovu k této činnosti. Freeman popisuje animoterapii jako kladné působení zvířete na člověka, které může mít až léčebné účinky (Freeman, 2007).

Vědci se shodují na tom, že pozitivní až léčivý vliv zvířat na člověka blahodárně ovlivňuje lidskou psychiku. Doteky a hlazení zvířete, mluvení na ně nebo jen jeho sledování vyvolává u člověka kladné emoce, pocity bezpečí, přátelství a štěstí. Tito činitelé mají nepochybně významný dopad na fyzický pocit pohody a také na celou psychiku člověka (Leser, 2012, vlastní překlad).

Nerandžič popisuje, že důvěrný a dlouhodobější kontakt člověka se zvířetem navozuje příznivé sociální, somatické, a psychické reakce, jenž se podílí na zlepšení celkového zdraví, upravují psychiku a s tím související kvalitu života. Vědecké studie poukazují na fakt, že lidé nemocní, kteří chovají zvířata, mají sníženou hladinu tuků a cukrů v krvi a mají nižší tlak krve než lidé, kteří zvíře nechovají. Tito lidé jsou také méně náchylní k depresi. Zvířata tím, že lidem poskytují společnost, jim mohou napomoci vypořádat se se samotou a izolací od společnosti. Také jsou subjektem, kterému je možné se věnovat a o který mohou pečovat. To napomáhá ke zvýšení sebevědomí a pocitu vlastní nezbytnosti. Za velice kladný je považován fakt, že zvířata motivují k aktivnímu stylu života. Některé druhy zvířat dokonce napomáhají ke zvyšování fyzické kondice, jelikož skýtají důvod k fyzickým aktivitám. Vždy lze se zvířaty nějakým způsobem komunikovat. Zároveň jsou zvířata vítaným tématem rozhovoru s jinými lidmi. Ze zvířete se stává nepostradatelný důvěrník, nikoho nesoudící a poskytující absolutní přijetí bez ohledu na handicap, stáří nebo stanovenou diagnózu (Nerandžič, 2006).

Freeman dodává, že animoterapie je týmová kooperace. Zvíře se zde nachází v roli zprostředkovatele tzv. koterapeuta. Pokaždé je zapotřebí pamatovat na to, že člověk je na opačné straně. Je terapeutem, který se rozmýšlí zda, jak a kdy přítomnost zvířete použít ke snížení lidského trápení (Freeman, 2007). Hastrmanová upozorňuje, že je velice důležitá pohoda zvířecího terapeuta při práci s ním. Je legislativně ošetřena a přímá ochrana je sepsána právními předpisy. Ty ohraničují, zakazují a postihují konání považované za týrání zvířat. Majitel zvířete musí své zvíře

dobře znát a musí dokázat poznat, zda je unavené a je narušena jeho pohoda. Jen takové zvíře, které je spokojené, dovede prokázat a plně rozvinout a zprostředkovat své empatické schopnosti a odevzdávat člověku svou lásku, energii, porozumění i část sebe (Hastrmanová, 2010).

Leser ukazuje na skutečnost, že zvířata pomáhají jen tomu, kdo je má rád. Veškerý zkoumaný nebo pozorovaný kladný účinek zvířat na člověka je působivý jen tehdy, pokud existuje dobrý, fungující a stabilní vztah mezi člověkem a zvířetem (a naopak). Kdo se zvířat štítí, nemá je rád a dokonce je nenávidí, bude ochuzen o možnost prožít jejich pozitivní účinek (Leser, 2012, vlastní překlad).

Mezinárodní společnost pro terapii za pomoci zvířat člení odlišné intervence. Podle svého zaměření se terapie za pomoci zvířat rozděluje na čtyři oblasti. Jedná se o aktivity za pomoci zvířat, kde je stěžejním záměrem obecná aktivizace a využití bezprostředního kontaktu člověka se zvířetem. Dále terapie za pomoci zvířat, kde cíleně zaměřené speciální úkoly stanovuje a vede odborně proškolený personál. Třetím polem působnosti je edukace za pomoci zvířat, využívaná v první řadě speciálními učiteli v rámci zážitkové pedagogiky a jako motivační činitel pro výuku. Čtvrtou, poslední oblastí je krizová intervence za pomoci zvířat, kdy je pozitivní dopad zvířete odborně užíván k přirozenému odstraňování stresu a k vyvolání klidu a pohody u klienta.

2.4.1 Využití ostatních zvířat v animoterapii

Rozmanitost zvířecích druhů, které se využívají pro rehabilitaci a podpůrné aktivity, je velká. Vedle koní a psů se v této sféře uplatňují i morčata, králíci a kočky, papoušci, fretky, delfíni, ovce, lamy, kozy a další mnohá zvířata. U každého zvířete lze nalézt výhody i nevýhody. Vybírání zvířete souvisí s cílem a účelem terapie. Vždy by na prvním místě mělo stát zdraví klienta a jeho pohoda, také pohoda samotného zvířecího terapeuta.

2.5 Hiporehabilitace

Hiporehabilitace reprezentuje veškeré aktivity a terapie ve sféře, kde se setkává člověk s postižením a kůň. Hiporehabilitace se člení do několika podoborů, které speciálně pracují s koněm v terapii:

Hipoterapie (dále jen HT)

Jedná se o léčebnou rehabilitační metodu fyzioterapie, která ovlivňuje klienta prostřednictvím pohybových impulsů. Tyto impulzy vznikají během koňské chůze. Přenášením pohybu koňského hřbetu na tělo člověka dochází ke stimulaci centrální nervové soustavy (dále jen CNS). Přejímání motorického pohybu působí na svalový tonus a zlepšuje pohyb člověka v prostoru. Díky podobnému pohybovému stereotypu chůze koně a člověka, CNS člověka s pohybovým postižením je povinna zpracovávat a vysílat signály a příkazy, které by jinak vysílala při lidské chůzi za normálních okolností. Tímto se aktivizují postižené pohybové programy, jež jsou zapříčiněny poruchou CNS, onemocněním či úrazem (www.hiporehabilitace-cr.com).

Dle Caskové: „Hipoterapie maximálně využívá vše, co kůň nabízí – pohyb, kontakt, emoce a prostor.“ (Casková, 2010, s. 65). U hipoterapie je také využíváno tělesné teploty zvířete, která je vyšší než teplota lidská. Jde o důležitý prvek relaxace ztuhlého svalstva u osob s tělesným postižením. Uvolnění svalů pak velice úzce souvisí s uvolněním psychickým.

V průběhu terapie je pokaždé kůň veden vodičem v kroku. Z hlediska ovládání koně je klient pasivní a je na koňském hřbetu variabilně polohován, to vše se děje, aby bylo dosaženo terapeutického cíle. Hermannová upozorňuje, že hipoterapie je vysoce riziková terapie a metodicky náročná, a měla by probíhat pod vedením odborně proškoleného fyzioterapeuta. Hipoterapie prováděna neprofesionálně, může vést k vytváření a fixování patologické hybnosti. I nepatrné pochybení může negativně ovlivnit efekt léčby. Každý klient musí mít lékařské doporučení a lékaře, který bude během léčby dohlížet na jeho zdravotní stav (Hermannová, 1998).

Psychoterapie pomocí koní

Psychoterapie pomocí koní se řadí mezi integrativní směry psychoterapie, jenž využívá speciální triádu terapeut - kůň - klient. Léčba se zakládá na působení

psychologických prostředků s použitím specifických vlastností koně jako koterapeuta k ovlivnění duševních poruch a duševních onemocnění (www.hiporehabilitace-cr.com).

Aktivity s využitím koní

Aktivity s využitím koní (dále jen AVK) je metodou speciální pedagogiky, pedagogiky sociální a práce využívající kontakt s koněm, prostředí jezdecké stáje a vzájemné interakce člověka s koněm jako nástrojem aktivizace, motivace a vzdělávání lidí se speciálními potřebami (www.hiporehabilitace-cr.com).

Cílem AVK je podle Caskové podpoření procesu učení, kladné změny v chování a korekce přístupu k okolí. Ježděním na koni při správném vedení koně narůstá sebereflexe klienta, vyvolává pohodu a poskytuje prostor pro lepší předpoklady v komunikaci. Už samotný kůň a kontakt s ním probouzí u klientů emotivní prožitky, podporuje jejich pozornost a intelektovou složku. Kůň je i pro další aktivity silným motivačním elementem, což usnadňuje další pedagogický účinek. Kůň je díky své velikosti přirozenou autoritou a svým stabilním vystupováním reguluje nepřiměřené jednání klientů (Casková, 2010).

Skladba terapeutického týmu může být velmi rozmanitá. Používá se prvků hry, soutěží nebo vzájemné kooperace mezi klienty. Do terapie se řadí péče o koně, práce u koní ve stáji, aktivní ježdění, střídá se práce klienta s koněm ze země s činnostmi konanými ze sedla. S klienty lze pracovat skupinově či individuálně (www.hiporehabilitace-cr.com).

Parajezdectví

Jedná se o „sport pro osoby se zdravotním postižením, který je založen na aktivním ovládnutí koně. Jezdec se učí za použití speciálních pomůcek nebo změněné techniky jezdit na koni, voltižním cvikům nebo vedení koně v zápřeži.“ (Casková, 2010, s. 67).

Hiporehabilitace u osob s kombinovaným postižením

Pro lidi s kombinovaným postižením jsou nejpřínosnější aktivity s využitím koní. Jejich prostřednictvím nabývají velké množství nových zážitků, zkušeností

a návyků, které prospívají psychice a výrazně přispívají k celkovému zlepšení kvality života. Při práci s osobami s kombinovaným či mentálním postižením používáme veškeré metody, které jsou přístupné a jejichž výběr v první řadě závisí na terapeutickém cíli, jenž vyvstává z individuálních potřeb daného člověka. Můžeme užít výhody individuální terapie nebo kladný efekt skupiny, kdy klienti mají možnost pomoci si navzájem, podporovat se a učit se spolupráci. Osoby s lehkým mentálním postižením se mohou v oblasti speciálních disciplín úspěšně účastnit sportovního ježdění handicapovaných (Hollý, Hornáček, 2005).

Nerandžič doplňuje, že lidé s mentálním postižením z velké části nemají žádné hlavní problémy zapojit se do aktivit s využitím koní. Je však nezbytné zhodnocení stavu dalších přidružených nemocí, které se u této klientely vyskytují poměrně často. Důležitým aspektem je úroveň jejich mentality a pohybová vyspělost (Nerandžič, 2006).

2.6 Canisterapie

Pod pojmem canisterapie se rozumí léčebný kontakt člověka a psa. Jde o formu podpůrné psychoterapie, která je zcela opřena o vzájemnou interakci, která musí být kladná. Obecným záměrem je rozvíjení emocionálních, intelektuálních a lokomočních schopností klientely (www.canisterapie.cz).

Podle Tiché je nadměru žádoucí canisterapii používat jako motivačního prvku k jisté aktivitě člověka jako například k pohybu, motorice, k pozornosti či k samotnému léčení. Prostřednictvím emočně příjemných zážitků, které poskytuje interakce se psem, může docházet ke zlepšení psychického stavu klienta a jeho vztahů s druhými. Canisterapie může existovat i jako zpestření náplně běžného dne v zařízení či jako pojící element v rámci integrování zdravé a intaktní populace (Tichá, 2007).

2.6.1 Canisterapie u osob s kombinovaným postižením

Při práci s klienty s mentálním a kombinovaným postižením lze použít značnou spoustu eventualit zapojení psa do programu. Pes může být bezprostředním aktérem

v činnosti např. při soutěžení, výcviku psa nebo při hře. Pes iniciuje k pohybu, a tak i k rozvíjení funkcí motoriky při procházkách do přírody i v překonávání rozličných překážkových drah. Může být také cenným pomocníkem při rozvoji jemné motoriky nabídkou jednoduchých a praktických úkolů, jako je např. házení míčku, manipulace s různými druhy zapínání a karabinami, česání psa i hraní s granulemi. Z druhé strany pes poskytuje relaxaci během hlazení psa nebo polohování (Tichá, 2007).

Pes je původcem přijatelně silných a účinných podnětů, které jsou proměnlivé. Umí vzbudit zájem klienta a udržet ho v koncentraci pozornosti po delší dobu než jiné objekty. Pes je odlišným živočišným druhem, můžeme jej pozorovat z bezprostřední blízkosti a zkoumat ho, uvědomovat si jeho jednotlivé úseky těla a tím více poznávat svět okolo nás. V porovnání s hračkou je pes živým tvorem, který reaguje na dotyk a hlas, můžeme se o něho starat, pečovat o něj, dotýkat se ho, hladit ho a mazlit se s ním. Pes se stává pro osoby s kombinovaným postižením i nástrojem k integraci a po boku psa dostávají klienti větší jistotu ve vztazích s ostatními lidmi. I pro jiné lidi je pes atraktivní, bourá překážky a poskytuje přijatelné téma k rozhovoru. V neposlední řadě je pes pravým přítelem a velkým důvěrníkem, jemuž se mohou svěřit se svými radostmi i starostmi (Galajdová, 1999).

2.7 Dramaterapie

„Dramaterapie je metoda pomáhající použitím dramatických (divadelních) postupů upravit psychické poruchy, sociální vztahy, důsledky tělesného nebo mentálního postižení. Slouží i k podpoře duševní a fyzické integrace, rozvoji slovní i mimoslovní komunikace a podněcuje osobnostní růst.“ (Valenta, 2001, s. 23).

Dramaterapie využívá jak verbalizaci, tak i neverbální pohybové prostředky, improvizální hru v roli a symbolickou gestiku. Nesoustředí se jen na vyřešení daného problému, ale nepřímo usiluje prostřednictvím příběhu, hry, role nebo situace šířit náhled na vlastní situaci a lépe se poté zorientovat v situacích, problémech, i ve vztazích. Záměrem dramaterapeuta je umožnění klientovi zažít emoce a uvolnění se, získání schopnosti spontánního a přirozeného chování, rozvíjení fantazie a soustředění a upevnit tak sebedůvěru (www.expresivniterapie.org).

2.7.1 Dramaterapie u osob s kombinovaným postižením

Do skupiny dramaterapie lze zahrnout klienty se všemi stupni mentálního postižení. Při dramaterapii se využívá práce s představivostí. Člověk se při ní může realizovat a zejména klienti při ní mohou prožít sebe sama v situacích, do kterých by se za normálních okolností zřejmě nikdy nedostali. U osob s postižením v dramaterapii není klíčové učení se novým rolím, ale jde o modelaci vhodného chování v sociálních rolích. V rámci dramaterapie lze používat pohádky, rozličné příběhy, příběhy ze života samotných klientů, využívají se loutky, improvizace s předměty, maňásci, líčení a výtvarné vyjádření emocí a fantazie, které vznikly v rámci probíhání dramaterapeutického procesu. Při vybírání her musíme brát v úvahu pomalejší myšlení těchto osob, dopřát jim dostatečné množství času k porozumění významu her, aby dokázali splnit úkol a zažili tak pocit úspěchu (Valenta, 2001).

2.8 Tanečně – pohybová terapie

Česká asociace taneční a pohybové terapie popisuje metodu jako psychoterapeutické používání pohybu v procesu posilujícího kognitivní, emocionální, sociální a fyzickou integraci osoby.

Tanečně – pohybová terapie je především nedirektivní, skupinová terapie, aktivitu nechává na klientovi. Účelem není jen zdokonalování podoby pohybu, ale nalézání nových způsobů existence, cítění a odhalování emocí, které stěží vyjádříme verbálně. Také se orientuje na odstranění patologických stereotypů, bloků v pohybu nebo v chování a na rozšíření pohybového indexu člověka. Klienti se naučí prostřednictvím tanečně – pohybové terapie lépe poznávat svoje tělo a zlepši svoji koordinaci. Pro přijetí do skupiny není podmínkou žádný pohybový talent ani předchozí zkušenost s tancem. Neklasifikuje se výkon, ale sebevyjádření, autentičnost pohybu, a osobní prožitek (Čížková, 2005).

2.8.1 Tanečně – pohybová terapie u osob s kombinovaným postižením

Tanec u lidí s mentálním a kombinovaným postižením přirozeně rozvíjí pohybové dovednosti a návyky, zlepšuje držení těla i veškerou kulturu pohybu. Kreativní pohyb má dopad na rozvíjení intelektových schopností, vnímání, myšlení, paměť i na emocionální oblast. Lidem s postižením navíc tanec přináší pěkné zážitky, uspokojení a zážitek z pohybu a také radost z úspěchu. I osoby s postižením potřebují mít kontrolu nad svojí tělesnou stránkou, z toho důvodu je při terapii vhodné využívat velká zrcadla. Klienti pak mají příležitost sledovat své tělo v rozličných polohách a pohybových kreacích a motivuje je to pracovat takovým způsobem, aby se líbili sami sobě. Prostřednictvím zrcadel dojde lépe k uvědomování si možností vlastního těla a napodobování. Dochází tak k utváření kladného sebeobrazu. Při práci s osobami s mentálním a kombinovaným handicapem by měl být důraz kladen vždy na to, aby si uvědomovali a procítili každou část svého těla a detailně se jí zaobírali (Čížková, 2005).

2.9 Snoezelen

S definicí snoezelen metody se setkáváme u Tiché, která ji popisuje jako: „poskytování nových zkušeností a zážitků, podnětů, které mají klienta vytrhnout z obvyklého prostředí, mají dodat nový stimul pro jeho rozvoj, poskytnout mu nové možnosti.“ (Tichá, 2011, s. 36).

Posláním snoezelenu je především obohacení koncepce služeb převážně pro osoby s těžkou formou postižení. Je ale prospěšný všem, i přes to, že pro někoho může být jen volnočasovou aktivitou, pro jiného může být naopak zdravotní terapií nebo sociální aktivizací.

Koncepce snoezelen se v literatuře používá ve dvou rozměrech. Je takto pojmenována metoda (jedná se o speciálně pedagogickou, terapeutickou metodu) nebo místnost (jedná se o speciálně vytvořené prostředí). Mnohdy je metoda práce pojmenována snoezelen a prostor jako multisenzoriální, multismyslová či psychorelaxační místnost.

„Právě ve snoezelenu je vše dovoleno, zde nikdo nikoho k ničemu nenutí, naopak, každý si dělá právě to, co v danou chvíli chce. Zejména dobrovolnost využití nabídky je velmi důležitá. Hlavním cílem tedy není zlepšení výkonu či naučení se něčemu novému, ale hodnota spočívá ve využití volného času, v různých aktivitách nebo jen příjemném uvolnění. Spojuje myšlenku dynamiky s relaxací. Smysl vidíme v příjemné atmosféře, vyvolávání kladných emocí, zážitků a v možnosti získání skutečného mezilidského kontaktu.“ (Truschková, 2007, s. 90-91).

Snoezelen v podání Truschkové je účelně vytvořené prostředí, kde se nachází atmosféra důvěry a bezpečí a poskytuje senzoryckou stimulaci, tj. co nejrozsáhlejší spektrum senzuálních podnětů. Výbava prostoru může poskytnout využití hudby, matrací, předmětů určených k manipulaci, světelných stimulů, čichových, zrakových a haptických stimulů, aj. (Truschková, 2007).

Prostředí snoezelenu podle Švarcové plní funkci:

- **Relaxační** – účelem je kompletní zklidnění, uvolnění, ponoření se do relaxování, vytvoření efektní atmosféry teplem, vůní, hudbou, matným osvětlením.
- **Poznávací** – poskytuje pohyb osobám i s částečnými motorickými schopnostmi (přemísťování, plazení se, lezení, vylézání a slézání, houpání se, kutálení, schovávání se, objevování).
- **Interakční** – stimuluje a vyzývá k tužbě sám ovlivňovat děj, např. zapnout, zhasnout, spustit světlo, světelný vodní sloup, vibrační masážní strojek (Švarcová, 2000).

Ať už snoezelen probíhá jako volnočasová činnost nebo terapie, vždy se řídí podle individuálních potřeb člověka. Významný je i vztah klienta a terapeuta a jejich vzájemný soulad a porozumění. U vytyčování způsobu a cíle terapie je nezbytné důkladné obeznámení terapeuta s anamnézou klienta. Nesmí v ní chybět podrobná analýza libých a nelibých podnětů, všeliké druhy reakcí a možností, jakým způsobem klientovi nabídnout pocit bezpečí a jak klienta upokojit v případě, že by se v nové situaci a v novém prostředí necítil příjemně. Následným bodem je zadání cíle terapie. Záměrem může být probuzení klienta z letargie, stimulace a nastartování smyslů pro intenzivnější vnímání, anebo naopak zklidnění se v rámci relaxace. Jednou z nejdůležitějších zásad při práci ve snoezelen místnosti je udržování interpersonálního

kontaktem k člověku s nejtěžší formou postižení a přijímání ho takového, jaký je, uznávat jeho vůli a projevy a respektovat je. Nepostradatelný je individuální přístup ke každému člověku a respektování jeho intimního, případně osobního prostoru (Tichá, 2011).

S koncepcí snoezelen je velice úzce spojena metoda bazální stimulace. Tuto metodu Vítková popisuje jako vývoj podporující stimulační koncept, který je interakční a komunikační. Je zaměřený na veškeré oblasti potřeb člověka a na bazální rovině podporuje lidské vnímání a komunikaci. Koncepce bazální stimulace znamená nejzákladnější škálu stimulů v nejelementárnější podobě všude tam, kde klient s těžkým postižením vzhledem ke svému zdravotnímu stavu není schopen přijatelně si sám zaopatřit přísun přiměřených podnětů, které jsou nezbytnou součástí jeho vývoje (Vítková, 2005).

V pojetí bazální stimulace je aktivita terapeutů zaměřena na nabízení podnětů a pohybu, díky nimž navazují komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání. Poskytované podněty v péči o osoby, musí být vhodně a individuálně strukturované. Péče opírající se o principy bazální stimulace snižuje stres a napětí a podporuje individuální vývoj člověka. Techniky konceptu vyžadují kontinuální výcvik a musí být především realizovány správným způsobem, abychom docílili terapeutického záměru (Friedlová, 2007).

3 Kvalita života osob s kombinovaným postižením

O kvalitě života se v posledních desetiletích mluví v odlišných souvislostech a sférách lidského dění jako např. o zdraví, vzdělávání, ekonomice, politice, službách, životním prostředí, samostatnosti, právu na sebeurčení, rozhodování, atd. Pojem kvality života je proto různý podle toho, který vědní obor tento jev zkoumá nebo popisuje. Kvalitu života analyzuje především medicína, ze společenských věd je to psychologie, sociologie, sociální a speciální pedagogika, sociální práce, andragogika.

V důsledku spousty rozličných vědeckých přístupů, odlišné kulturní podmíněnosti a celkovému subjektivnímu profilu, nelze jednoznačnou definici kvality života určit. Klasifikaci kvality života lze vyjádřit objektivně z hlediska; tohoto nazírání bývá vymezena na základě daných ukazatelů, které líčí podmínky života: např. fyzické a psychické zdraví, socioekonomický status, vztahy, bydlení, materiální zabezpečení,

životní prostředí. Subjektivní pohled na kvalitu života vyjadřuje míru spokojenosti či nespokojenosti s danou oblastí života.

O kvalitě života se mluví stále častěji. Už roku 1961 upřesnila OSN faktory, ovlivňující podmínky života. Jedná se o: „stav ochrany zdraví, prostředky, vzdělání, pracovní podmínky, stav zaměstnanosti, uspokojování potřeb a zásoby, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odpočinek a zábava, oblékání, sociální jistoty, osobní svoboda.“ (Pipeková, 2006, s. 86).

Pojetí kvality života poprvé zmínil roku 1920 Pigou ve své práci zaměřující se na ekonomii a sociální zabezpečení. Objektem jeho bádání byl dopad státní podpory na sociálně slabší vrstvy obyvatelstva, na jejich život a také na státní rozpočet. S ohlasem se ale nesetkal a pojem kvalita života byl znovu odhalen až po druhé světové válce. V té době proběhly dvě události:

- **WHO** - Světová zdravotnická organizace rozšířila definici lidského zdraví, do které se zařadila fyzická, psychická a sociální pohoda, a to přispělo k diskusím o měřitelnosti tohoto pojetí.
- Zvyšování sociálních nerovností mezi jednotlivými západními společnostmi, se v 60. letech 20. stol. staly impulzem pro rozličná sociální hnutí a politické iniciativy (Mühlpachr, Vaďurová, In Pipeková, 2006).

Cílem existujících zásahů, ovlivňování a intervencí, které mají přispět ke zvýšení kvality života osoby s handicapem, je prvořadé to, aby byl člověk spokojený a mohl nejlépe sám, nebo s podporou prožívat aktivní život obklopen ostatními lidmi v místní komunitě. Mnohé osoby s kombinovaným postižením jsou odkázány na život v zařízení sociálních služeb s celoročním pobytem. Je na místě konstatovat, že v poslední době dochází k rozkvětu rezidenční a neformální péče, a to ve vlastní péči o člověka s postižením, tak také v oblasti materiálního a technického vybavení a bydlení. Hlavními změnami (krom oblasti medicíny) jsou integrace, normalizace, humanizace a transformace ústavní péče.

Transformace ústavní péče, která se projevuje ve sféře integrace, znamená překonání nuceného oddělení lidí s kombinovaným postižením od světa lidí majoritní společnosti. Jde o program začlenění osoby s handicapem do místní komunity. Velké ústavy se drobí na menší objekty, často i na bydlení komunitního typu. Dále se prosazuje úsilí o normalizaci, což vystihuje fakt, že i lidé s postižením mohou žít běžným životem jako jejich vrstevníci. Každý člověk má právo na kvalitní, smysluplný

život. Humanizace ústavní péče znamená brát osoby s postižením jako rovnocenné partnery. Podporovat je a pomáhat jim zvládnout důsledky jejich handicapu. Současné poslání i cíle zařízení sociálních služeb se orientují na kvalitu komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů (Pipeková, 2006).

Rozsah pojetí kvality života

Vaňurová a Mühlpachr uvádějí rozdělení hierarchicky odlišné sféry podle Engelse a Bergsmy:

- **Makro-rovina** – se soustředí na kvalitu života velkých společenských komplexů. V této rovině jde o absolutní smysl života a problematika kvality života se stává součástí elementárních politických úvah.
- **Mezo-rovina** – kvalita života se měří v malých sociálních skupinách (např. ve škole). Klíčovými jsou respekt k morálním hodnotám, ale jsou jimi také sociální klima, vzájemné sociální vztahy, uspokojování bazálních potřeb členů skupiny.
- **Personální rovina** – kvalita života se soustředí na subjektivní hodnocení zdravotního stavu, nadějí, spokojenosti a jiných. Zřetel musíme brát na osobní hodnoty člověka, jeho očekávání a podobně.
- **Rovina fyzické existence** – ta se soustřeďuje na pozorovatelné chování ostatních lidí. V rámci této roviny však postrádáme nutnou dimenzi pro hlubší koncepci kvality života (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Dimenze kvality života

„Ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech výrazně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení pojmu kvality života jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka. K tomuto posunu došlo i v lékařství, kde objektivně měřitelné ukazatele zdraví byly dlouho považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější pro volbu další léčby a pomoci.“ (Řehulková, Řehulka, 2008, s. 17).

Objektivní dimenze kvality života se soustřeďuje na souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a enviromentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. To znamená vyhovět požadavkům těchto podmínek, sociálního statutu a fyzického zdraví.

Subjektivní dimenze kvality života monitoruje vlastní vnímání svého postavení ve společnosti v rámci kultury a hodnotového systému, jde zde o lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem (Dragomirecká, 2006).

„Subjektivní kvalita života je dnes často pojímána jako konstrukt, který je definován čtyřmi spolu souvisejícími, avšak nepřekrývajícími se komponenty: kladnými emocemi, zápornými emocemi, spokojeností s jednotlivými oblastmi a spokojeností se životem jako celkem. Kladné a záporné emoce představují afektivní komponentu kvality života, spokojenost s jednotlivými oblastmi a spokojenost se životem vcelku její komponentu kognitivní.“ (Hnilica, 2005, s. 362)

Mezi činitele umožňující žít člověku ve společnosti patří také:

- *vnitřní činitelé* – zde řadíme somatické a psychické vybavení;
- *vnější činitelé* – jedná se o podmínky existence, které se ztotožňují s objektivní dimenzí kvality života.

Nepožitková pro přehlednost níže uvádí souhrnnou tabulku oblastí, které měří dotazníky kvality života (Nepožitková, 2009).

ZDRAVOTNÍ STAV	Fyzické zdraví	hodnocení
		potíže
		léčba
	Nezávislost	
	Psychické zdraví	diagnóza
		potíže
léčba		
Celkové zdraví	spánek	
	potíže	
KAŽDODENNÍ AKTIVITY	Bydlení	vybavení
		typ
		okolí
		s kým
	Denní režim	volný čas
		samota
	Sebeobsluha	domácnost
hygiena		
Práce		
Jídlo		
SOCIÁLNÍ OBLAST	Blízké vztahy	rodina
		partner
		přátelé
	Širší vztahy	soc. organizace
		podpora okolí
služby		
Socioekonomická pozice	peníze	
VNITŘNÍ REALITA	Spokojenost	
	Vnitřní zkušenost	svoboda
		krása
		láska
		víra
	Seberozvoj	vzdělání
	Bezpečí	
	Sebehodnocení	sebeúcta
seberealizace		
užitečnost		
Kontrola		

Tab. 1.: Souhrnná tabulka oblastí, které měří dotazníky kvality života.

4 Osoba s kombinovaným postižením v prostředí stacionáře a sociálních služeb

Sociální služby, tak jak je známe v dnešní podobě, a vůbec vztah většinové populace k osobám s handicapem, prošly historickým vývojem – tak jak lidstvo samo. Velký dopad na přístup k osobám s handicapem měla církev, osvícenství, humanismus, aktuální politické smýšlení, kulturní úroveň a rovněž také vyspělost ekonomiky dané společnosti.

Osoby s kombinovaným postižením mají stejné primární potřeby jako všichni ostatní lidé. Soudobé rozvíjení sociálních služeb spěje k tomu, aby lidé s postižením žili životem takovým stylem, který by co nejvíce odpovídal životu jejich vrstevníků bez postižení. U osob s kombinovaným postižením je do jisté míry značně obtížné tento cíl naplnit.

Po roce 1989 začaly vznikat nestátní neziskové subjekty, které nabízely alternativy sociální služby včetně terénních služeb. Nároky na organizace, které poskytovaly sociální služby, nebyly v té době ošetřeny žádnou legislativou, ani neexistoval žádný dohled na úroveň poskytovaných služeb. Také financování těchto organizací nebylo systémové. Ačkoliv nestátní neziskové organizace přijímaly od státu (především od Ministerstva práce a sociálních věcí) finanční podporu v tzv. dotačních řízeních, byly tyto dotace stanoveny pouze pro jeden kalendářní rok bez jakékoliv jistoty, jestli organizace získá peněžní prostředky v následujícím roce (Matoušek, 2007). Až zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytl soudobému systému dlouho očekávanou změnu. Tento zákon nabyl účinnosti dne 1. 1. 2007.

Upravuje podmínky poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím příspěvku na péči a sociálních služeb, podmínky vztahující se k vydání oprávnění poskytování sociálních služeb, k výkonu veřejné správy v oblasti sociálních služeb, dispozice k výkonu činností v sociálních službách a inspekci kvality poskytování sociálních služeb.

V zákoně je sociální služba definována jako soubor činností nebo činnost, které mají zajišťovat pomoc a podporu osobám při jejich sociálním začlenění nebo jako prevenci sociálního vyloučení. „V současnosti je v České republice aktuální rozlišování mezi službami poskytovanými klientům (klientskými službami) a službami

administrativními. Tento protiklad je používán na podporu snah o změnu tradičního, administrativního pojetí sociální práce (spočívajícího zejména v rozdělování dávek a rozhodování o náhradní rodinné péči) ve prospěch přímé práce s klienty, jejich skupinami a s komunitami.“ (Matoušek, 2003, s. 214).

Zákon upravuje 2 druhy sociálního poradenství, 14 druhů služeb sociální péče a 17 druhů služeb sociální prevence a nařizuje rozsah základních činností, které je poskytovatel jednotlivých sociálních služeb povinen nabízet. Koncepce sociálních služeb je v současné době zřejmá již ze základních zásad, které jsou uvedeny v zákoně. „Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., § 2).

V současnosti je dosavadní nabídka zařízení sociálních služeb poměrně široká a je možno si vybrat nejrůznější poskytovatele z hlediska kvality i místa poskytování služby. Podle Matouška jsou v dnešní době v České republice zřizovateli zařízení sociálních služeb, popř. sociální služby poskytují:

- obce (ve formě vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace);
- kraje (ve formě vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace);
- ministerstvo práce a sociálních věcí;
- nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, nadace a nadační fondy, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby);
- fyzické osoby (Matoušek, 2007).

Jednou ze základních forem sociálních služeb je péče rezidenční, která přichází v úvahu obvykle až rozsah a náročnost potřebné terénní nebo ambulantní služby překročí možnosti rodiny nebo nejbližších pečujících osob. Obvyklými příčinami bývá

zdravotní stav nebo úmrtí rodičů, nebo pečujících, nepříznivá situace v rodině (rozvod rodičů, finanční stránka rodiny, špatné bytové podmínky) nebo velmi těžké kombinované postižení, které nejsou schopni v domácích podmínkách zvládnout. Současné poslání i cíle zařízení sociálních služeb se orientují na kvalitu komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů. Mezi ambulantní služby určené lidem s kombinovaným postižením patří centra denních služeb a denní stacionáře. Obě služby nabízejí při pobytu klienta v zařízení během dne pomoc s osobní hygienou, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při obstarání osobních záležitostí. Denní stacionář navíc nabízí poskytnutí stravy a tím i zajištění celkové péče. Mezi pobytové služby patří týdenní stacionáře, chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením. V týdenních stacionářích je pobyt zajišťován obvykle v pracovní dny. „Chráněné bydlení je moderním typem pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, ale které mají schopnost žít víceméně samostatně v prostředí, které je svým charakterem fakticky totožné s běžným bytem.“ (www.mpsv.cz).

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

6 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo v Ostravě v zařízení Duhový dům Ostrava, v denním stacionáři. Tato sociální služba spadá do struktury Slezské diakonie, nestátní neziskové organizace, jejímž zřizovatelem je Slezská církev evangelická augsburského vyznání.

6.1 Slezská diakonie

V současnosti má Slezská diakonie (dále SD) téměř 700 zaměstnanců, více než 60 středisek se 101 registrovanými sociálními službami. V roce 2013 Slezská diakonie podpořila svými službami celkem téměř 8000 klientů, včetně žáků speciálních škol a rodin v rámci Programu pro pěstounské rodiny. Služby pro děti a dospělé osoby s postižením jsou poskytovány ve 30 střediscích. Jedná se o chráněné bydlení, podporu samostatného bydlení, denní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, ranou péči, sociální rehabilitaci, sociálně terapeutické dílny, tísňovou péči, pečovatelskou službu, osobní asistenci a sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením.

Organizační součástí SD jsou i speciální školy. Je to Mateřská škola, základní škola a střední škola v Českém Těšíně s odloučenými pracovišti v Bohumíně, Karviné a Ostravě a Mateřská škola, základní škola a střední škola v Krnově. Obě školy vzdělávají žáky se zdravotním postižením v kombinaci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením nebo s autismem. Absolventi střední školy praktické (jednoletého i dvouletého oboru), se většinou uplatňují jako klienti sociálně terapeutických dílen, někteří se stávají klienty stacionářů a jednotlivci nacházejí i uplatnění v podporovaném zaměstnávání.

Služby pro osoby bez přístřeší zajišťuje SD v 10 střediscích. Jedná se o azylové domy, sociální rehabilitaci, terénní programy, nízkoprahová denní centra a noclehárny. Seniorům jsou nabízeny a poskytovány služby tísňové a pečovatelské služby,

odlehčovací služby, domov pro seniory, osobní asistence a centrum denních služeb - domovinka. Další komplex služeb je nabízen pro osoby v obtížné životní situaci, ať se jedná o jednotlivce nebo rodiny s dětmi.

SD jako organizace, která výrazně ovlivňuje dění v sociální oblasti, také spolupracuje s celou řadou zahraničních organizací. Je to především Euro Diaconia, City Mission, Visegrad Group V4 a EASPD (European Association of Service Providers for Persons with Disabilities) a další. SD založila také další organizace. Jednou z nejvýznamnějších je INTERDIAC (International Academy for Diaconia and Social Action, Central and Eastern Europe, o.p.s.) a sociální firmu Chrpa, která se zaměřuje na výrobu dárkových a uměleckých předmětů.

Dobrovolnické centrum SD nabízí programy pro dobrovolníky ve střediscích SD, ve školách i v jiných organizacích. Dobrovolnické centrum také vysílá a přijímá zahraniční dobrovolníky do i z různých zemí světa (např. Španělsko, Německo, Francie, Ukrajina, Polsko, Nizozemí, USA, Izrael, Dánsko, Švédsko, Maďarsko).

SD, jako křesťanská organizace, staví svou práci na následujících hodnotách: pomoc každému – osobní přístup, odpovědnost v různých rovinách, osobní růst, láskyplné vztahy, týmová orientace, transparentnost a respekt. Ke každému klientovi je přístupováno jako k Božím stvoření (Výroční zpráva SD, 2013).

6.2 Duhový dům Ostrava

Nové komunitní centrum s názvem Duhový dům Ostrava bylo slavnostně otevřeno 8. dubna 2013. Toto zařízení, které sídlí v městské části Mariánské Hory a Hulváky, poskytuje sociální služby osobám s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Duhový dům Ostrava, jehož cílovou skupinou jsou lidé s těžkým tělesným postižením, doplnil široké spektrum sociálních služeb, které jsou ve městě Ostravě poskytovány. Provozovatelem zařízení je Slezská diakonie.

Poslání denního stacionáře

Posláním denního stacionáře Duhový dům Ostrava je individuálně podporovat osoby s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením prostřednictvím vzdělávacích, pracovních a volnočasových aktivit v tom, aby mohly v maximální míře

využít svých schopností a dovedností pro běžný život srovnatelný s jejich vrstevníky s minimální možnou závislostí na pomoci jiných. Míra podpory i denní program je přizpůsobován tak, aby respektoval individualitu klienta s ohledem na jeho zdravotní znevýhodnění, ale také s důrazem na jeho aktivizaci.

Cíle denního stacionáře

Cílem poskytované služby je maximální soběstačnost klienta v těchto oblastech:

- sebeobsluha a péče o vlastní osobu, která umožňuje klientovi žít život s co nejmenší nutnou mírou podpory;
- komunikace se svým okolím v takové formě (běžná či alternativní), která umožní klientovi vyjadřovat své potřeby a přání;
- pracovní dovednosti - prostřednictvím aktivit v jednotlivých pracovnách nabízet alternativu zaměstnání či vyšší formy vzdělávání, která je běžná pro vrstevníky;
- udržení si nebo rozvoj znalostí získaných školním studiem;
- orientace v možnostech využívání služeb běžně dostupných veřejnosti.

Dále si služba klade za cíl poskytnout klientovi bezpečné prostředí a zázemí pro setkávání se s vrstevníky a pro vlastní seberealizaci a prostřednictvím aktivit směrem k veřejnosti odstraňovat předsudky vůči osobám se zdravotním postižením.

Okruh osob, kterým je služba určena

Služba je určena osobám s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením ve věku od 15 do 50 let, které potřebují vyšší míru podpory a pomoci při běžných činnostech. Služba je poskytována na bázi komunit a to s ohledem na věk a typ zdravotního znevýhodnění jednotlivých klientů. Služba je určena také osobám imobilním (resp. využívajícím invalidní vozík), přičemž maximální denní kapacita pro osoby využívající invalidní vozík je 18 osob.

6.3 Individuální plánování služby

Duhový dům Ostrava je povinen řídit se Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb a stejně jako ostatní sociální služby musí plnit standardy kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souhrnem měřítek, které předepisují nejnižší stupeň kvality poskytovaných sociálních služeb v České republice. Dohromady existuje 15 standardů kvality a jsou pomyslně rozčleněny do 3 skupin. Procesní oblast se zaměřuje na vztahy mezi poskytovatelem a osobami a určuje, jak má probíhat poskytování sociální služby. Tato skupina standardů je nejvýznamnější a značná část je zde věnována ochraně práv klientů služeb. Následující skupinou jsou standardy personální, které se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby přímo souvisí s pracovníky v přímé péči, s jejich dovednostmi, vzděláním a podmínkami, které mají pro práci. Standardy provozní pak formulují předpoklady pro poskytování sociálních služeb. Upínají se na prostory poskytování služby, ekonomické zajištění služby, dostupnost a rozvíjení její kvality.

V souvislosti s požadavkem na individualizaci služeb, je významným standardem individuální plánování průběhu služby. Služby je potřeba poskytovat na základě individuálně stanovených schopností, potřeb a přání, které jsou zachyceny v průběhu individuálního plánování. Záměrem individuálního plánování během využívání služby je zajištění jejího poskytování v souladu s předem domluvenými osobními cíli a individuálními požadavky klienta takovým způsobem, aby se služba podílela na řešení nepříznivé životní situace daného klienta. V procesu individuálního plánování má poskytovatel za úkol vybrat spolu s klientem na jakých cílech klienta se bude pracovat (cíle by měly být v souladu s poskytovanou sociální službou) a navrhnout, jaké postupy a metody práce se budou u klienta používat. Proces individuálního plánování v sociálních službách je složen z obdobných částí jako plánování čehokoli jiného: prošetřování situace, vytváření plánu, jeho následná realizace a vyhodnocení. Tento proces lze neustále opakovat a inovovat do doby, než jsou naplněny všechny cíle. To by poté mělo vést k ukončení poskytování služby a podpory. Klienti s velkou mírou podpory bývají však závislí na poskytování sociálních služeb většinou celý svůj život.

Individuální plánování služeb v Duhovém domě Ostrava se uskutečňuje rozhovorem klíčového pracovníka s klientem. V případě, že klient není schopný

rozhovoru, využívají se jiné alternativní techniky, které jsou vhodné (např. pozorování, alternativní a augmentativní komunikace, spolupráce s předešlými pečujícími osobami, s rodinnými příslušníky). Prostředníkem mezi organizací a klientem je klíčový pracovník, který zastupuje zájmy klienta. Podílí se také na zjištění požadavků klienta, jeho potřeb a cílů, poté se s těmito informacemi sdílí v týmu pracovníků. Konečným výstupem individuálního plánování je individuální plán, obsahující specifické cíle konkrétního klienta. Individuální plán je zpracováván písemně a následně poté dán do elektronické podoby. Jeho aktuální verze je vždy vytištěna, podepsána a založena v osobní složce, kterou má vytvořenou každý klient. Individuální plán je také zpracován zvláště pro klienty nerozumějící psanému textu, a to prostřednictvím piktogramů a fotografií.

6.4 Nabídka aktivit a terapií denního stacionáře

Nabídka činností kde dochází k aktivizaci člověka s postižením, je velice rozmanitá a řadí se zde činnosti zájmové, kulturní i sportovní. Klienti mají příležitost využívat terapeutické dílny a zúčastňovat se rozličných terapií. Dílny navštěvují ve všední dny skupiny klientů s maximálním počtem do osmi osob. Skupiny jsou smíšené cíleně, muži, ženy, s různým typem postižení, aby klienti měli možnost navzájem se povzbuzovat, motivovat a pomáhat si. K navození pohodové atmosféry se v dílnách vytváří a pracuje při společném zpívání písní, při poslouchání příjemné hudby nebo povídání. Veškeré výrobky a díla klientů jsou používána pro výzdobu stacionáře, na dárky pro sponzory nebo jsou užity pro účely dne otevřených dveří v zařízení spojeným s prodejem výrobků. Klienti si také rádi vyrábějí pozornosti pro své přátele a blízké.

Nabídka dílen a terapií je následující:

- Arte dílna
- Košíkářská dílna
- Keramická dílna
- Návčiková dílna - návčik sociálních a sebeobslužných dovedností, pracovní terapie (jedná se např. o samostatné nakupování, mytí nádobí, telefonování, učení slušnému chování, vzájemné pomoci a toleranci, skládání prádla, aj.)

- Wellness terapie (mokrý a suchá rehabilitace)
- Hipoterapie
- Canisterapie
- Snoezelen neboli psychorelaxační pokoj a bazální stimulace
- Muzikoterapie
- Vzdělávání u speciálního pedagoga
- Sportovní aktivity

6.4.1 Arte dílna

V této dílně klienti mohou použít a zkusit si mnohotvárné výtvarné techniky (batiku, kašírování, malování na sklo, enkaustiku – malba horkým voskem, malování solí, vyškrabávání vosku, práci s prstovými barvami, kreslení voskem, malování na textil, koláže, dekupáž apod.) V průběhu pěti pracovních dní se vystřídá v dílně cca 40 klientů. Klienti malují křídami, fixy, pastelovými barvami, vodovkami, temperami i pastelkami. V rámci koláže lze do vytvořeného obrázku včlenit i jiný netradiční výtvarný materiál – např. korálky, barevný papír, korkové špunty, provázky, látku, noviny, časopisy nebo přírodniny. Obrázky, jež vzniknou během roku, zkrášlují prostory Arte dílny. Některé výtvořky jsou součástí výzdoby bytů některých klientů, kteří souběžně se službou denního stacionáře využívají i službu pobytovou, jedná se o domov pro osoby se zdravotním postižením. Vystavení výtvarných prací je pro spoustu klientů velice motivující prvek. Pořádají se výstavy výrobků a klienti s personálem se také zúčastňují prodejních trhů v centru města.

Součástí aktivit Arte dílny jsou i činnosti rukodělné. Tyto činnosti jsou přizpůsobeny individuálním schopnostem a dovednostem, přáním nebo potřebám samotných klientů. Vyrábějí se zde výrobky s využitím hojných druhů nejrůznějšího materiálu. Jde například o kůži, papír, sklo, šustí, vlnu, textile, korek, proutí, slámu, střípky z různých ozdob, glitrů aj. Techniky vyrábění jsou rozmanité, záleží hlavně na dovednosti konkrétního klienta. Mezi nejoblíbenější techniky patří malování na sklo, dekupáž a práce s kašírovací hmotou, luštěninami a přírodninami. Mnozí zdatnější klienti s oblibou vyrábějí dekorativní předměty, ubrouskovou techniku, krakelování, drátkování.

6.4.2 Košíkářská dílna

Klienti si zde mohou vyzkoušet pletení z papírových letáků, či pletení košíků z pedigu. Vznikají košíky, zvonečky, tácky a další pěkné výtvořy. Během týdne se v Košíkářské dílně prostřídá okolo 50 klientů. Dílna nabízí seznámení se základními technikami košíkářství. Zde si klienti mohou zhotovit menší výrobky jako misky na pečivo, ošatky, obaly na květináče a nejrůznější dekorace. K dispozici mají různé materiály tuzemského ale i exotického původu jako vrbové proutí, ratanový pedig, mořskou trávu, kroucený palmový list, kukuřičný provaz, lýko, bambus a další. Finální výrobky lze ještě dále upravovat barvením, mořením, lakováním či voskováním.

6.4.3 Keramická dílna

Keramická dílna se zaměřuje zejména na základní pracování s hlinou jako je zpracování hlíny pomocí hnětení, vytváření kuliček či válečků, vykrajování za pomoci vykrajovátek a válení válečkem. Během týdne se v Keramické dílně prostřídá asi 50 klientů. Práce s keramikou může být spontánní činností podle vlastní fantazie klienta. Může být i námětová, ta potom vychází z tématu ročního období, dekoračních či praktických užitkových potřeb a z námětů přírody. Práce a tvoření s keramickou hlinou se pojí s praktickým ukázaním hotového výrobku a s motivačním povídáním.

6.4.4 Návčiková dílna a pracovní terapie

Přibližně za týden tuto dílnu navštíví 36 klientů. Veškeré činnosti jsou zaměřeny především na rozvíjení a udržování sebeobslužných a sociálních dovedností a návyků. V rámci této dílny se klienti učí pravidla slušného chování, pravidla silničního provozu, základní hygienické návyky. Také zde probíhá návčik nakupování, půjčení knížek z knihovny, cestování MHD. Klienti se zde učí vařit jednoduché pokrmy, připravovat saláty nebo péct perníčky a jejich zdobení. V rámci pracovní terapie se klienti starají o květiny a záhonky v prostorách denního stacionáře a přilehlého pozemku. K této terapii se využívá také shrnování sněhu nebo hrabání listů vně zařízení.

6.4.5 Wellness terapie (mokrý a suchý rehabilitace)

Tuto terapii využívá přibližně 65 klientů během týdne. Terapie tkví zejména v relaxačních koupelích, v hydromasáží a vířivé vaně s použitím aromatických olejů. Zpravidla po koupeli, ale i mimo ni, zdravotní sestra provádí relaxační masáž – převážně šíje a zad. Jsou zde užívány prvky aromaterapie. Klienti také mají v oblibě masáž na vibračním lehátku. Do činností této terapie patří aktivní i pasivní pohybová cvičení, individuální cvičení na gymnastickém míči a cvičení s použitím činek, míčků a jiných rehabilitačních pomůcek. Formou hry zde probíhá i procvičování jemné a hrubé motoriky.

6.4.6 Hipoterapie

Tato činnost je v současnosti hrazena z účelového projektu. Týdně se této terapii zúčastní okolo 12 klientů. Stěžejní činností jsou aktivity s využitím koní. Okrajově pro některé z klientů i paravoltyže, ale ta však pouze u velmi šikovných a zdatných klientů. V současnosti se v hipoterapii využívají čtyři koně různé povahy a plemene. Každý kůň je jedinečný, má jiné dispozice, povahové vlastnosti a přednosti. Těch se pak využívá při hipoterapii s typově odlišnými klienty. Klienti si před každou lekcí hipoterapie sami vykartáčují a vyčistí koně, mají možnost si je pohladit, sblížit se s nimi a povídat s nimi. Po pečlivém vyčištění jsou všechny čtyři koně nachystáni k terapii. Lekce hipoterapie se odehrávají ve venkovní jízdárně, kde se nachází písčité, měkký povrch. Každá lekce hipoterapie je přizpůsobena individualitě a potřebám konkrétního klienta, avšak závisí také na kreativité a nápadech terapeuta. Jsou využívány všelike pomůcky různých barev (kužely, koule, míče a obrázky,...) a hry. Klienti zdatní fyzicky se mohou na koni věnovat voltním cvikům. Pracování s koněm ze země je také důležitým prvkem terapie. Pro stimulaci a aktivizování klientů jsou do terapie začleněna pohybová cvičení, zábavné soutěže a pro relaxaci polohování na koni, případně pro zpestření, krátké projížďky povelom.

Projížďky probíhají v době, když je venku pěkně a neprší. U klientů jsou velice populární. Klienti mají možnost poznávat jiné prostředí, navázat nové kontakty, naučit se větší samostatnosti a především zažijí skvělé dobrodružství a zábavu. S pečováním

o koně a s jejich čištěním pomáhá celkem 10 klientů. Ti se dle svých schopností a možností zapojují do práce. Práce na jízdárně u koní jim přináší smysluplné trávení svého volného času, zlepšení fyzické kondice. Naučí se novým dovednostem a větší samostatnosti. Nejvíce se klienti zapojují do práce kolem koní a při každé účasti na hipoterapii vypomáhají s úklidem stáje, s čištěním výběhů, s hřebelcováním koní a sezónně vypomůžou také se sklizením slámy a sušením sena.

6.4.7 Snoezelen a bazální stimulace

Bazální stimulace je poskytována 15 klientům vždy individuálně, jsou užívány různé techniky. Každému klientu je věnována individuální péče podle jeho konkrétních potřeb a toho, co upřednostňuje. Mezi nejužívanější prvky patří polohování (buď jako mumie nebo hnízdo), somatická a vibrační stimulace a komunikace. Bazální stimulace aktivizuje především klienty, kteří nejsou schopni reagovat na podněty komunikační nebo učení nápodobou.

Všem klientům denního stacionáře, zejména však klientům s hlubokým a těžkým stupněm postižení a klientům imobilním je nabízena služba psychorelaxačního pokoje snoezelen. Pokoj je zařízen různým vybavením pro stimulování každého smyslu. Podstatu tvoří vodní vyhřívaná postel, světelný modrý pás, projektor s různými druhy kotoučů k promítání, zvuková aparatura, aroma oleje a drobné pomůcky na masáž a taktilní stimulaci. Příznivé výsledky pobytu ve snoezelen místnosti se objevují u klientů těžce tělesně a kombinovaně postižených, klientů hyperaktivních a neklidných, u kterých dochází ke zklidnění, uvolnění psychiky a k relaxaci. Terapii ve snoezelenu provádí především speciální pedagog.

6.4.8 Muzikoterapie

Během týdne využije průměrně skupinovou muzikoterapii cca 50 klientů a individuální terapii využijí 3 klienti. V rámci skupinové terapie se společně zpívají umělé i moderní písně a v oblibě, zejména u starších klientů, jsou také písně lidové. Oblíbené jsou písničky z pohádek a rádií. Je využívána muzikálnost klientů. Zpěv je

obohacený o hru na jednotlivé hudební nástroje (zejména o rytmické nástroje z Orffova instrumentáře, bubínky a tamburíny, kanelu, xylofon). Do muzikoterapie je zařazena interpretace různých písní a jejich poslech, např. relaxační a vážné hudby. Hodiny zpravidla bývají zpestřeny o hru na tělo a různá pohybová cvičení. Muzikoterapie bývá zaměřena podle zájmu klientů.

6.4.9 Vzdělávání u speciálního pedagoga

Celkem se pod záštitou speciálního pedagoga vzdělává 15 klientů. Speciální pedagog zaměřuje učební látku trivia pro klienty zejména na praktický život. Upevňuje a rozvíjí znalosti a dovednosti klientů např. počítání, spočítání si peněz pro nákup, opakování osobních údajů, trénování paměti a pozornosti, písmen, čtení, nacvičování podpisu. K procvičování a upevňování znalostí speciální pedagog využívá specializované PC programy. Pro některé klienty, pro které je příliš náročné užívání myši, je k dispozici dotykový monitor nebo specializovaná myš, na kterou lze kliknout celou dlaní. S klienty procvičuje časovou orientaci – kalendář, hodiny, roční období, co se kdy dělá během dne. S některými klienty se věnuje na základě jejich individuálního plánu upevňování základů angličtiny a učení se nových pojmů.

Různými způsoby se snaží klienty aktivizovat - to probíhá formou smyslové výchovy:

- *stimulace zrakového vnímání* – zde s klienty cvičí zrakovou paměť a patří sem např. třídění předmětů podle různých kritérií, hledání odlišných a shodných prvků na obrázku, skládání celků z částí atd.;
- *stimulace sluchového vnímání* – s některými klienty se zaměřuje např. na cvičení koncentrace pozornosti při poslechu, poznávání zdrojů zvuku, hledání shodných zvukových podnětů atd.;
- *stimulace haptické neboli hmatového vnímání* kde klient poznává předměty a jejich vlastnosti podle hmatu;
- *bazální stimulace* – tu používá u klientů s těžkým tělesným a kombinovaným postižením.

Speciální pedagog zodpovídá za práci ve snoezelen místnosti a u klientů s těžkým tělesným a kombinovaným postižením provádí bazální stimulaci. Zpravidla v odpoledních hodinách vede v relaxační místnosti muzikoterapii.

6.4.10 Sportovní a volnočasové aktivity

Nabídka činností je sestavena podle schopností a požadavků klientů stacionáře. Klienti mají možnost plavání v bazénu, cvičení na trampolíně, jízdy na tříkolce, ti zdatnější si rádi zahrají fotbal nebo florbal. Pro pohybovou terapii slouží vybavená tělocvična pro bocciu a další sporty. V dopoledních hodinách zpravidla probíhá rozcvička, u klientů je oblíbený fotbal, štafeta nebo přehazovaná.

Pro zajištění co nejlepší atmosféry se ve stacionáři a celém Duhovém domě oslavuje většina významných svátků a připravují se nejrůznější zábavné akce. Jednotlivá roční období a měsíce nabízí během celého roku aktivity, které se k nim váží a na něž se klienti velmi těší. Mezi nejoblíbenější akce patří karneval, Cestování po světě, Den plný her, Vítání podzimu a spousta dalších. Klienti se také zúčastňují výtvarných, sportovních a pěveckých soutěží. K příležitosti dne otevřených dveří v zařízení a vánoční besídky v prostorách stacionáře, se vždy nacvičuje s klienty vystoupení pro návštěvníky Duhového domu Ostrava, kamarády, rodinné příslušníky a širokou veřejnost.

Úsilím služby a akcí, které Duhový dům Ostrava pořádá, je především integrování klientů do majoritní společnosti a především do místní komunity. Vycházky klientů do místní cukrárny, pošty, nákupy v obchodě, návštěvy knihovny s vypůjčením knížek, lovení pstruhů v nedalekém rybníčku, se staly pravidelnou součástí týdne. Již tradicí se začíná stávat pořádání benefičního koncertu se známými zpěváky. Záměrem této akce není jen získání finančních prostředků, ale především větší otevření se Duhového domu Ostrava veřejnosti a jeho zviditelnění. Každým rokem se Duhový dům Ostrava prezentuje na dni sociálních služeb v Ostravě s názvem Lidé lidem. Fotografie z aktivizačních činností poskytovaných v denním stacionáři Duhového domu Ostrava, dokreslující souhrn činností, jsou přiloženy v příloze C.

6.5 Cíle práce

V současnosti se v oblasti sociální práce hodnotí jako velmi důležité zajištění odbornosti a kvality v poskytování služeb. Jeden ze standardů kvality (č. 15) konkrétně hovoří o zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb a dotýká se i toho, jak jsou klienti spokojeni s poskytovanou službou v jednotlivých typech sociálních služeb.

Poskytovatel sociální služby musí průběžně hodnotit, zjišťovat a kontrolovat klientovu spokojenost. Činnosti výchovné, vzdělávací a aktivizační mimo jiné patří mezi základní činnosti poskytování sociálních služeb.

V Duhovém domě Ostrava se na jaře roku 2013 rozběhly jednotlivé terapie a aktivizační dílny, které fungují v dobře vybavených místnostech. Pracují zde vyškolení zaměstnanci, kteří absolvovali cílené vzdělávací kurzy. Dílny a terapie klienti navštěvují ve smíšených skupinách. Jednotlivé aktivity si klienti mají možnost vybrat podle svého zaměření a zájmu.

Cílem této práce je zmapovat vliv a různorodost aktivizačních činností, které dávají člověku s kombinovaným postižením žít plnohodnotný život. Pro účely diplomové práce jsou zjišťovány údaje týkající se toho, jak je klienty hodnocena nabídka aktivizačních činností, zda jsou s nimi klienti spokojeni a co jim aktivizační činnosti přinášejí. Otázky v rozhovorech jsou zaměřeny na oblíbené i neoblíbené aktivity klientů. Výsledné odpovědi mohou být poté hodnotnou zpětnou vazbou také pro zaměstnance v dílnách a terapiích.

Díličními cíli práce jsou analýza zájmů a zálib, analýza prostředí, analýza profesní struktury zaměstnanců v oblasti aktivizačních činností, analýza vzájemných vztahů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách necituje striktní, jasnou definici toho, co by vše měly aktivizační činnosti zahrnovat a tudíž záleží na poskytovatelích, které aktivity do této nabídky včlení. Podáním celistvého obrazu aktivizačních činností by proto tato práce mohla být inspirací pro zařízení sociálních služeb, zejména denních stacionářů, ve kterých ještě nemají zformovanou nabídku těchto aktivit.

6.6 Metodologie

Použité metody ve výzkumném šetření

Vzhledem k typu výzkumného tématu byl zvolen výzkum kvalitativního charakteru, umožňující bližší zabývání se jednotlivými lidmi. V případě této práce to považují za výhodnější z toho důvodu, že každý klient je jedinečnou osobností s jinými potřebami a charakteristickými rysy. Dalším důvodem pro zvolení tohoto výzkumného typu byl samotný záměr výzkumného šetření, spočívající zejména v porozumění a pochopení jednání respondentů, proniknutí do souvislostí a umožnění zjištěné informace zprostředkovat dalším lidem.

Byly vytvořeny cílené studie 10 klientů denního stacionáře Duhový dům Ostrava. Výzkumné metody byly voleny tak, aby co nejlépe naplnily vytyčené cíle práce. V průběhu výzkumného šetření a zpracování výsledků jednoznačně převážila validita kvalitativního výzkumu.

V kvalitativním výzkumu badatel usiluje o sblížení se zkoumanou osobou a o poznání situací, ve kterých vystupuje, protože jen tak je může poznat a porozumět jim. V kvalitativním výzkumu je využíváno především takových metod, které umožňují být zkoumané osobě tváří v tvář. Jedná se tedy o rozhovor a participační neboli zúčastněné pozorování. Jedna ze zásad kvalitativního výzkumu pojednává o tom, že každá skupina lidí je jedinečná. „Cílem není široké zevšeobecňování údajů, ale hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit.“ (Gavora, 2000, s. 32).

Za účelem získání dat byly využity tyto metody šetření:

- pozorování;
- rozhovor;
- zúčastněné pozorování;
- analýza dokumentů.

Pozorování, jež se dle doby trvání dělí na krátkodobé a dlouhodobé, dále může být náhodné (příležitostné) či systematické. Náhodné pozorování může upozornit na možný výskyt určitého jevu. Proti tomu systematické pozorování předpokládá vytvoření záznamového archu, škály hodnocení nebo také využití techniky.

U pozorování zjevného jsou si pozorované osoby vědomy, že jsou předmětem průzkumu, kdežto u pozorování skrytého pozorované osoby nevědí, že předmětem výzkumu jsou ony samy.

Participační (zúčastněné) pozorování je dlouhodobější. Pozorovatel v tomto čase proniká do chování a myšlení pozorovaných osob. Cílem je sžítí se s prostředím, které pozoruje. Výzkumník je také jedním z účastníků aktivit pozorovaných osob. Sám se také může podílet na činnostech společně s pozorovanými osobami. Participační pozorování se často používá společně s rozhovorem a se sbíráním a analýzou artefaktů (výtvorů zkoumaných osob).

Rozhovor je složen z odpovědí a z otázek, jež mohou být otevřeného, uzavřeného, nebo polouzavřeného charakteru. Většinou se používá, když se zjišťují bezprostřední, osobní a důvěrné odpovědi. Rozhovor může být také strukturovaný, nestrukturovaný, či polostrukturovaný. U rozhovoru strukturovaného je vytyčen cíl a cesta, jak k danému cíli dojít. Nestrukturovaný se podobá spíše volnému vyprávění. Polostrukturovaný rozhovor je takovým kompromisem mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. Respondentovi jsou nejdříve nabídnuty odpovědi a poté se od něho ještě žádá upřesnění nebo dovysvětlení.

Pro vedení rozhovoru je důležité navázat kontakt, určit téma a čas věnovaný rozhovoru, postupovat podle připravených podkladů a požadovat dodatečné informace a vysvětlení v případě potřeby. Nakonec provést závěrečné shrnutí poznatků a doporučení pro další šetření. Po rozhovoru je nutné poznamenat důležité momenty. Dle Gavory (2000) má rozhovor často neformální a uvolněný charakter, může mít vlastnosti přátelského rozhovoru, kdy ani zkoumaná osoba neví, že se jedná o cílený rozhovor.

U metody získávání informací od lidí, které poznáváme je rozhovor nejvyužívanější formou. Rozhovor je slovním kontaktem mezi dotazovaným a tazatelem, kdy tazatel získává informace prostřednictvím otázek. Podle Vízdala je rozhovor užíván v případě, potřebujeme-li pochopit ty stránky osobnosti člověka, které jsou skryté přímému pozorování, či dalším metodám. Jedná se hlavně o potřeby, motivy, zájmy a názory (Vízdal, 2005). Hendl popisuje, že tazatel při polostrukturovaném rozhovoru zná téma rozhovoru, které je jasně určeno. Tazatel má také přichystaný seznam otázek s jejich zněním a pořadím, avšak formulaci a pořadí otázek nemusí přesně dodržovat. Nutné je dodržet záměr a cíl rozhovoru a dotknout se

všech předem stanovených oblastí. Průběh rozhovoru ovlivňuje do značné míry i sám konkrétní respondent (Hendl, 2005).

Otázky k rozhovoru byly záměrně snadně voleny podle schopností klientů, aby dobře rozuměli otázkám a neodradilo je na ně odpovídat. Při samotném rozhovoru byly otázky dále rozvíjeny, doplňovány a přizpůsobovány individualitě i aktuálnímu naladění klienta. Některé otázky byly pro lepší představivost doplněny piktogramy, jejichž význam je klientům dobře znám. Někteří klienti si soustavně vyplňují svůj plán činností pomocí piktogramů, aby věděli, co je v týdnu čeká. Rozhovor se díky obrázkové podpoře stal pro klienta lákavější a zábavnější. Také bylo mým záměrem delší udržení jejich pozornosti, a to se myslím, naplnilo dobře. U rozhovorů s respondenty bylo užito otevřených i uzavřených otázek a jsou přiloženy v příloze B.

Zúčastněné pozorování

Obecně se pozorování řadí mezi nejdůležitější metody kvalitativního výzkumu. Jádrem metody je pozorné všímání lidského chování. U metody zúčastněného pozorování se badatel pohybuje přímo v prostoru, kde se vyskytují zkoumané jevy, je sám součástí onoho prostředí, pozvolna se s ním ztotožňuje a stává se jedním z aktérů, tím dojde k interakci mezi badatelem a pozorovaným (Hendl, 2005).

Tato metoda sběru dat byla využita z důvodu, že jsem byla zaměstnaná v denním stacionáři na plný úvazek, kde probíhalo celé výzkumné šetření. Pracovala jsem zde jako speciální pedagog na pozici vedoucí terapeut pro muzikoterapii a tudíž jsem byla skoro každodenně v interakci s respondenty mého výzkumu, klienty denního stacionáře. Víím, jak s nimi komunikovat a jsem dobře obeznámena i s jejich individuálními projevy chování.

Analýza dokumentů

Touto běžnou metodou je označováno analyzování libovolných dokumentů. Data, která byla pořízena jiným člověkem, než badatelem, vznikla v minulosti a pro jiný cíl než jaký má daný výzkum. Jsou tudíž označovány jako dokumenty. Dokumentem mohou být i magnetofonové nebo video záznamy, které lze taktéž, jako dokumenty listinné formy analyzovat. Pozitivem metody analýzy dokumentů je skutečnost, že k získání těchto informací a materiálů není nutno žádných testů a měření, a tudíž data nejsou vystavena působení zdrojů chyb (Hendl, 2005).

Analýza dokumentů byla použita jako doplňující metoda pro dosažení kýžených informací o jednotlivých respondentech výzkumu. Pro svůj výzkum jsem čerpala z dokumentů, které má na starosti sociální pracovnice. Za tímto účelem jsem získala písemný souhlas od opatrovníků respondentů mého výzkumu. Díky této metodě se mi podařilo rozšířit studie o údaje týkající se rodinného zázemí klientů, vzájemných vztahů v rodině a získaného vzdělání.

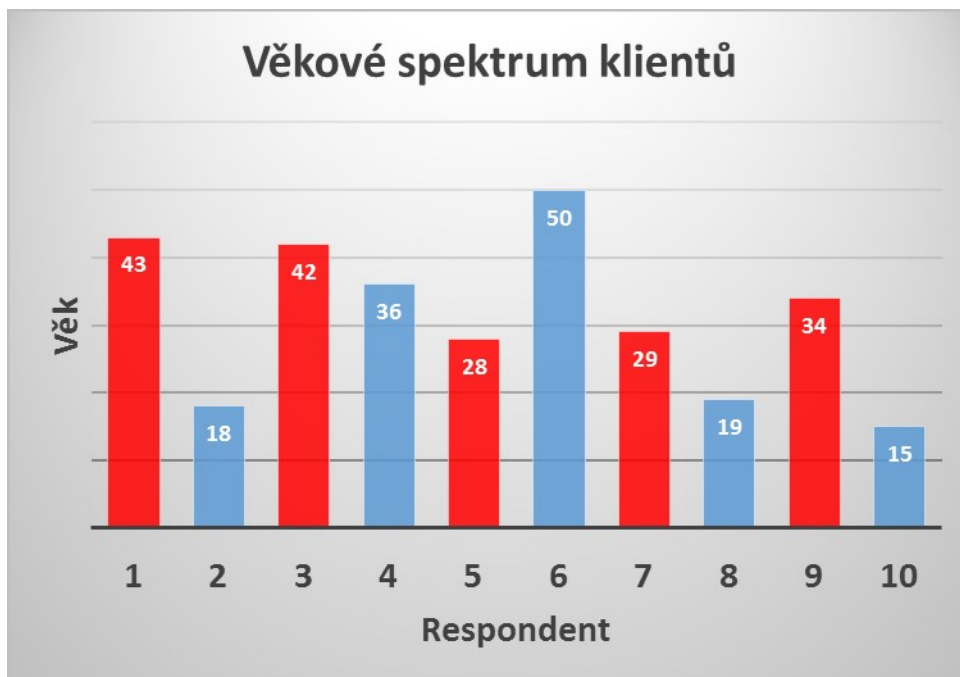
Výzkumný vzorek

Dotazovanými respondenty mého výzkumu byli vybraní klienti denního stacionáře Duhový dům Ostrava, někteří jsou současně i klienty domova pro osoby se zdravotním postižením v Duhovém domě. Hlavními kritérii výběru respondentů bylo pravidelné docházení do stacionáře a pravidelná účast buď na terapiích, nebo aktivitách v dílnách. Vybraný soubor tvoří 10 osob s kombinovaným postižením. Jejich věkové rozložení je 15 - 50 let. Jedná se o 5 žen a 5 mužů. Mentálně jsou na úrovni středně těžké až těžké mentální retardace. 7 respondentů je způsobilých verbální komunikace. 1 respondent se dorozumívá pomocí alternativní komunikace, to znamená prostřednictvím piktogramů, fotek, gest a jednoduchých slov. U dvou respondentů proběhl rozhovor s jejich rodiči z důvodu jejich zdravotního stavu a získání přesnějších informací.

7 Vlastní šetření

Vlastní šetření se zakládalo hlavně na pozorování a rozhovorech s 10 klienty. Rozhovory se uskutečnily po souhlasu samotných klientů i jejich opatrovníků a probíhaly v kanceláři speciálního pedagoga, která slouží zároveň jako učebna nebo v místnosti Snoezelen, kde se taktéž klienti cítí bezpečně a spokojeně. Časově se rozhovory pohybovaly mezi 25 až 35 minutami. Probíhaly prostřednictvím strukturovaných otázek i volného vyprávění. Na počátku rozhovoru byl věnován prostor pro vytvoření důvěrné, vhodné atmosféry, aby klienti neměli strach odpovídat. Během rozhovoru byly vkládány i doplňující otázky, prostřednictvím kterých se udržoval směr rozhovoru. Pro větší představivost při pokládání otázek cílených na oblíbené aktivity

byly před respondenty pokládány piktogramy s různými činnostmi. Této alternativy využili všichni respondenti.



Graf 1.: Věkové spektrum klientů – respondentů (ženy jsou označeny červeně, muži modře).

7.1 RESPONDENT 1 – ŽENA

R1 je 43 letá žena mající středně těžké mentální postižení. Přidružená epilepsie, po nasazení léků na epilepsii již záchvaty nejsou. Tak celkově došlo po medikaci ke zlepšení zdravotního stavu R1. S klientčinými rodiči neexistuje žádný kontakt. Otec zesnul, matka o dceru neprojevovala nikdy sebemenší zájem, a proto byla zbavena rodičovských práv. Z dokumentace byly u klientčiny matky patrné sklony k alkoholismu. R1 má ještě sestru, která je osvojena a bratra, který žil u prarodičů, žádný ze sourozenců nemá stejného otce.

R1 pochází z 3. těhotenství, průběh porodu byl komplikovaný, došlo při něm k asfyxii plodu. Od narození je klientka dlouhodobě v ústavní péči. Byla na základě tehdejší legislativy osvobozena od povinnosti vzdělávat se, tudíž nenavštěvovala mateřskou ani základní školu. Pobytových sociálních služeb využívá od svých 3 let.

Pozorování:

R1 je velmi optimistická a veselá, je nekonfliktní a také velice přátelská a ráda navazuje verbální kontakt. Velmi senzitivně vnímá emoce lidí, kteří se vyskytnou okolo ní. Je manuálně zručná a samostatná. Často je u R1 vidět netrpělivost při práci a někdy i nechuť k překonávání překážek. Bydlí v domově pro osoby se zdravotním postižením v Duhovém domě Ostrava, s ostatními klienty vychází dobře, má ráda společnost.

Mezi nejoblíbenější aktivity patří zpívání a hra na djembe. R1 je hudebně nadaná a díky tomu jezdí reprezentovat denní stacionář na různé soutěže a akce jiných stacionářů či domovů pro osoby se zdravotním postižením. Klientka má ráda sport, baví ji především tanec, hry s míčem, jízda na koni a cvičení na trampolíně. Každý den se ráno účastní ranní rozvíčky v prostorách tělocvičny. Ve svých volných chvílích chodí pomáhat na pokoj imobilních klientů. Již od počátku navštěvuje v denním stacionáři speciálního pedagoga, kde usiluje o rozšíření svého vzdělání zaměřené na osvojení trivia. Matematika, konkrétně počítání ji nebaví, ale je úspěšná v jazyce českém. R1 vyniká v přírodovědě, konkrétně v poznávání rostlin a stromů.

Interpretace rozhovorů:

R1 je v denním stacionáři šťastná, ale kdyby to šlo a ona si mohla zvolit kde být, nejraději by bydlela u jedné své kamarádky. V denním stacionáři se jí líbí především atmosféra a to jak to tam vypadá. Když je hezky, ráda tráví svůj čas v atriu. S pracovníky Duhového domu vychází dobře, dle jejích slov: „Jó, jsou na nás hodní a mám je ráda“. V domově i ve stacionáři má hodně přátel. Jednu svoji kamarádku však považuje za svou nejlepší. Ta má svůj jednolůžkový pokoj ve vedlejším bloku, kde se navzájem navštěvují, pijí spolu kávu a povídají si.

S možnostmi aktivizačních činností je spokojená. Za velmi kladné klientka pokládá to, že do žádné aktivity není nucena a může si sama dopředu vybrat, kterou dílnu, či terapii, aktivitu podnikne. Ve svém plánu činností se bez obtíží dobře orientuje. Jednou do týdne dochází do košíkářské, keramické a arte dílny. Ráda jezdí na hipoterapii a dochází ke speciálnímu pedagogovi ve stacionáři. Za nejoblíbenější aktivitu klientka uvedla muzikoterapii. R1 je důležitou členkou kapely, která v Duhovém domě před nedávnem vznikla a jedenkrát do týdne mají zkoušku kapely, které se samozřejmě také účastní. R1 zpívá a hraje bez dopomoci na djembe. Často

a ráda se účastní s kapelou různých interních vystoupení. Ve stacionáři by nic nechtěla měnit.

Shrnutí:

R1 je podnikavá a vždy pozitivně naladěna. Říkala, že je ráda, že díky aktivizačním činnostem v Duhovém domě není nuda a má možnost dělat aktivity, které jí zpestřují život, naplňují a baví. Nesporným aktivem je pro klientku činná aktivita v kapele, kde má možnost zdokonalování a rozvoje svých hudebních vloh. Pokrok je vidět především v udržení si rytmu a v lepší práci R1 s hlasem a s dynamikou, což ji v minulosti dělalo problém. Když si ale rytmus R1 hlídá a na prstech si skrytě počítá doby, zpívaná píseň zní mnohem lépe. Díky vystupování s kapelou v rámci různých příležitostí, má R1 možnost podívat se na nová místa a poznat nové kamarády.

7.2 RESPONDENT 2 - MUŽ

R2 je mladý 18 letý muž, jedná se o dítě z prvního těhotenství, porod byl v termínu, PH 2900g/50cm, sed kolem 1 roku, chůze v 5 letech, opožděný psychomotorický vývoj. HMR (krátkodobý insulin), PAS (atypický autismus, středně funkční), diabetes mellitus, hypotonický syndrom.

Chlapec žije v neúplné rodině s otcem, matka s ním udržuje sporadický kontakt (během prázdnin), má 2 nevlastní sourozence z otcova předchozího manželství – bratra a sestru, oba zdraví, matka – VŠ vzdělání, učitelka, otec – nepracuje, pečuje o osobu blízkou. Dle výpovědi matky bylo těhotenství a porod ze subjektivního hlediska v normě, opožděný psychomotorický vývoj. Kontakt s otcem je bezproblémový.

R2 byl klientem stacionáře Eunika v Karviné od srpna 2000. Od r. 2005 navštěvuje ZŠ Slezské diakonie, odloučené pracoviště v Karviné. Měl odklad školní docházky z důvodu celkové nezralosti. Nyní je žákem 9. ročníku ZŠ speciální. Po celou dobu je zajištěn individuální přístup a přítomnost asistenta pedagoga. Má vypracován individuální vzdělávací plán, pracuje dle momentálního psychického stavu. Cíleně pracuje méně, úkol krátce vykoná, pak vyžaduje odpočinek. Do stacionáře v Duhovém domě dochází již rok.

Pozorování:

Do řízené činnosti se nezapojuje, ale koutkem oka sleduje ostatní klienty, chodí po stacionáři a pozoruje. Na jméno reaguje jen někdy, nutno se ho dotknout, tlesknout a zavolat jménem, aby se dostal zpět do reality.

Sluch je normální, někdy se zdá, že neslyší, je zabrán do své stereotypie. Zrak normální, oční kontakt – zdá se, že si nevšímá ničeho, dívá se úkosem, koutkem oka. Má rád písničky, hudbu. Moc dlouho se nedokáže soustředit, pozornost je dlouhodobá pouze při dívání se z okna a třepání prsty. Při řízené činnosti je nesoustředěný, nechce spolupracovat, je lehce unavitelný.

V chování je R2 apatický, na změny si dobře zvyká, neubližuje ostatním klientům, často bývá ve svém světě – jakmile začne třepat prsty. Je spokojený, bez projevů negace v kontaktu se známými osobami, přijímá cizí osoby, nebojí se, sleduje koutkem oka, dává najevo svá přání, nesouhlas. Je nesamostatný, netrpělivý, nechce dělat nic manuálně. Sociální interakce je narušená, respondent je schopen přizpůsobit své chování speciálnímu kontextu jen pomocí druhé osoby, nerozumí sociálním signálům, kvalita komunikace narušená, uzavírá se do svého světa.

Během týdne navštěvuje dvakrát muzikoterapii, jedenkrát týdně se účastní canisterapie a animoterapie. Také dochází ke speciálnímu pedagogovi ve stacionáři.

Interpretace rozhovoru (s otcem):

Vzhledem k typu a míře klientova postižení rozhovor probíhal s rodičem a pracovníky denního stacionáře. R2 je dle slov tatínka ve stacionáři spokojený. Od počátku se ve stacionáři zúčastňuje canisterapie, animoterapie a muzikoterapie. Vzhledem k jeho typu postižení nemá ve stacionáři kamarády, ani je nevyhledává.

V chůzi je R2 nejistý, těžkopádný, chodí přes překážky a nedívá se pod nohy. Jakmile není schopen překážku přejít, obejde ji. Chodí po stacionáři samostatně, třepe si prsty obou rukou před očima, je spokojený ve svém světě. Je schopen sedět u okna a třepat prsty dlouhou dobu. Po schodech chodí s pomocí, drží se pracovníka, střídá nohy. Koordinace pohybů je pomalá, nejistá, nenapodobí pohyby pracovníka, nereaguje, nemá rád řízenou činnost. Sed na židli je samostatný. Je motoricky neobratný, pohyby jsou s dyskoordinací, objevují se pohybové stereotypie - třepání prsty obou rukou před očima, kývání trupem. I při hození míčem si stále třepe prsty, nechce napodobovat, prosazuje si své stereotypy. Napodobí tleskání např. při hudbě.

R2 ruce používá pouze při třepání, předměty vezme do ruky a vyhodí je. Vše sleduje koutkem oka. Pokud se v jeho blízkosti nachází jakýkoli předmět, vezme ho do ruky a odhodí ho. Hází míčem, stránky v knize neobrací. Překládá předměty z nádoby do nádoby pouze s pomocí cizí ruky. Úchop je hrabavý, lateralita nevyhraněná, motorika na úrovni 3 – 12 měsíců. Má rád činnosti spojené s vodou, rád šplouchá rukou ve vodě, míčky ve vodě uchopí, ale vyhazuje je, neukládá do nádoby.

Respondent verbálně nekomunikuje, vydává slovo „ababa“. Rozumí některým výrazům – oběd, jogurt, jednoduchým pokynům – pojď, sedni si ke stolu, vstaň... Na obrázky i na předměty se někdy dívá, ale nereaguje, pozná písničku, tleská, ale žádné sociální hříčky, části těla neukáže. Jakmile je do činností nucen, vzteká se, bouchá do hlavy.

Shrnutí:

R2 má v individuálním plánu za cíl rozvoj jednotlivých oblastí:

- Jemná motorika – uchopí předměty, ale odhazuje je.
- Animoterapie má za cíl nácvik úchopu a cílené manipulace s předměty pomocí podávání pamlsků a piškotků zvířatům. Dále zdokonalovat jemnou motoriku pomocí hlazení zvířat a mazlení se s nimi.
- Psychosociální oblast - zaměřit pozornost R2 na zvířata.
- Rozumová oblast - reagovat na výzvu a nalézt pohledem zvíře (morče) v místnosti.
- Smyslová oblast - navázat vizuální kontakt s morčetem.
- Rozvoj sluchového a hmatového vnímání - prostřednictvím reakcí na vybidnutí k činnosti jako je podání pamlsku zvířátku, hlazení.
- Citová oblast, emoce - navození příjemných pocitů prostřednictvím morčete a prožívání emočně silných zážitků se zvířetem. Udržení dobré nálady i po skončení terapie.

Vliv terapie na plnění stanovených cílů je následující. Procvičování jemné motoriky hlazením zvířat a podáváním pamlsků. R2 o morče nejeví velký zájem, často se soustředí na jiné zvuky, je jakoby ve svém světě, s vedením ruky ho chvíli hladí, ale jelikož nemá rád řízenou činnost, nechce v této činnosti pokračovat. Sám zvířátka ale hladit nechce. Pamlsky podává s pomocí, činnost vykonává bez soustředění a zrakové kontroly, pozornost je nahodilá.

Zrakový kontakt s morčetem je sporadický, ale dokáže déle fixovat zrak než u jiných činností. Sleduje zvířata jakoby koutkem oka a usmívá se. Velmi také záleží na množství rušivých elementů z okolí. R2 na výzvu nenajde očima morče v místnosti, oční kontakt je nahodilý. Nenechá se vyprovokovat ke spolupráci, je pasivní, je mu dobře, když vše sleduje „zpozzdálí“. Někdy se připojí a začne se pohupovat a tleskat.

R2 se moc líbí, když se morče pohybuje, leze, sleduje ho, směje se. Během terapie má dobrou náladu, usmívá se.

R2 málokdy spolupracuje, pokrok je pozorován pouze v zaměření klientovy pozornosti na zvíře, což je předpokládáno vzhledem k jeho postižení za velký pokrok. Hlavním přínosem je pro R2 celkové uvolnění a udržení dobré nálady i po skončení terapie.

7.3 RESPONDENT 3 – ŽENA

R3 je 42 letá žena, má DMO diparetickou formu, se středně těžkým stupněm mentálního postižení a s přidruženou epilepsií. Těhotenství bylo první a plánované. Matka dbala správné životosprávy. První trimestr probíhal bez problémů. V polovině druhého trimestru (ve 20. týdnu gravidity) nastalo silné krvácení, pro které byla matka hospitalizována. V nemocnici zůstala do 27. týdne gravidity, kdy se dívka předčasně narodila. Porod proběhl koncem pánevním, dívka musela být kříšena, sama nedýchala, umístěna na jednotku intenzivní péče. Novorozenecká žloutenka neproběhla.

S rodiči není v žádném kontaktu, matka o dítě neprojevovala zájem, otec není znám. Kdysi bývala v kontaktu se svým strýcem a tetou. Má sestru z jiného manželství a ještě nevlastního 1 bratra. V minulosti navštěvovala pomocnou školu internátní v O. Sociální služby využívá od svých 12 let.

Pozorování:

R3 je ráda ve společnosti, je ochotna pomoci, když je potřeba, je aktivní. Nesnese však kritiku od ostatních, nelíbí se jí, když je jí něco vyčítáno, to pak klientka vyvolává v kolektivu ostatních časté konflikty, někdy u samotné klientky i epileptický záchvat. Stane se, že zareaguje velmi podrážděně i na nepatrný podnět velmi výbušně, často se poté urazí. V kolektivu klientek bývá dominantní. R3 se pohybuje o berlích,

někdy na vozíku. Samotná chůze klientky je velmi nestabilní a nejistá. Pohybový nepokoj, má špatnou koordinaci pohybů.

Řečový projev je spontánní, má dostatečnou slovní zásobu, verbálně se umí dobře vyjadřovat celými větami. R3 je spokojená a šťastná, jestliže se jí dostane za něco pochvaly, anebo se jí něco zadaří, např. upéct buchtu, vyrobit přání v arte dílně či košík z pedigu.

R3 se ráda účastní akcí a soutěží v Duhovém domě i mimo něj. Věnuje se ráda sportu, nejoblíbenější je ranní cvičení v tělocvičně stacionáře. Ve svém volném čase ráda peče nebo sleduje televizi. Pravidelně pomáhá pracovníkům s úklidem stolů po obědě. R3 umí psát i číst, občas se objeví malé chyby, avšak tyto činnosti dokáže samostatně a bez dopomoci. Vědomosti klientky jsou na dobré úrovni.

Interpretace rozhovoru:

Z rozhovoru vyplynulo, že R3 je v denním stacionáři spokojená. Její přítelkyně, se kterými se znala již dlouho z předešlé služby, jsou nyní v chráněném bydlení a služeb denního stacionáře nevyužívají. Kdyby měla R3 na vybranou, přála by si bydlet také jako ony, v chráněném bydlení a být zase ve společnosti svých starých kamarádek. Ve stacionáři oceňuje prostředí a vybavení. S radostí pobývá s kamarády venku před Duhovým domem a počítá projíždějící auta a tramvaje. Nelíbí se jí hádání ostatních klientek v dílně. S pracovníky vychází bez problémů.

Nabídka aktivizačních činností se jí líbí. Podle R3 je kladem to, že má příležitost sama si zvolit aktivitu a naplánovat na týden aktivity, které má ráda a baví ji. R3 je velmi činorodá a její týdenní program je nabitý. Zúčastňuje se téměř všech dostupných činností. Také se ve svém týdenním plánu aktivit s přehledem vyzná. Jednou týdně dochází krom nácvikové dílny i na arte dílnu, keramickou a košíkářskou. Navštěvuje také muzikoterapii, kde dochází cca jedenkrát za čtrnáct dní. Příležitostně využívá nabídky wellness terapie a snoezelenu.

Čtyřikrát do týdne se zúčastňuje sportovních aktivit – boccia, tu označila jako nejoblíbenější. R3 má moc pěkný vztah ke zvířatům, ačkoliv chvílemi, možná vzhledem ke své dominantní povaze, má sklony zvířata řídit (chová morče Pepu). Mezi oblíbená zvířata uvedla koně, s nimiž v rámci hipoterapie pracuje, ale pouze ze země. Ne kvůli tomu, že je částečně imobilní, ale protože její tělesná hmotnost je nadmíru velká na ježdění. Pracováním se zvířaty a hlavně prací kolem koní se klientka realizuje a v práci

nachází naplnění. Má tak velkou motivaci ke zlepšování své fyzické zdatnosti a snižování své váhy.

Shrnutí:

R3 je ráda, že může navštěvovat tolik aktivit. Činnosti v dílnách jí naplňují a baví hlavně z toho důvodu, že může ostatní potěšit a vyrobit jim dáreček, dalším důvodem je fakt, že je v kolektivu kamarádů, se kterými jí je příjemně. Největší naplnění jí přináší práce s koňmi a se zvířaty. Je pro ni prvkem motivace ke zlepšování své fyzické kondice a učení se novým dovednostem.

7.4 RESPONDENT 4 – MUŽ

R4 je 36 letý muž mající středně těžké mentální postižení s přidruženým somatickým postižením. Přidružená je paréza dolních končetin, projevující se diskoordinací chůze. Rodiče byli rozvedeni, v minulosti si klienta na víkendy bral otec k sobě domů a celý týden pak klient trávil v ústavní péči. Matka byla zbavena způsobilosti k právním úkonům a byla tak ženou v domácnosti. Oba rodiče již zemřeli. Dle dokumentace měl otec i matka sklony k nadměrnému pití alkoholu.

Respondent má ještě starší sestru, která je umístěna v domově se zvláštním režimem a mladšího bratra, který byl žákem v minulosti tehdejší pomocné školy. Dříve jezdil R4 na pobyty ke svému bratru domů, prostředí však u něj nebylo ideální, jeho homosexuální přítel jej častoval nadávkami a snažil se R4 vystrnadit z domu, z toho důvodu kontakt ukončili. V současnosti R4 jezdívá na dlouhodobé návštěvy ke své vzdálené příbuzné.

R4 pochází z 2. gravidity, během porodu prodělal porodní asfyxii, a vysokou mírou se podílelo také hereditární zatížení. I přes všechny obtíže R4 absolvoval běžnou základní školu, ve které však nebyl úspěšný, a proto přešel do tehdejší zvláštní školy. Do zvláštní školy docházel 6 let, poté byl osvobozen od povinnosti se vzdělávat, jelikož další požadavky ve výuce nezvládal. Stacionář v P. opustil ve svých 35 letech. Od této doby bydlí v Duhovém domě Ostrava v domově pro osoby se zdravotním postižením a využívá taktéž služeb denního stacionáře.

Pozorování:

R4 je velice výřečný, veškeré své nedostatky se snaží vykompenzovat svou výmluvností. Ve verbální komunikaci je bystrý a pohotový při reakci na vtipy. V jeho jednání je účelovost, své postoje, názory i jednání mění v závislosti na situaci, zejména proto, aby on sám z toho získal nějaký benefit. Je přesvědčen o tom, že má vždy pravdu. R4 je hodně náladový, výbušný a emočně labilní. Jeho reakce na pokárání je zlostná, doprovázena výbuchem afektu. Na pochvalu naopak reaguje až dětinskou radostí. Má relativně širokou slovní zásobu. V komunikaci říká své názory otevřeně, je přímý.

Od počátku navštěvuje ve stacionáři speciálního pedagoga, aby si doplnil základy vzdělání zaměřené na zvládnutí trivia. Text, kterému rozumí a orientuje se v něm, přečte. Umí psát čitelně hůlkovým písmem. Zvládá jednoduché početní operace, sčítání a odčítání v oboru do 100.

R4 je aktivní, zapojuje se do veškerých akcí ve stacionáři i mimo něj. Je soutěživý a je rád středem pozornosti. Velice rád plete košíky z pedigu a využívá sportovních aktivit v tělocvičně.

Interpretace rozhovoru:

R4 je ve stacionáři i v domově spokojený, ale je šťastný, jestliže má možnost jet na delší dobu ke svému strýci a tetě, kde si dle jeho slov má možnost vydělat si peníze na brigádě. Moc se mu líbí jeho pokojík v domově, ale kdyby si mohl vybírat, nejraději by se přestěhoval na jiný blok domova pro osoby se zdravotním postižením. Nemá rád rozpory a hádání se s dalšími klienty, kteří bydlí na stejném bloku jako on. S pracovníky je zadobře, pokud ho za něco nekárají.

Je také velice spokojený s nabídkou aktivizačních činností. Za pozitivní považuje R4 to, že se v košíkářské dílně, do které rád chodí, setkává i se ženami, v jejichž společnosti rád tráví čas. Dokáže se bezchybně zorientovat v plánu aktivit celého týdne, umí přesně uvést konkrétní dílnu nebo terapii, kterou během dne/týdne navštíví. Dvakrát v týdnu chodí ke speciálnímu pedagogovi a do košíkářské dílny, jednou týdně dochází na hipoterapii, účastní se sportovních aktivit v tělocvičně a nácvikové dílně, nepravidelně dochází na wellness terapii, kde využívá nabídky vířivé vany.

Košikářskou dílnu považuje R4 za nejoblíbenější. Tam si dle jeho slov se zaměstnankyní Ladkou „moc dobře rozumí“. Nejoblíbenější činností je krom vyrábění košíků také pracovní terapie a drátkování. R4 miluje obdrátkovávání předmětů, tuto činnost dělá navíc i ve svém volnu. R4 obdrátkovává různé věci, jako např. láhve od

vína, sklenice a jiné nádoby. R4 má dobře vycvičenou jemnou motoriku a dokáže tak zvládnout činnosti vyžadující trpělivost a přesnost. Učení se se speciálním pedagogem považuje za důležité, preferuje počítání, aby ho u pokladny v obchodě neošidili, když si bude chtít něco koupit. Přestože jednoduché početní operace do 100 (které jsou zmíněny výše) ovládá dobře, stačí několik dní neprocvičování, např. z důvodu nepřítomnosti speciálního pedagoga, a klientovy dovednosti značně poklesnou.

Pokud má důležitější práci v rámci košíkářské dílny, hipoterapii většinou odmítá. Na otázku, jestli by něco v denním stacionáři změnil, odpověděl stručně a stroze: „Chci dřevařskou dílnu.“ Podrobněji však svůj postoj nevysvětlil, buď to nedokázal, nebo ho vysvětlit nechtěl.

R4 by byl nejspíš rád, kdyby v Duhovém domě byla dřevařská dílna, na kterou byl dlouhá léta zvyklý v jiném zařízení sociálních služeb, kam docházel.

Shrnutí:

R4 je spokojený, jestliže se ocitne ve středu pozornosti a dostane-li se mu uznání či pochvaly od ostatních. Aktivizační činnosti mu přináší možnost udržení svých dosavadních znalostí a dovedností, poskytují mu zejména zaměstnání, kdy se klient cítí být užitečný a významný, jelikož během pracovní terapie upravují a starají se o prostředí areálu (údržba záhonků, hrabání listí v přilehlém parku, úklid cest v rámci Duhového domu ...). V košíkářské dílně rád vyrábí košíky pro své kamarády a rodinné příslušníky, rád je obdarovává. Pracovní terapie a vyrábění košíků ho učí většímu soustředění a díky činnostem v těchto dílnách si udržuje stav jemné motoriky na velmi dobré úrovni. Když se jeho výrobky ocitnou na výstavě nebo na prodejní akci, je na sebe patřičně hrdý.

7.5 RESPONDENT 5 – ŽENA

R5 je žena ve věku 28 let. DMO s hemiparetickou formou s mentálním postižením v pásmu lehké mentální retardace. R5 pochází z 2. gravidity komplikovaného průběhu, narodila se s nízkou porodní váhou, předčasně v 6. měsíci. Její celkový psychomotorický vývoj je opožděn.

Matka zemřela před desíti lety, mnohdy na ní však R5 vzpomíná. Otec si bere klientku pravidelně domů na prázdniny a svátky. R5 se domů vždy moc těší. R5 má ještě dva sourozence, sestru, která je starší a bratra, který je mladší. Častokrát o své rodině povídá. R5 nikdy nechodila do žádné školy, byla osvobozena od povinné školní docházky. Od svých 4 let bydlí v zařízeních poskytující sociální služby.

Pozorování:

R5 je velmi spolehlivá a zodpovědná zejména v úkolech, které ji zadá speciální pedagog, v různých cvičeních, doplňování, v jednoduchých početních operacích, anebo vybídne-li ji pracovnice k pomoci po obědě, zejména v utření stolů, ráda a pečlivě úkol splní. Ráda totiž pomáhá tam, kde je potřeba. V komunikaci je však neprůbojná a uzavřená s nižším sebevědomím. Ve stacionáři si především svoji nekonfliktní povahou získala mnoho přátel. Je pracovitá a zapojuje se s ochotou do pracovních činností a v nácvikové dílně. Ve stacionáři, do kterého pravidelně dochází má i své nejlepší přítelkyně, se kterými si navzájem rády povídají a vzájemně si pomáhají.

R5 je aktivní a velice sportovně založená, každé ráno se ve stacionáři účastní rozcvičky. Nejoblíbenější sportovní činností je cvičení na trampolíně, ranní rozcvičky a jízda na koni.

Od počátku navštěvuje ve stacionáři speciálního pedagoga, kde si doplňuje své vzdělání zaměřené na zvládání trivia. Je zde velmi pečlivá a snaživá, zadané domácí úkoly si vždy vypracuje hned po příchodu od speciálního pedagoga. Čte samostatně a plynule, čtenému rozumí. Psaní ji dělá obtíže, gramatiku však zvládá bravurně, diktát napíše s malými chybami. Sama bez dopomoci druhé osoby počítá zcela bez chyb. Nedělá ji totiž zorientovat se v číselné řadě do dvaceti.

Interpretace rozhovoru:

Z rozhovoru vzešlo, že R5 je ve stacionáři i v domově moc ráda, je spokojená, ale přesto nejraději pobývá doma ve své rodině. Ve stacionáři se jí líbí především to, že zde má své nejlepší kamarádky a další kamarády, se kterými tráví svůj volný čas. R5 obtěžují a ruší spolubydlící, čas od času jejich hádky, které musí poslouchat nebo hudba puštěná z více rádií najednou.

R5 sdělila, že je s nabídkou aktivizačních činností spokojená. Těší ji, že má nově o mnoho více možností. Také je ráda, že si může sama vybrat, které činnosti chce absolvovat. Má dobrý přehled o aktivitách, umí vyjmenovat a popsat kdy, které činnosti

v dílnách a terapiích absolvuje. R5 je velmi aktivní a zúčastňuje se téměř většiny dílen a terapií. Prostory dílen se jí líbí hlavně proto, že mají modrou barvu, která je její oblíbená a proto, že jsou vyzdobeny výrobky kamarádů a jí samotné. S pracovníky si rozumí a vychází jim vstříc s pomocí.

R5 chodí do keramické dílny jedenkrát týdně, do arte dílny chodí dvakrát týdně, dále se aktivně účastní muzikoterapie a hipoterapie. Jednou za týden využívá relaxace ve vířivé vaně ve wellness terapii a snoezelenu. V dílnách je šikovná a v rámci svých možností manuálně zručná, vzhledem ke svému postižení ji činí obtíže činnosti zaměřené na přesnost. Hipoterapie se účastní s entuziasmem. Všeobecně má ke zvířatům velice hezký přístup a vztah. Za nejoblíbenější neoznačila žádnou z činností, dle jejího aktivního postoje jí baví veškeré aktivity. Říká, že by nic měnit nechtěla, raději ať vše zůstane tak jak je teď.

Shrnutí:

R5 je velice šikovná a činorodá. Pozitivem je pro ni možnost, že si může sama vybrat z pestré šíře aktivizačních činností. Když může být se svými kamarády, je šťastná. Aktivizační činnosti jí přináší hlavně sebezlepšování a tím i posílení sebejistoty.

7.6 RESPONDENT 6 – MUŽ

R6 je 50 letý muž se středně těžkým mentálním postižením a DMO. Jde o nejstaršího z dotazovaných. Matka byla v domácnosti a již zemřela. O otci se neví. O R6 se nikdo z blízkých nezajímal. V dětství byl umístěn v ústavu sociální péče v O., kde chodil do pomocné školy. V domově pro osoby se zdravotním postižením bydlí od svých 10 let.

Pozorování:

R6 je velice družný a přátelský. Je rád všude tam, kde je nějaká akce a něco se tam děje. Jeho verbální komunikace je limitována a zkreslena dyslálií. Přestože jeho výslovnost není dobrá, s druhými se vždy nějakým způsobem dorozumí. Na nové situace v zátěži převažuje nižší míra frustrační tolerance a sklon k afektivním reakcím.

Reaguje zbrkle a roztěkaně při různých emočně vypjatých situacích. R6 je jinak nekonfliktní povahy a díky tomu má ve stacionáři mnoho kamarádů.

R6 má rád všemožné akce a hry, s radostí se jich zúčastňuje, ať už se konají v Duhovém domě i mimo něj. Líbí se mu pomáhat panu údržbáři, mezi „chlapy“ se cítí spokojený. Rád si s ním povídá nebo jen pozoruje při práci.

Interpretace rozhovoru:

R6 v rozhovoru uvedl, že se ve stacionáři cítí šťastně. Líbí se mu jeho pokoj, kde v rámci pobytové části Duhového domu bydlí. Celkově se R6 prostředí Duhového domu líbí. S pracovníky Duhového domu vychází bezproblémově, určitě na tom má podíl jeho nekonfliktní povaha.

S nabídkou aktivizačních činností je nadměru spokojený. Nejraději by pracoval se dřevem, kdy v minulosti brousil a vyřezával různé předměty, klíčenky, podtácky atd. Nyní nejraději ve stacionáři navštěvuje košíkářskou dílnu a vytváří předměty z pedigu. I přes to, že je jeho věk vyšší, pravidelně se účastní hipoterapie. Výlety s koňským povozem má velice oblíbené. Nejsou sice moc časté, ale vyskytne-li se tato možnost, nikdy neodmítne a neustále se zaměstnanců vyptává, kdy už ke koním pojedou.

Ve svém plánu aktivit na týden se orientuje, ale spíše pouze vyjmenuje podle piktogramů, které činnosti dělá. Seřazení dnů v týdnu mu činí obtíž. Jedenkrát v týdnu navštěvuje arte dílnu, kde rád vymalovává obrázky. Dále má rád pracovní činnosti, kde se dělají praktické činnosti. R6 velice rád manuálně pracuje; v rámci pracovní terapie jednou týdně pomáhá s údržbou záhonků, zalévá ve stacionáři květiny a pomáhá s drobnými údržbami v zařízení – např. dotahuje šroubky u klik, židlí, apod.

R6 je nepravidelným návštěvníkem keramické dílny, kde jeho oblíbenou činností je vyrábění misek pro zvířata na animoterapii. Rád chodí relaxovat v rámci wellnes terapie do perličkové koupele. Podle jeho slov by nic neměnil na nabídce aktivizačních činností, tedy až na výše zmíněnou dřevařskou dílnu.

Shrnutí:

I přes svůj vyšší věk je R6 stále hodně vitální a aktivní. Veškerou fyzickou práci zvládá bez problému, nadto pomáhá při sklizení a sušení slámy u koní. Při práci okolo zvířat se seberealizuje, tato činnost plní jeho život štěstím a spokojeností. Dokonce i v keramické dílně nezapomíná na zvířata a na nápad vyrábění misek, které budou využité prakticky, přišel on sám. Jeho životní rolí je hlavní hospodář. Největším

přínosem je pocit sounáležitosti, toho, že někam náleží a má u koní svůj svět, kde se může realizovat. Jelikož R6 již nemá nikoho z rodiny, koho by mohl navštěvovat, za klad považují také různé výlety nejen koňským povozem. Má možnost podívat se na nová místa, poznat nové kamarády a zažít spoustu legrace. Do domova i stacionáře se pak vrací odpočínutý, plný entuziasmu, nových sil a elánu k práci.

7.7 RESPONDENT 7 – ŽENA

R7 je 29 letá žena se středně těžkým mentálním postižením a přidruženou epilepsií. Rodiče se rozvedli, když byly R7 asi 3 roky. Po rozvodu byla respondentka umístěna do dětského domova. Otec nikdy o ni nejevili zájem, ba i zpochybňoval své otcovství. Matka neměla permanentně vytvořeny bytové podmínky a nějaký čas dokonce pobývala ve vazbě. Soudem byla R7 nařízena ústavní výchova z důvodu zjištění závažných nedostatků v matčině péči a kvůli jejímu způsobu života. Nejdříve byla v dětském domově. Když jí byly 3 roky, hospitalizovali ji v dětské psychiatrické léčebně pro projevy agresivity, po celkovém uklidnění léčbou byla přeložena do domova v O.

R7 pochází z 2. gravidity, od počátku má opožděný psychomotorický vývoj. Má jednoho sourozence, starší sestru, která byla svěřena do výchovy prarodičů. R7 byla osvobozena od povinnosti vzdělávat se, proto nikdy nenavštěvovala školu.

Pozorování:

R7 je mírná, velmi ochotná a usměvavá. Ráda a odpovědně pomůže s jakoukoli prací, dokáže si i sama najít práci podle toho, co je potřeba. Její ochota je však lehce zneužitelná, proto byla nejednou zejména silnějšími dívkami manipulována. Je velice citlivá na jakékoliv zvýšení hlasu a každé napětí, které se okolo ní objeví, buď ze strany děvčat ze skupiny v dílně, nebo zaměstnanců. Takovéto vnitřní napětí se čas od času zintenzivní až do sebedestruktivního chování. R7 je spíše pasivní a sama převážně nezačne verbální komunikaci. Ačkoliv jí je hůře rozumět, dokáže se s ostatními domluvit.

R7 má ráda sport. Ze sportů jsou nejoblíbenější bowling, hry s míčem a plavání. Má ráda procházky parkem. R7 je velice duchovně založená, účastní se pravidelných duchovních chviliek ve stacionáři s panem farářem.

Od počátku navštěvuje ve stacionáři speciálního pedagoga a nácvikovou dílnu. V plnění úkolů je poctivá a pečlivá. Zvládne napsat diktát pouze s drobnými odchylkami v gramatice. Umí bez dopomoci plynule číst, rozumí tomu, co čte. Její písmo je čitelné. Její nejoblíbenější činností je počítání, kdy sčítá i odčítá v oboru čísel do 20.

Interpretace rozhovoru:

Ve stacionáři je respondentka spokojená. S pracovníky stacionáře také vychází bez konfliktů. Třikrát týdně zde dochází i její nejlepší kamarádka, se kterou se znají již několik let, některé z aktivit navštěvují společně. V bývalém stacionáři v O., do kterého docházela před stacionářem v Duhovém domě, navštěvovala R7 dřevařskou dílnu a ráda pozorovala při práci její zaměstnance. V Duhovém domě jí tato činnost chybí.

Podle slov je R7 víceméně s aktivizačními činnostmi spokojena. Prostřednictvím piktogramů mi ukázala, do jakých terapií a dílen dochází. Nejraději má dílnu keramickou, do které dochází dvakrát v týdnu. Líbí se jí, že zde vyrábí různé výrobky, kterými si může vyzdobit pokoj, či může někoho obdarovat. Líbí se jí také, že se prodávají na dnu sociálních služeb nebo na dnu otevřených dveří. Jako další preferovanou aktivitu mi prostřednictvím piktogramů ukázala hipoterapii, které se jednou týdně zúčastňuje. Nejraději má jízdu na koni, ačkoliv se s chutí zapojuje i do čištění koní a pomáhá chystat koně na terapii. Má ráda všechny koně i jiná zvířata, ráda se projde s pejskem na vodítku, bohužel jí ale tuto činnost v Duhovém domě nemůžou poskytnout. Ke všem zvířatům má celkově velmi pěkný vztah.

R7 navštěvuje ještě jedenkrát v týdnu arte dílnu a nácvikovou dílnu. Také čas od času využívá nabídky Snoezelen místnosti a vířivé vany, kde relaxuje a celkově se uvolní. Na otázku, zda by chtěla něco změnit kromě práce v dřevařské dílně, stručně odpověděla „ne“.

Shrnutí:

R7 je velmi senzitivní a proto možná i lehce manipulovatelná jinými lidmi. Během aktivizačních činností, práce v dílnách či na terapiích se přesto cítí dobře. V dílnách, zejména v keramické, ráda vytváří dárečky, kterými následně někoho

obdaruje. Na hřbetu koně v rámci hipoterapie si utvrzuje svoji tělesnou zdatnost a také zdravou sebedůvěru. Aktivizační činnosti přispívají respondentce k sebezlepšování, což souvisí úzce se zvyšováním sebedůvěry.

7.8 RESPONDENT 8 – MUŽ

Jedná se o 19 letého mladého muže; hluboká mentální retardace, těžké kombinované postižení – mikrocefalus, sekundární epi syndrom, centrální kvadruparéza.

V dubnu 2013 prodělal operaci žlučníku. Od té doby se upravil jeho zdravotní stav, nebývá často nemocný. R8 je z 1. gravidity. V 16. týdnu těhotenství se vyskytly zdravotní problémy (hematom), pro které byla matka hospitalizována po dobu 2 měsíců. Vyšetření neukázalo negativní jevy.

Porod proběhl bez komplikací, chlapec 3,7 kg 49 cm. Měl novorozeneckou žloutenku. Neustále spal, kojen a dokrmován.

Do 4 měsíců věku probíhalo vše v pořádku. Ve 4 měsících věku se u něj projevila epilepsie. V té době došlo v jeho dovednostech k regresi. Od té doby ustal ve vývoji. Vyšetřen magnetickou rezonancí, CT a celou řadou dalších vyšetření.

Pozorování:

R8 do denního stacionáře dochází každý den po škole. Využívá především muzikoterapii a k dispozici je mu speciální pedagog a jedenkrát týdně se zúčastňuje canisterapie. R8 je imobilní. Spontánní motorická aktivita je omezená. Mírně se otáčí na pravý bok. Komunikace probíhá nonverbálně. Libost vyjádří dle maminky „povídáním“ a tím, že se směje. Nelibost vyjádří hrdelními zvuky. V rámci bazální stimulace je využíván iniciační dotek na levém rameni, R8 na něj reaguje zpozorněním.

Co se týče jemné motoriky, R8 má ruce pokrčeny, prsty jsou uvolněné. Vložený předmět v pravou horní končetinu pasivně udrží. Akceptuje pasivně vedený pohyb. Bubínek nebo navlečené rolničky na zápěstí neozvučí, pasivně si nechá ruku vést. Reaguje zpozorněním a prohloubeným dýcháním, rozevřením očí.

V rámci vnímání sluchem reaguje na hlas, hlavu za zdrojem zvuku neotočí. Zpozorní při zvukovém podnětu nabízeném zleva i zprava (např. zvoneček, šustění

papíru). Při zvuku korálkového deště rozevře oči, dojde k mimovolnému pohybu horních končetin.

Svůj obraz v zrcadle nesleduje, výjimečně dochází ke krátké fixaci. Krátce zafixuje i reflexní obličej. Taktilně haptická stimulace je R8. příjemná. Danou stimulaci přijímá na končetinách i obličej. Při provádění dětské hříčky „Vařila myšička“ zpozorní a otevře oči. Při hlazení obličej se projeví hlasitým výdechem, s latencí. Na stimulaci plyšovým povrchem a kartáčkem reaguje prohloubeným dýcháním.

Na vibrační stimulaci reaguje prohloubeným dýcháním. Stimulace je prováděna měkkou látkovou hračkou přikládanou na oblast velkých kloubů horních a dolních končetin.

Interpretace rozhovoru (s maminkou):

R8 má rád bubínek, zvukové hračky. Dle slov maminky je mazel, líbí se mu hlazení po tvářích. Občas mu vadí příliš hlučné prostředí. Doma je společenský, má rád pokud více lidí mluví, zapojuje se.

Co se týká sebeobslužných činností, je krmen mačkanou stravou, pije z kelímku s dopomocí. Je pasivně oblékán, je celodenně na plenách. Používanými pomůckami jsou vertikalizační stojan, ortézy na horní i dolní končetiny, doma využívají také polohovací vak.

Shrnutí:

R8 je velice nenápadný, tichý, neupozorňuje na sebe, ale ocení pozornost vedenou k jeho osobě. Pozoruje dění kolem sebe, pěkně reaguje na zvuky, zvukové hračky, taktilní doteky. Rád pozoruje podsvícené předměty, barevné kelímky, reaguje zpozorněním na foukání do vlásků, na ruce, cákání vodou na jeho tělo. Líbí se mu tyto činnosti, někdy výská radostí. Je citlivější na změnu prostředí a větší ruch.

Při individuální muzikoterapii poslech hudby u R8 působí pozitivně na rozvoj motoriky horních končetin; při pasivním poslechu hudby, která jej zaujme, začne zvedat ruce, sklánět hlavu a otevírat ústa, případně začne vydávat i zvuky (jakoby zpíval).

Stejná hudba na něj působí různě podle jeho nálady - jeden den jej rozpohybuje a rozradostní, druhý den se ho její působení nedotýká. Poslech hudby u R8 působí na úroveň soustředěnosti – při hudbě se počíná soustředit, což je patrné z jeho výrazu tváře, začíná více otvírat oči, začne pohybovat rukama.

Převážně rytmická hudba (kytara s bubínkem) jej aktivizuje, má příznivý vliv na jeho pohybová centra v mozku – je-li ponechán samotný s bubínkem na klíně a slyší-li hudbu, po chvíli se snaží do bubínku ťukat rukama. Jde tedy již o aktivní hru, mající vliv na jeho celkový rozvoj – motoriky, soustředění, pocit úspěchu z toho, že něco dokáže.

7.9 RESPONDENT 9 – ŽENA

R9 je 34 letá žena, mající lehké mentální postižení. Má duševní poruchu, která se začala projevovat ve vývoji intelektu a osobnosti již od nejtělejšího dětství. R9 pochází z 3. gravidity, má dvě starší sestry a mladšího bratra. Rodiče žijí odděleně. R9 žila u matky, ale ta však nezvládala její výchovu, a tak požádala o její umístění do domova. Otec o výchovu dcery neměl zájem. U R9 převažují opakované poruchy chování.

Protože prostředí v rodině nebylo kompletní a kvalitní, mnohdy se R9 potulovala, tím zaznamenával její intelektový vývoj spíše nežádoucí vývojovou tendenci. Do základní školy nastoupila s odkladem, ale jelikož nestíhala v učivu ostatním žákům, přestoupila na školu zvláštní, kde také dokončila svou povinnou školní docházku. V domově v O. je od svých 18 let, ke své matce jezdí na dlouhodobější pobyty domů.

Pozorování:

U R9 se opakovaně projevují poruchy chování – některé klienty šikanuje, lže a někdy ostatním krade věci, porušuje normy a vymýšlí si i různé fiktivní somatické problémy. R9 je zřetelně emočně labilní a egoistická. Díky vznětlivosti povahy, nemá ve stacionáři ani v domově moc přátel a časté jsou konflikty s ostatními klienty a případně i s pracovníky. Volný čas tráví raději sama ve svém pokoji posloucháním hudby než v kolektivu ostatních. Ráda se přátelí s muži. Za největšího kamaráda považuje klienta jiného domova v P., se kterým si píše dopisy. R9 ovládá trivium a na dopisy odepisuje sama.

Vyjadřuje se celými větami, její řečová komunikace je spontánní. Při komunikaci je otevřená, narovinu říká své názory, má celkem obsáhlou slovní zásobu. Hrubá i jemná motorika je rozvinutá, R9 je šikovná, ale velice těžko motivující, dělá jen to, co

chce. Charakteristické je účelové vystupování. Mnohdy mění své názory a postoje v souvislosti se situací. Ráda plete šály. Oblíbené má také vycházky do centra města.

Ráda se účastní různých akcí v Duhovém domě i mimo něj. R9 ráda sportuje, nejvíce ji baví florbal, přehazovaná a štafeta. V soutěžích moc neumí prohrávat.

Interpretace rozhovoru:

R9 je v Duhovém domě Ostrava spokojená, protože proti minulému domovu pro osobu se zdravotním postižením, kde bydlela, má pokoj jen sama pro sebe. Spokojenost přičítá i tomu, že může navštěvovat denní stacionář, který je součástí komplexu Duhového domu a tak je jednodušší každý den v týdnu do stacionáře docházet. Její nejlepší kamarádky se přestěhovaly do chráněného bydlení a v Duhovém domě prozatím nemá moc přátel. Se svým přítelem se vídá jen někdy, zejména když je na prázdninách u své sestry. Přítel totiž bydlí v jiném domově. Dle slov R9 má pracovníky Duhového domu ráda a dobře s nimi vychází, popřípadě jí pomáhají.

S aktivizačními činnostmi ve stacionáři je klientka spokojená. Během týdne se objeví skoro v každé dílně. Jedenkrát do týdne navštíví keramickou dílnu, výtvarnou i nácvikovou. Jednou do týdne se účastní hipoterapie. Také může využít nabídky wellness terapie a snoezelenu.

V týdenním plánu svých aktivit se s přehledem orientuje a veškeré své aktivity bez problému vyjmenuje. Jako nejoblíbenější uvedla jízdu na koni a starání se o zvířata, ke kterým má R9 pěkný vztah. Má ráda mazlení se s kočkami a pejsky. V práci sice sama není úplně aktivní, ale má smysluplnou činnost, která jí baví. V rozhovoru neuváděla nic, co by ji nebavilo, ani činnost, kterou by nedělala ráda. Taktéž by nechtěla nic změnit.

Shrnutí:

U R9 v povaze převažují poruchy chování. Aktivizační činnosti denního stacionáře jí přináší především smysluplně strávený čas, vybití energie a změnu prostředí, protože v domově má časté konflikty s ostatními klienty. Práce v hospodářství u koní jí přináší pevný řád, učí se větší zodpovědnosti za své jednání.

7.10 RESPONDENT 10 – MUŽ

R10 je 15 letý chlapec s těžkým kombinovaným postižením, prim. Dg. DMO – spastická kvadruparéza, sekundární epi syndrom. Susp. Jiná mentální retardace – především sekundárního, ale zřejmě i primárního typu. Globálně opožděný vývoj rozumových schopností. Chlapec je imobilní, verbálně nekomunikující, inkontinentní, trvale odkázán na pomoc a péči druhé osoby. R10 stejně jako R8 využívá služeb denního stacionáře denně na několik hodin po vyučování.

Interpretace rozhovoru (s otcem):

Chlapec je v péči lékařských ambulancí: ortopedie, alergologie, oční ambulance, neurologie. Je pravidelně medikován. K dispozici má zajištěnu péči osobního asistenta. V poslední době, po změně medikace, je R10 klidnější a zejména spavější, byl by klidně schopný celý den prospat. EPI záchvaty mívá cca 2x denně.

R10 je krmený dospělým, zvládne rozkousat měkčí stravu, ale jen tu, kterou má rád, neoblíbené potraviny vyzvrací. Pije z kubečku, případně je mu podáváný nápoj pomocí stříkačky. Celodenně je na plenách, pouze při pokálení rodiče registrují chlapcovu nepohodu, má tendenci otočit se na bok, aby se špinavou plenou neměl kontakt, pomočená plena mu nevadí. Nemá rád oblékání oděvu přes hlavu (vidí tričko, už zavírá oči, záměrně se lehce otočí), při oblékání a svlékání je plně odkázán na dospělého. Koupe se rád, plně odkázán na dospělého.

Mezi specializované pomůcky, které jsou u R10 využívány patří speciální vozík, vertikalizační stojan a speciální sedačka. Vzhledem k opožděnému vývoji řeči a rozsahu tělesného postižení (kvadruparéza), je jeho aktivní komunikace a cílená manipulace s předměty omezena. Psychologické a speciálně-pedagogické vyšetření bylo tedy redukováno na zjišťování reakcí chlapce na nabízené podněty. Kognitivní schopnosti nelze dostupnými objektivními metodami zhodnotit.

Doma R10 preferuje oblíbenou hračku (zpívající panenku), která ho vždy rozesměje. Má rád dotyk blízké osoby, líbí se mu, pokud doma sedí na gauči a bokem se dotýká druhé osoby, má rád mazlení. Také si oblíbil paní asistentku, která za ním dochází kvůli rehabilitačnímu cvičení. Pravidelně, jednou týdně se účastní hipoterapie a canisterapie.

Pozorování:

R10 je plně odkázán na pomoc druhé osoby, je imobilní. Dokáže se kopáním nohou překulit ze zad na bok. Využívá speciální vozík, který je nakloněn asi o 40 stupňů směrem dozadu, při klasickém sedu totiž klientovi padá hlava na prsa. Někdy mívá hlavu nakloněnou k levému rameni. Na vozíku má opěrku hlavy bez pásků k jejímu upevnění. Ve škole prý má k dispozici vertikalizační stojan. Doma mají speciální polohovací sedačku. Rád leží v přítomnosti dospělého na zádech na pohovce. Dovede z pohovky „řízeně spadnout“, sesune se dolů zaháknutím nohou a cíleným tahem. Dovede hluboce zaklonit hlavu, pokud jej upoutá něco, co není v jeho zorném poli. Nemá rád polohu na břicho a snaží se jí vyhnout.

Co se týče komunikace, dle výrazu tváře rodiče odtuší, zda je chlapec spokojený, či nikoliv, při nelibosti hlasitě mručí a zrychleně dýchá (což se projevilo dle slov otce např. i u vyšetření), libost dává najevo úsměvem. Při dobré náladě vydává také hlasitější zvuky, vokalizuje. Pláč se objevuje velice zřídka a většinou pouze při bolestivých podnětech (např. bolení břicha).

R10 fixuje očima pohled dospělého, sleduje pohybující se osoby po místnosti. Hračku, či jiný předmět chvíli podrží v ruce, neprohlíží si ji, aktivně s ní nemanipuluje. Reaguje na hlas dospělého (zejména jeho dědečka), začne se hlasitě smát. Zpozorní při oslovení jménem, otáčí zrak ve směru hlasu, který jej oslovuje, pozorně poslouchá zpívání. Nejvýraznější reakci měl R10 na „korálkový déšť“, mírně se prohnul, rozechvěle nadzvedl celou horní polovinu těla a levou ruku, zaklonil hlavu dozadu a plně otevřel ústa. Dle vysvětlení otce takto projevuje zájem o podnět.

R10 sleduje očima nabízené podněty, např. nasvícený předmět, sleduje přes středovou čáru doleva i doprava, reaguje na oslovení, očima vyhledává zdroj zvuku (zvonek, zvukovou hračku), zpozorní při rozezvučení bubínku s korálky, velmi jej zaujaly neonové tvary na „suchozipové desce“.

Klient toleruje v ruce třásňový pompon, přivírá oči při hlazení ruky plyšovou hračkou. Na bodlinkový míček při dotyku ruky reaguje chrčením. Po kontaktu s vibrační hračkou a jejím přiložením do dlaně uvolnil sevřenou pěst na pravé ruce, levá horní končetina zůstává v kontrakci.

Shrnutí:

Pasivní poslech reprodukované hudby nepůsobí u R10 žádnou viditelnou reakci. Při individuální práci s ním a hudebním nástrojem (kytarou) bylo po zhruba 4 měsících

dosaženo ojediněle aktivizace jeho levé ruky, kterou několikrát aktivně sám opakovaně na pokyn rozezněl všechny struny na kytaru. Jedná se o velký pokrok, kdy byl klient sám aktivní. U R10 lze tedy říci, že aktivní muzikoterapie má vliv na soustředěnost a jemnou motoriku horních končetin.

8 Prezentace výzkumných analýz

Informace, které vzešly z rozhovorů s klienty, mohou mít kvůli sníženým intelektovým schopnostem klientů denního stacionáře nižší výpovědní hodnotu. Z tohoto důvodu jsou do závěrečné práce připojeny dílčí cíle, které umožní lepší zhodnocení aktivizačních činností poskytovaných v denním stacionáři Duhového domu Ostrava. Na základě informací, které jsem získala z rozhovorů s klienty, s jejich blízkými, se zaměstnanci zařízení a z vlastního pozorování, jsou vyvozeny následující výsledky šetření.

8.1 Analýza zájmů a zálib

Klientům denního stacionáře, Duhového domu Ostrava, jsou nabízeny aktivity ve 4 různých dílnách a 7 jiných aktivit v rámci terapií. Koncepce aktivizačních činností je velice rozmanitá a každý klient má příležitost zvolit si takovou činnost, které jej opravdu baví, kterou dělá rád. Takovouto eventualitu výběru považuje za pozitivní většina dotazovaných klientů. Také hodnotí kladně to, že se díky vhodnému rozdělení aktivit navzájem více potkávají a poznávají se svými kamarády. Skupinky jsou smíšené, složené z mužů i žen, na což mnozí z klientů, kteří přešli z jiného zařízení, nebyli zvyklí.

V denním stacionáři jsou mezi jednotlivými klienty věkové rozdíly. Do denního stacionáře Duhového domu Ostrava však mají možnost docházet klienti od 15 let do 50 let, a proto se musí brát na zřetel i fakt, že starší člověk má odlišné zájmy než člověk mladý, i přesto, že u lidí s postižením nejsou tyto rozdíly tak markantní jako u běžné populace. Všeobecně klienti mladší upřednostňují aktivnější trávení svého času, starší klienti stacionáře mají rádi spíše aktivity klidnější. Odlišnosti v zájmech lze pozorovat

jak u žen, tak u mužů. Z hlediska rozhovorů s vybranými respondenty, ženy upřednostňují spíše muzikoterapii, práce v keramické a arte dílně. Naopak muži často označovali za nejoblíbenější nácvikovou dílnu, košíkářskou dílnu a aktivity v tělocvičně. Obě pohlaví se těší stejné oblíbené práce u zvířat, hipoterapii.

Z rozhovorů vzešlo zjištění, že klienti dávají přednost takovým činnostem v dílnách, za nimiž mohou vidět výsledky své práce. Z vydařených výrobků mají ve všech případech velkou radost a někteří s nimi potěší i své kamarády a blízké. Výsledky práce v dílnách, jimiž jsou výrobky klientů, jsou pravidelně vystavovány, také slouží k obdarování rodinných příslušníků, sponzorů Duhového domu Ostrava a taktéž mohou sloužit k výzdobě celého střediska. Klienti pak bývají oprávněně hrdí na výsledky své odvedené práce.

Většina dotázaných klientů se ve svých činnostech a aktivitách zcela orientuje. Znají svůj harmonogram činností a dovedou vyjmenovat, kterou činnost a kdy vykonávají. Bezpochyby tomu napomáhá i jejich týdenní rozvrh, který dle svého zájmu, může mít každý klient sám u sebe. Pomocí kartiček, které se dají nalepit na suchý zip, s piktogramy činností si může plán upravovat a svobodně si volit činnost.

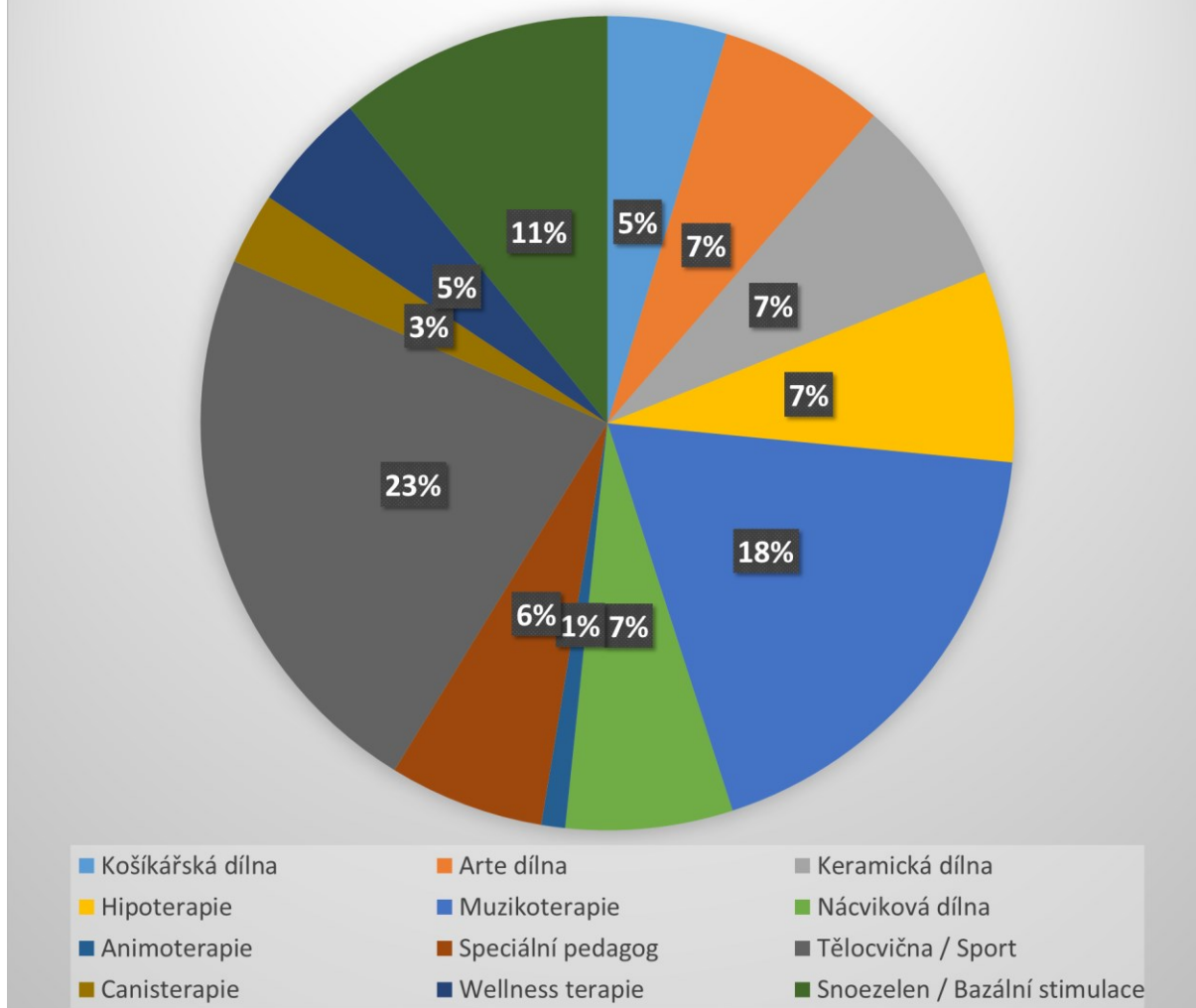
Každý z klientů je jedinečnou osobností, charakterizovanou svými individuálními zájmy a potřebami, a proto každému klientovi přináší aktivizační činnosti něco odlišného. Pro někoho aktivity s sebou nesou smysluplnou činnost a možnost realizování se, učení se novým dovednostem, jinému mohou napomoci ke zlepšení fyzické kondice, sebezdokonalování a získávání větší sebedůvěry. Nicméně jsou pro všechny klienty aktivizační činnosti důležitou součástí pobytu ve stacionáři a jediné, co by zejména klienti z řad mužů zavedli, je dřevařská dílna. Jinak by nechtěli nic měnit. Dle mého názoru, je velice přínosné, že nabídka činností je tak pestrá a opravdu každý má možnost vybrat si tu svoji činnost, která ho určitým způsobem uspokojuje a přináší mu naplnění a rozvoj sebe samého.

Respondent					
	1	2	3	4	5
Věk	43	18	42	36	28
Košičkářská dílna	1		1	2	
Arte dílna	1		1		2
Keramická dílna	1		1		1
Hipoterapie	1		1	1	1
Muzikoterapie	5	2	1x za 14dní		5
Nácviková dílna			1	2	1
Animoterapie		1			
Speciální pedagog	1	1		2	1
Tělocvična /Sport	5		4	5	5
Canisterapie		1			
Wellness terapie			Příležitostně	Příležitostně	1
Snoezelen Bazální stimulace			Příležitostně		1

Respondent					
	6	7	8	9	10
Věk	50	29	19	34	15
Košičkářská dílna	1				
Arte dílna	1	1		1	
Keramická dílna	2	2		1	
Hipoterapie	1	1		1	1
Muzikoterapie			4		3
Nácviková dílna	1	1		1	
Animoterapie					
Speciální pedagog		1	Příležitostně		
Tělocvična /Sport		5			
Canisterapie			1		1
Wellness terapie	2	Příležitostně		Příležitostně	
Snoezelen Bazální stimulace		Příležitostně	4	Příležitostně	5

Tab. 2.: Využití aktivizačních činností jednotlivými klienty v rámci týdne.

Využití aktivizačních činností respondenty



Graf 2: Zobrazení četnosti využití jednotlivých aktivizačních činností v rámci jednoho týdne vyplývající z výše uvedené tabulky.

8.2 Analýza prostředí

Duhový dům Ostrava představuje domov pro osoby se zdravotním postižením s kapacitou 18 osob ve věku od 18 do 50 let, denní stacionář pro 54 osob ve věku od 15 do 50 let a odlehčovací službu pro 6 osob ve věku od 1 roku do 60 let. Aktuálně je zcela naplněna kapacita služby domov (jsou již evidováni zájemci do pořadníku), v rámci denního stacionáře bylo uzavřeno 57 smluv a využití odlehčovací služby se průběžně pohybuje od 2 do 6 obsazených míst.

V Duhovém domě je pro klienty zajišťována i zdravotní a ošetrovatelská péče, vč. rehabilitace, v rámci které pracují zdravotní sestry a fyzioterapeut. Na základě potřeb klientů služeb vzniklo v zařízení také odloučené pracoviště **MŠ, ZŠ a SŠ Slezské diakonie**, je zde **rehabilitační třída** s kapacitou šesti žáků.

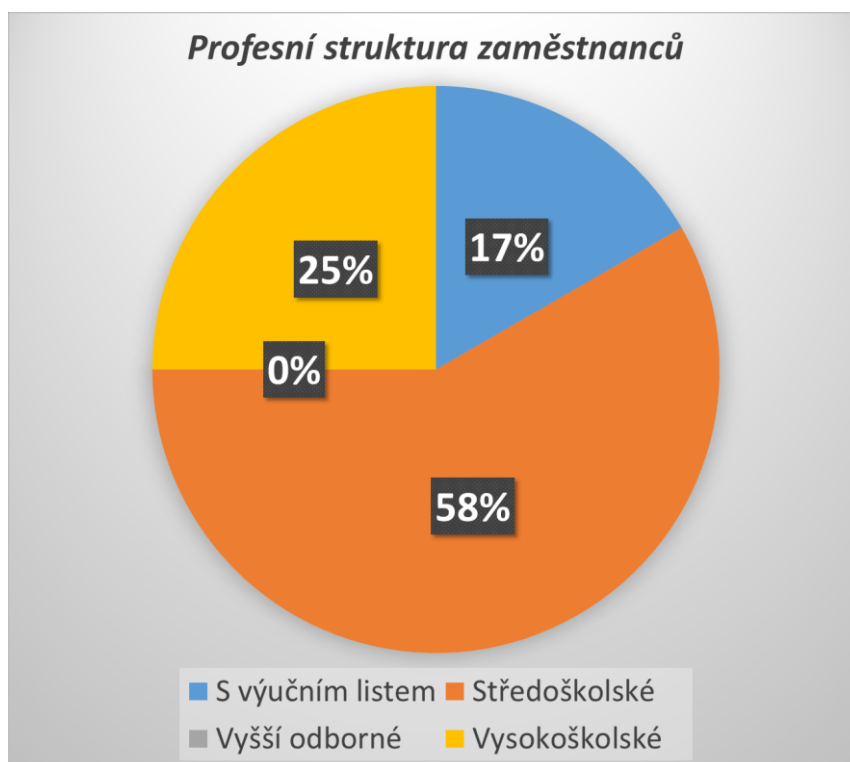
Duhový dům Ostrava – domov pro osoby se zdravotním postižením nabízí kvalitní a technicky moderní ubytování v 18 jednolůžkových pokojích a 3 dvoulůžkových apartmánech s vlastním sociálním zařízením, ale také stravování, k dispozici je psycholog a speciální pedagog. Denní stacionář má prostory pro aktivizační činnosti (nácvikové, arte, košíkářské, keramické, tělocvičnu, PC koutek, snoezelen aj.), multifunkční společenský prostor, prostory pro relaxaci a místnosti pro rehabilitace (suchou i mokrou), prostředí je bezbariérové a propojené s venkovními navazujícími atrií, kde klienti v rámci pracovní terapie nácvikové dílny mají možnost pečovat o záhonky s bylinkami a keříky. Veškeré prostory jsou vkusně zařízeny moderním nábytkem a dalším potřebným vybavením. Místnosti jsou vyzdobeny většinou fotkami z různých společných akcí nebo exkurzí nebo výrobky klientů. Dílny jsou taktéž vyzdobeny především výrobky nebo obrázky samotných klientů. Všichni dotazovaní klienti jsou s prostory stacionáře a místnostmi aktivizačních činností spokojeni a dobře se v nich cítí. Mají všechny pomůcky, které potřebují a relativně dost prostoru pro svoji práci. Za negativní považují to, že klienti do denního stacionáře z pobytové části přecházejí v rámci jedné budovy a tím nezažijí změnu vyjití z domácího prostředí ven. Má to však i svou pozitivní stránku, kdy klienti s menší mírou podpory dochází z pobytové části samostatně a mohou se tak cítit jako majoritní část společnosti, která dochází do práce nebo do školy.

8.3 Analýza profesní struktury zaměstnanců oblasti aktivizačních činností

V oblasti aktivizačních činností je zaměstnáno celkem 12 pracovníků. 1 speciální pedagog, 1 zdravotní sestra a 10 pracovníků v sociálních službách. Z toho 3 zaměstnanci pracují na pozici přímá obslužná péče, 2 zaměstnanci jsou zařazeni jako pracovník zařazení činnost pod dohledem sociálního pracovníka a 5 zaměstnanců pracuje na pozici základní výchovná nepedagogická činnost.

Vzdělání	Počet	%
S výučním listem	2	17%
Středoškolské	7	58%
Vyšší odborné	0	0%
Vysokoškolské	3	25%
Celkem	12	100%

Tab. 3: Profesní struktura zaměstnanců.



Graf 3: Profesní struktura zaměstnanců.

Nejvíce zaměstnanců pracujících v oblasti aktivizačních činností má jako nejvyšší dosažené středoškolské převážně odborné pedagogické vzdělání zakončené maturitou. Na druhém místě se umístilo s nejvyšším procentuálním zastoupením vzdělání vysokoškolské. Další 2 zaměstnanci ještě i při pracovních povinnostech navštěvují v kombinovaném studiu vysokou školu. Všichni zaměstnanci, kteří nemají vzdělání přímo ve svém studijním oboru, mají splněný akreditovaný rekvalifikační kurz pracovníka v sociálních službách. Všichni pracovníci v oblasti aktivizačních činností se také pravidelně účastní vzdělávacích seminářů, workshopů a konferencí zaměřených na problematiku sociální práce a standardů kvality poskytovaných služeb. Sami si aktivně vyhledávají specializované vzdělávací kurzy, které je zajímají a především jim budou přínosem v jejich profesi. Často hodiny vzdělávání přesahují i 24 hodin vzdělávání, které je zákonnou povinností v sociálních službách. Myslím, že úroveň vzdělání zaměstnanců aktivizačních činností je velmi dobrá.

	Ženy	Muži	Celkem
počet	10	2	12
%	83 %	17 %	100%

Tab. 4: Zastoupení mužů a žen.

Všeobecně pracuje v České republice v sociálních službách a v pomáhajících profesích vůbec, více žen než mužů a nejinak je tomu v Duhovém domě Ostrava. V oblasti aktivizačních činností je zaměstnáno 90% žen a jen 10% mužů. Podobně je tomu i v celém Duhovém domě Ostrava, protože muži jsou mimo oblast aktivizačních činností zaměstnáni pouze v pomocných profesích, v údržbářské dílně a na pozici řidiče, který dělá svoz klientů do zařízení. Tento počet pracovníků svědčí o výrazné feminizaci sociální sféry. Dle výpovědi klientů samotných i z vlastního pozorování můžeme konstatovat, že mužský vzor klientům chybí, zvláště pak, pokud chybí i v rodině. Hodně klientů by rádo navštěvovalo dřevařskou dílnu, na kterou byli v předešlé sociální službě zvyklí a kde pracoval na pozici vychovatele muž. Někteří jsou rádi v přítomnosti údržbáře, a pokud to jde, pomáhají mu.

Průměrný věk zaměstnanců je 27 let. Kolektiv zaměstnanců v oblasti aktivizačních činností je tvořen převážně mladými lidmi, kteří touží po neustálém

zdokonalování se a vzdělávání. Většina zaměstnanců v oblasti aktivizačních činností vykonává funkci klíčových pracovníků, jež jsou aktivně zapojeni do procesu individuálního plánování s klienty. Klienti se pracovníkům svěřují se svými starostmi, ti je vždy ochotně vyslechnou, poradí a spolu s klientem nastaví další postupy.

Ani jeden z dotazovaných klientů se nevyjádřil negativně vůči pracovníkům z oblasti aktivizačních činností, pouze jeden klient negativně vnímá zvýšený hlas nebo křik pracovníků v přímé obslužné péči. Jinak klienti s pracovníky v dílnách a terapiích velmi dobře vychází. Klienti oslovují pracovníky po předešlé domluvě ve většině případech křestními jmény, dokonce i zdrobnělinami, což vypovídá o jejich náklonnosti k nim. Při aktivitách pracovníci klientům dodávají nezbytnou podporu a motivaci k činnosti. Práce je baví a jde to následně vidět i na výsledcích práce.

8.4 Analýza vzájemných vztahů

U osob s mentálním a kombinovaným postižením jsou vzájemné mezilidské vztahy nastaveny jinak než u většinové populace. Zpravidla jsou jejich vztahy upřímné, přímé a bezelstné. Jsou charakteristické absencí sebekontroly většinově přijatých norem a odlišuje se i způsob vyjadřování. Osoby s mentálním a kombinovaným postižením bývají často důvěřivé, a tak není složité zmanipulovat jejich jednání. Nepřemýšlí v souvislostech a nedomýšlí následky svého chování.

Je pro ně přirozené žít v kolektivu, a to v případě, zda jsou již od útlého věku v pobytových sociálních službách. Všichni vytipovaní klienti mají v Duhovém domě Ostrava své přátele. Někteří označili dokonce svého nejlepšího kamaráda. Vlastnosti, které nejvíce oceňují na svých kamarádech, je přátelská povaha a ochota pomoci. Naopak nemají rádi křik a hádky. Nepřátelské vztahy se objevují většinou jen při vyhrocených a afektovaných situacích a spíše rychle pomíjejí vlivem profesionality pracovníků.

Klienti se aktivizačních činností účastní zpravidla ve skupinách nanejvýš s počtem 8 klientů. Skupiny jsou účelně složené z mužů i žen, což vnímají kladně všichni klienti. Některé aktivity navštěvují klienti společně s jejich nejlepšími kamarády. Vzájemně si pomáhají a motivují k vyšším výkonům.

8.5 Efektivita aktivizačních činností a shrnutí výsledků šetření

Reakcí se v terapii nazývá změna, resp. zlepšení stavu klienta. Otázkou je, co se tímto zlepšením stavu hodnotí. Záleží na předpokládaném cíli terapie, zda se jedná o změnu v sociálním přizpůsobení nebo posun v reorganizaci osobnosti, změnu hodnot a postojů.

Důležitým ukazatelem je klientovo sebehodnocení, posouzení terapeutem a vypořádání změn dalšími osobami z klientova prostředí. Při hodnocení terapie klientem je nutné brát v úvahu, že klient může spíše než posuzování výsledků terapie vyjadřovat své postoje k terapeutovi a k vlastní terapii. Klientovo hodnocení spokojenosti je někdy vyjádřením spíše přání než reality. Ovšem i tento subjektivní pohled je důležitým ukazatelem působení terapie (Kratochvíl, 2002).

Uskutečněná analýza plynoucí z rozhovorů s klienty, zaměřená na aktivizační činnosti poskytované v denním stacionáři Duhového domu Ostrava odhalila, že jsou všichni vybraní klienti s nabídkou spokojeni. Projevení spokojenosti či nespokojenosti má svůj původ zejména v uspokojování jejich potřeb a aktuálním naladění. Nynější podobu dílen a terapií hodnotí kladně, nejvíce se jim líbí to, že se setkají se svými přáteli a že si mohou sami zvolit aktivity, které je zajímají.

Muzikoterapie má blahodárny vliv na všechny respondenty, kteří se jí účastní. Individuálně u respondentů působí na rozvoj a zdokonalování hudebního nadání. Dále působí na rozvoj motoriky, rozvíjí koncentraci, aktivizuje, uklidňuje, je motivačním prvkem, přináší seberealizaci a rozvíjí sebevědomí. Práce v keramické dílně pomáhá ve zdokonalování sebe sama a tím i zvyšování sebevědomí, procvičování a rozvíjení jemné motoriky, uvolňování horních končetin, vytváření dárků pro druhé buduje u lidí altruismus. Obecně tyto aspekty platí jak v keramické dílně, tak i u práce v arte dílně a všude tam, kde lidé mají možnost něco pěkného a užitečného vyrobit.

Sportovní aktivity nesou smysluplné trávení volného času, vybití přebytečné energie a pohyb. Naopak s sebou nesou i nabytí energie a zvyšování či udržování kondice. Pobyt v denním stacionáři přináší pro některé vyhledávanou změnu prostředí, protože v domácnosti můžou vznikat časté konflikty s ostatními lidmi. Pracovní terapie

má vliv na fyzickou i na psychickou stránku člověka, kdy se pracovní začlenění či činnost častokrát stává i smyslem života, podílí se na rozvoji hrubé i jemné motoriky.

Práce u koní, hipoterapie přináší pevný řád, učí větší zodpovědnosti za jednání člověka, přináší motivaci ke zlepšování fyzické kondice. Na koni si lze upevnit svoji fyzickou kondici a také zdravé sebevědomí. Animoterapie působí pozitivně na zaměření pozornosti na zvíře, což může být zejména u lidí s PAS považováno za velký pokrok. Přínosem je celkové uvolnění a udržení dobré nálady i po skončení terapie. Animoterapie navozuje příznivé sociální, somatické, a psychické reakce, jenž se podílí na zlepšení celkového zdraví, upravují psychiku a s tím související kvalitu života. Snoezelen nebo také psychorelaxační pokoj přináší zklidnění v rámci relaxace, nebo naopak stimulace, probuzení klienta z letargie a nastartování smyslů pro intenzivnější vnímání.

Z rozhovorů vzešel fakt, že v místnostech dílen a terapií se všichni klienti cítí příjemně a mají tam vše, co potřebují. Vztahy s pracovníky oblasti aktivizačních činností taktéž vnímají pozitivně, většinou je považují za kamarády, na které se mohou spolehnout, obrátit se na ně a oni jim s ochotou pomůžou. Uvítali by určitě více zaměstnanců z řad mužského pohlaví. Myslím si, že ačkoliv jsou tato zjištění poplatná spíše pro skupinu zkoumaných osob, i přesto je eventuálně možné u některých aspektů uplatnit jejich obecnou platnost. **Aktivizační činnosti** přináší především smysluplnou činnost, socializaci, pomáhají ve zdokonalování sebe sama a tím i zvyšování sebedůvěry, mohou přinášet poznávání nových míst a kamarádů. Aktivizační činnosti klientům sociální péče *zkvalitňují jejich život* v podmínkách využívání sociálních služeb a činí je bohatším.

8.6 Návrhy a opatření

Výsledky výzkumného šetření ukázaly některé podněty ke zlepšení nabídky aktivizačních činností:

- rozšiřovat koncepci aktivizačních činností podle zájmů klientů, žádaná by především u mužů byla dřevařská dílna;
- hledat možnosti finanční úhrady za hipoterapii, pravidelně sledovat aktuální výzvy v grantovém kalendáři;

- podporovat naplňování přání a cíle klientů;
- pravidelně, neustále prošetřovat a hodnotit spokojenost klientů s nabídkou aktivit;
- podporovat je v jejich nezávislosti a soběstačnosti;
- usilovat předcházení konfliktům, manipulaci a agresivitě klientů;
- podporovat specializační, oborové vzdělávání zaměstnanců, zaměstnávat pracovníky s profesionálním přístupem, také pokud možno z řad mužů;
- využívat nabídky aktivit města nebo okolí Duhového domu s cílem sbližovat klienty s místní komunitou.

Obecným záměrem je v první řadě zajistit osobám s mentálním a kombinovaným postižením co možná nejpříjemnější podmínky a dát jim šanci zažít i v sociálních službách po všech stránkách kvalitní život.

9 Závěr

Diplomová práce se zabývá aktivizačními činnostmi u dospělých osob s kombinovaným postižením a dopadem těchto aktivit na každodenní život klientů v zařízení sociálních služeb, konkrétně v denním stacionáři Duhový dům Ostrava.

V teoretické části je specifikováno, kdo je osoba s kombinovaným postižením, jaké má zvláštnosti a jaké jsou metody práce s těmito lidmi. Jsou zde uvedeny nejběžnější možné druhy kombinací vad. Dále jsou v teoretické části popsány jednotlivé aktivizační činnosti, jedná se o arteterapii, muzikoterapii, ergoterapii, animoterapii, hipoterapii, canisterapii, dramaterapii, tanečně – pohybovou terapii a snoezelen, (ve kterém je nejčastěji pracováno podle konceptu bazální stimulace) s tím, jak a jakým způsobem mohou klientovi tyto terapie pomoci. Je to především v oblasti fyzické, psychosociální, vnímání a pozornosti, motoriky, emocí, sociálních interakcí, chování, komunikace, vědomostí a školních dovedností, relaxace a protistresových technik.

Jednotlivé terapie obsahují specifické podkapitoly zabývající se danou terapií u člověka s kombinovaným postižením. Teoretická část je završena kapitolou zabývající se kvalitou života osob s kombinovaným postižením v prostředí stacionáře a sociálních služeb.

Empirická část předkládá cílené studie dospělých osob s kombinovaným postižením, které využívají služeb denního stacionáře Duhový dům Ostrava. V souvislosti s výzkumnou analýzou proběhly dílčí analýzy, jež podaly ucelený obraz problematiky (analýza zájmů a zálib, analýza prostředí, analýza profesní struktury zaměstnanců v oblasti aktivizačních činností a analýza vzájemných vztahů). Byl tak ověřen vliv a různorodost aktivizačních činností.

Nesporným přínosem empirické části je ověření, jaké terapie jsou pro klienty nejefektivnější, co jim přináší nejvíce uspokojení a kladných emocí, které aktivity je motivují a posouvají dále. Závažné zjištění, že především klienti muži postrádají dřevařskou nebo podobně zaměřenou dílnu, je zpětnou vazbou pro management stacionáře a podnětem pro multidisciplinární tým. Hledat a najít možnosti a způsob, jak vytvořit a provozovat tuto aktivizační činnost. Slabou personální stránkou pomáhajících profesí je drtivá převaha žen. Případné zaměstnání muže v dřevařské dílně by bylo silným motivujícím činitelem pro klienty.

Všichni toužíme prožít kvalitní, smysluplný a spokojený život. Ne všichni však máme stejné podmínky nebo stejnou startovací čáru v životě. Poskytování aktivizačních činností klientům s kombinovaným postižením, může být jednou z forem, jak uplatňovat v praxi každodenního života princip normality, solidarity a humanity. Aktivizační činnosti v jakékoliv formě, pro klienty s těžkým mentálním postižením, pouze jen částečně, ale přesto, přinášejí do života ocenění, úspěch, radost a uspokojení. Klienti se učí fantazii, kreativitě, trpělivosti a týmové spolupráci. Prožívají to, co jejich zdraví vrstevníci. Žijí mezi námi, dělají stejné věci, byť s podporou a dopomocí. Mají stejné touhy, stejné radosti a smutky. Stejně se radují z úspěchů.

Aktivizační činnosti napomáhají začleňování osob s postižením do společnosti, dochází zde k integraci sociální, psychické i pedagogické. Klient má možnosti volby, učí se rozhodovat a zodpovídat za svá rozhodnutí. Učí se novým dovednostem a maximální soběstačnosti.

Jsem přesvědčena o tom, že aktivizační činnosti v životech klientů sociálních služeb, ale i speciálního školství, zdravotnictví a celoživotního učení, začínají zažívat boom. Je potřeba začít beze zbytku využívat všech dostupných možností v aktivizaci osob se zdravotním postižením. Pokud bude ke klientovi vždy přístupováno z holistického hlediska a napříč rezorty (MPSV, MŠMT, MZ, a další), budeme potkávat spokojené klienty, pracovníky i poskytovatele.

„Netrap se tím, že růže mají trny, raduj se z toho, že na trnovém keři kvetou růže...“

10 Seznam použité literatury a elektronických zdrojů

Literatura

BARTOŇOVÁ, M. BAZALOVÁ, B. PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. 150 s. 1. vydání. ISBN 978-80-7315-144-7.

BAZALOVÁ, B. *Psychopedie*. In PIPEKOVÁ, J. (ed). *Kapitoly ze speciální pedagogiky* 2. rozříšené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

BAZALOVÁ, B. *Psychoemocionální dimenze postižení. Vlastní já-identita*. In BARTOŇOVÁ, M. (ed.). *Edukace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vydání. Brno: MSD, spol. s r.o., 2005. od s. 225-228, 267 s. ISBN 80-86633-38-1.

CASKOVÁ, V., DVOŘÁKOVÁ, T., JISKROVÁ, I. *Hiporehabilitace*. 1. vyd. Brno: Mendelova univerzita, 2010. ISBN 978-80-7375-390-0.

ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně pohybová terapie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN: 80-7254-547-7.

DOČKAL, V. *Ergoterapie*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. s. 252-277. ISBN 80-244-1075-3.

DRAGOMIRECKÁ, E., et al. *SQUALA, Subjective Quality of Life Analysis*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-47-6.

DRLÍČKOVÁ, S. *Celostní muzikoterapie*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě 2013. s. 22.

DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 1998.

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

- FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISB 978- 80-7387-014-0.
- FREEMAN, M. *Terminologie v zooterapii*. In VELEMÍNSKÝ, M. (ed.) *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, s. 30-37. ISBN 978-80- 7322-109-6.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1314-4.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 208 s. ISBN 80- 5931-79-6.
- GALAJDOVÁ, L. *Pes lékařem lidské duše aneb canisterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-789-3.
- HASTRMANOVÁ, L. *Felinoterapie aneb není kočka jako kočka*. Sociální služby, 2010, č. 6-7, s. 34-35.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum – Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HERMANNOVÁ, H. *Rozdělení hiporehabilitace a specifická role koně*. Jezdeckví, 1998, č. 2, s. 37.
- HNILICA, K. *Věk, pohlaví a kvalita života*. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 415-439. ISBN 80-7254-657-0
- HOLLÝ, K., HORŇÁČEK, K. *Hipoterapie – Léčba pomocí koně*. Ostrava: Montanex, 2005. ISBN 80-7225-190-2.
- HORŇÁKOVÁ, M. *Činnostná terapie*. In PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2. vyd. Brno: Paido, 2001. s. 21-26. ISBN 80-7315-010-7.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004.
- JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. ISBN 80-7041-196-1.

- JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0.
- KANTOR, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-2846-9.
- KLUSOŇOVÁ, E., ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie*. Praha: Osvěta, 1988. ISBN 80-201-0030.
- KANTOR, J. *Muzikoterapie*. In *Terapie ve speciální pedagogice*. MÜLLER, O. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. s. 169 - 199. ISBN 80-244-1075-3.
- KANTOR, J. *Vymezení muzikoterapie*. In *Základy muzikoterapie*. KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 20 - 28. ISBN 978-80-247-2846-9.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Havlíčkův Brod: Grada, 2006, ISBN 80-247-1110-9.
- KOMZÁKOVÁ, M. *Produktivní formy arteterapie*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2013. ISBN 1.07/1.25/01.0029.
- KRATOCHVÍL, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-657-8.
- LESER, M. *Mensch-Tier-Beziehungen – Tiereinsätze im Heimbereich*. Bern: Curaviva, 2008. ISBN 978-3-9523215-1-5.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-961-5.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-801-5.
- LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-729-9.
- LIEBMANN, M. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Praha: Portál, 2005. 280 s. ISBN 80-7178-864-3

- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 157-169. ISBN 80-244-0646-2.
- LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- LUDÍKOVÁ, L. *Problematika osob s vícenásobným postižením*. In RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 281-284. ISBN 80-244-0646-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-71-78-549-0.
- MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MEDLÍKOVÁ, J. *Aktivizace všedního dne: několik myšlenek k aktivizaci*. Sociální služby, 2011, č. 8-9, s. 43. ISSN 1803-7348.
- MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 295 s. ISBN 80-244-1075-3.
- NEPOŽITKOVÁ, J. *Kvalita života a subjektivní charakteristiky zdraví*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. 67 s.
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. 1. vyd. Praha: Albatros Plus, 2006. ISBN 80-00-01809-8.
- OLING, B., WALLISCH, H. *Encyklopedie hudebních nástrojů*. Čestlice: Rebo Productions, 2004. 256 s.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: MU, 2008. ISBN 80-210-4575-0.
- PEETERS, T. *Autismus: Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998.

- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2008. ISBN 80-86633-40-3.
- POTMĚŠILOVÁ, P., SOBKOVÁ, P. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 112 s. ISBN 978-80-244-120-8.
- RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0646-2.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E., et al. *Quality of Life in the Contexts of Health and Illness. Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci*. Brno: MSD, s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
- SACKS, O. *Musicophilia*. Praha: Dubbuj, 2009
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, n.p., 1986. ISBN 14-072-86.
- SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. 2/2004, 4/2005.
- SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA, časopis pro teorii a praxi speciální pedagogiky. Praha: UK 2005.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80- 7178-616-0.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7

- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 616 s. ISBN 80-7178-546-6.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006.
- TICHÁ, K. *Metoda snoezelen*. Sociální služby, 2011, č. 8-9, s. 36. ISSN 1803 7348.
- TICHÁ, V. *Praktická canisterapie*. In VELEMÍNSKÝ, M. (ed.) *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, s. 72-84. ISBN 978-80-7322-109- 6.
- TRUSCHKOVÁ, P. *Snoezelen jako terapie nových možností*. Speciální pedagogika, 2007, č. 1-2, s. 88-93. ISSN 1211-2720.
- VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5.
- VAŠEK, Š., VANČOVÁ, A., HATOS, G. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiencia, 1999.
- VAŠEK, Š. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Sapiencia. 1996. 178 s. ISBN 80-967180-3-7.
- VÍTKOVÁ, M. *Metoda bazální stimulace*. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. s. 223-251. ISBN 80-244-1075-3.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 304 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.
- VÍZDAL, F. *Techniky poznávání osobnosti*. Brno: IMS, 2005. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

ZELEIOVÁ, J. *Muzikoterapie východiska, koncepty, principy a praxe*. 1. vydání, Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-237-9.

Internetové zdroje

Česká arteterapeutická asociace. [online]. *Arteterapie*. [cit. 2014-02-3]. Dostupné z: <<http://www.arteterapie.cz/?kategorie=arteterapie>>.

Česká asociace ergoterapeutů. [online]. *Úvod*. [cit. 2014-02-15]. Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>>.

Česká hiporehabilitační společnost. [online]. *Hiporehabilitace*. [cit. 2014-12-26]. Dostupné z: <<http://www.hiporehabilitace-cr.com/co-je-hiporehabilitace/>>.

Expresivní terapie. [online]. *Dramaterapie a tanečně – pohybová terapie*. [cit. 2014 - 02-20]. Dostupné z: <<http://www.expresivniterapie.org/tanecni-pohybova-terapie>>.

Helpnet. [online]. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. [cit. 2014-06-22]. Dostupné z: <<http://www.helpnet.cz/dokumenty/mezinarodni-dokumenty/33878-3>>.

Pomocné tlapy. [online]. *Canisterapie*. [cit. 2014-07-26]. Dostupné z: <<http://www.canisterapie.cz/cz/>>.

Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice. [online]. *O nás*. [cit. 2014-07-22]. Dostupné z: <<http://www.spmprc.cz/cs/uvod/>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. *Sociální služby*. [cit. 2014-01-10]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. [online]. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [cit. 2015-01-10]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/cs/9>>.

Muzikohraní. [online]. *Muzikoterapie*. [cit. 2014-02-10]. Dostupné z: <<http://www.muzikohrani.cz/muzikoterapie/#headline1>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [cit. 1. 6. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

Příloha A: Mapa středisek SD [online]. [cit. 1. 6. 2014]. Dostupné z: <<http://www.slezskadiakonie.cz/o-slezske-diakonii/organizacni-struktura-a-mapa-slezske-diakonie>>.

11 Seznam příloh

Příloha A: Mapa středisek SD

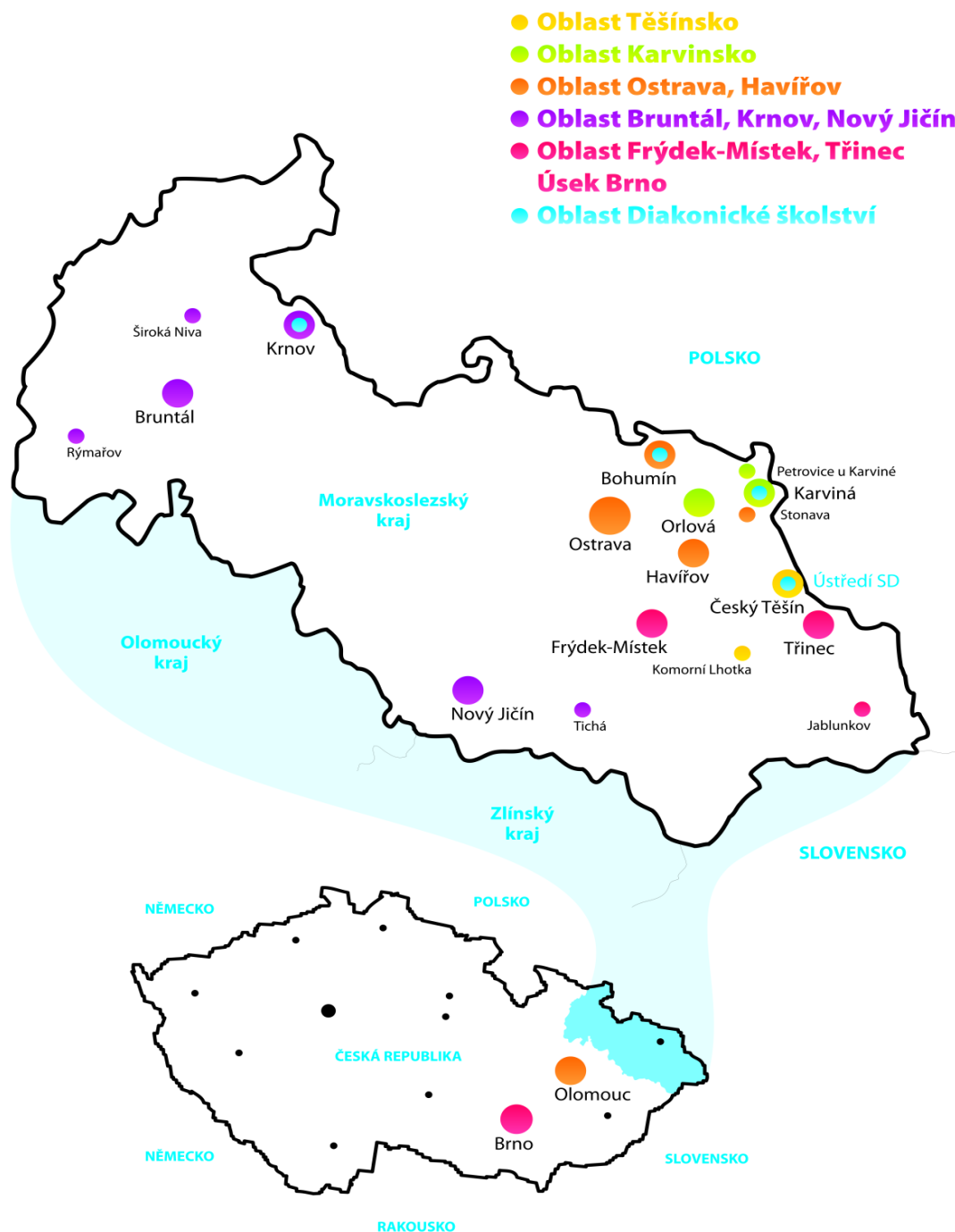
Příloha B: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor zkonstruovaný pro výzkumné šetření

Příloha C: Fotodokumentace střediska

Příloha A: Mapa středisek SD

 Slezská diakonie

Mapa středisek Slezské diakonie



Příloha B: Podklad pro polostrukturovaný rozhovor zkonstruovaný pro výzkumné šetření

OTÁZKY K ROZHOVORU S RESPONDENTY ŠETŘENÍ PRO ÚČELY DIPLOMOVÉ PRÁCE – Aktivizační činnosti dospělých osob s kombinovaným postižením v denním stacionáři

1. Jsi ve stacionáři spokojený/á? ANO NE

2. Co se ti ve stacionáři líbí?

3. Co se ti ve stacionáři naopak nelíbí?

4. Máš ve stacionáři kamarády? Máš jich hodně?

5. Koho ve stacionáři nebo mimo něj máš za nejlepšího kamaráda?

6. Co nabídka aktivizačních činností ve stacionáři, jsi s ní spokojený/á?

7. Pomáhají Ti pracovníci denního stacionáře, vycházíš s nimi dobře?

8. Líbí se ti prostředí terapií a dílen? Máš tam všechny věci, které potřebuješ?

9. Do kterých terapií a dílen chodíš? Arte dílna, keramická dílna, nácviková dílna, košíkářská dílna, wellness terapie, hipoterapie, muzikoterapie snoezelen, tělocvična, speciální pedagog

10. Která je tvá nejoblíbenější dílna nebo terapie ve stacionáři? Seřad' aktivity od nejoblíbenější až po nejméně oblíbenou.

11. Která činnost tě baví nejvíce ve tvé nejoblíbenější dílně/terapii?

12. Která činnost tě naopak nebaví, existuje nějaká?

13. Chtěl/a bys něco změnit?



Příloha C: Fotodokumentace střediska



Obr. 1: Pohled na Duhový dům Ostrava



Obr. 2: Část multifukční místnosti v denním stacionáři, vchod do tělocvičny.



Obr. 3: Multifukční místnosti v denním stacionáři pohled do jídelny.



Obr. 4: Jídelna v denním stacionáři, která je propojena s multifunkční místností.



Obr. 5a,b: Atrium v denním stacionáři, o které se klienti v rámci nácvikové dílny starají.



Obr. 6a: Rozvička v tělocvičně, Obr. 6b,c: Aktivita s psychomotorickým padákem.



Obr. 7a,b,c: Snoezelen, kde probíhá muzikoterapie.



Obr. 8: Individuální práce u speciálního pedagoga.



Obr. 9: Kancelář speciálního pedagoga a psychologa.



Obr. 10: Návčiková dílna.



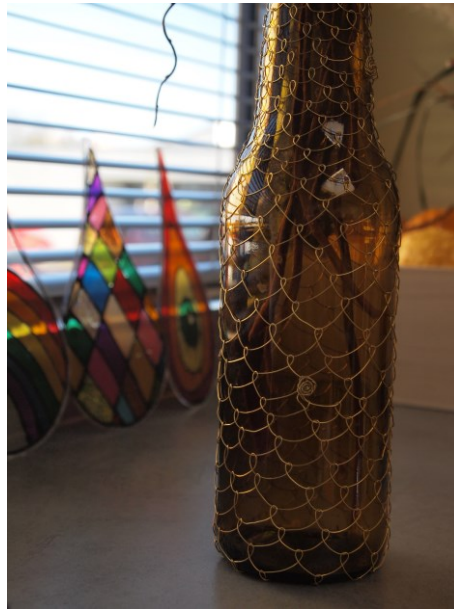
Obr. 11: Arte dílna.



Obr. 12: Ukázka z arte dílny.



Obr. 13a,b,c,d: Ukázka prací v arte dílně.



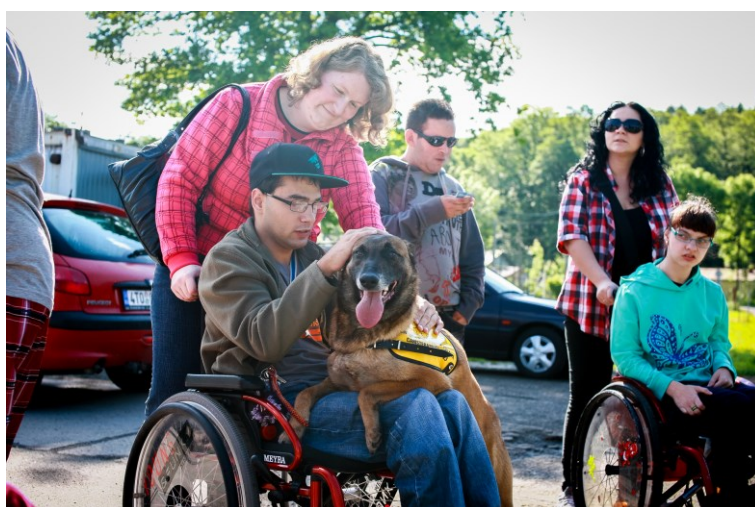
Obr. 14: Arte dílna.



Obr. 15a,b: Košíkářská dílna.



Obr. 16a,b: Keramická dílna.



Obr. 17: Canisterapie.



Obr. 18: Canisterapie.



Obr. 19: Fotky z akcí – návštěva policejní kynologie.



Obr. 20a,b: Fotky z akcí – návštěva policejní kynologie.



Obr. 21: Fotky z akcí – návštěva policejní kynologie.



Obr. 22a,b: Plakát akce Cesta kolem světa, Africký týden v Duhovém domě Ostrava. V září 2014 proběhl týden plný afrických překvapení. Co vše zažili klienti Duhového domu? Africké tvořivé dílny (malování na trička, pletení košíků, práce v keramické dílně - vše v duchu sluncem zalité Afriky). Nechyběly také filmové ukázky ze života afrických domorodců, ranní rozcvičky v rytmu bubnů djembe, práce s mapou, globusem a mnoho dalších aktivit. Závěr týdne byl ukončen vystoupením profesionálních djembe bubeníků a krátkým workshopem, kde si klienti vyzkoušeli bubnování pod vedením zkušeného lektora. Tímto týdenním programem odstartoval projekt „Cesta kolem světa“ – v průběhu roku 2014 a 2015 budou klienti Duhového domu Ostrava „cestovat“ po naší planetě Zemi a získávat nejen zážitky ale také nové dovednosti.