

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Potřeby osob s těžkým stupněm tělesného
a mentálního postižení v zařízení sociálních služeb**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Jiří KANTOR, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Nad'a PETROVÁ

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem předloženou práci na téma „Potřeby osob s těžkým stupněm tělesného a mentálního postižení v zařízení sociálních služeb“ vypracovala samostatně s využitím zdrojů, které cituji a uvádím v seznamu literatury dané práce.

V Olomouci, dne 23. dubna 2014

.....
Nad'a Petrová

Děkuji Mgr. Jiřímu Kantorovi, Ph.D. za odborné vedení, poskytování rad, materiálových podkladů a připomínek pro diplomovou práci.

Obsah

Úvod	6
1 Teoretická část	8
1 Mentální postižení	8
1.1 Vymezení mentální retardace	8
1.2 Etiologie mentální retardace	10
1.3 Klasifikace mentální retardace	12
Typy mentální retardace	14
1.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací	14
2 Tělesné postižení	16
2.1 Vymezení tělesného postižení	16
2.2 Etiologie tělesného postižení	16
2.3 Klasifikace tělesného postižení	17
2.3.1 Centrální obrny	20
2.3.2 Míšní obrny	22
2.3.3 Periferní obrny	22
2.3.4 Malformace	22
2.3.5 Deformace	23
2.3.6 Amputace	24
3 Těžké postižení	26
3.1 Vymezení pojmu	26
3.2 Etiologie těžkého postižení	26
3.3 Klasifikace těžkého postižení	27
Mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením	29
4 Lidské potřeby	30
4.1 Vymezení pojmu	30
4.2 Nenaplnění potřeb	31
4.3 Standardy a bariéry v procesu naplňování lidských potřeb	31
4.4 Dělení lidských potřeb dle různých kritérií	32
4.5 Teorie lidských potřeb	35
4.5.1 Frommova teorie potřeb	35
4.5.2 Franklova teorie potřeb	36
4.5.3 Coveyova teorie	36
4.5.4 Vroomova teorie očekávání	37
4.5.5 McClellandova teorie získaných potřeb	37
4.5.6 Murrayova teorie tvořená potřebou a tlakem	38

4.5.7	Maslowova hierarchie potřeb	40
4.5.8	„ERG“ teorie Claytona Paula Alderfera	43
4.5.9	Dům životních potřeb Heleny Chloubové	44
4.5.10	Psychické potřeby dle Langmeiera a Matějčka	44
4.5.11	Lidské potřeby osob s těžkým postižením.....	45
5	Praktická část.....	47
5.1	Hlavní a dílčí cíl výzkumného šetření	47
5.2	Domov pro osoby se zdravotním postižením	48
5.2.1	Průzkumný vzorek.....	49
5.2.2	Metodologie.....	49
5.2.3	Průběh průzkumu.....	52
5.2.4	Výsledky průzkumu.....	52
5.3	Domov se zvláštním režimem.....	59
5.3.1	Alzheimerova choroba.....	59
5.3.2	Průzkumný vzorek.....	60
5.3.3	Metodologie průzkumu	61
5.3.4	Průběh průzkumu.....	61
5.3.5	Výsledky průzkumu.....	61
6	Diskuse	68
	Závěr.....	74
	Seznam použité literatury	76
	Seznam tabulek, obrázků, grafů	82
	Seznam zkratk.....	83
	Seznam příloh.....	84

Úvod

Každý člověk je jedinečný a nezáleží na tom, zda je zdravý nebo nemocný, kolik má let a jakého je pohlaví. Každý člověk má své touhy, cíle a potřeby, které se snaží naplňovat a uskutečňovat. Vzhledem k tomu, že jsem jako dobrovolnice v kontaktu s různě postiženými lidmi, vybrala jsem si jako téma své diplomové práce *Potřeby osob s těžkým stupněm tělesného a mentálního postižení v zařízení sociálních služeb*. Tito lidé, tedy osoby s kombinovaným mentálním a tělesným postižením jsou ve značné míře odkázáni na pomoc druhých, převážně na pomoc pracovníků těchto ústavů. Potřeby, které tyto těžce postižení lidé mají, jim tedy pomáhají uspokojovat právě pracovníci v sociálních službách.

Téma práce jsme si zvolili se záměrem zmapovat, jaké jsou potřeby u osob s těžkým postižením. Zda odpovídají teoriím, které jsou v tomto směru vypracované nebo obecně uznávané, například Maslowově pyramidě potřeb, nebo zda je žebříček potřeb osob s postižením zcela jiný.

Pro průzkum jsme zvolili dvě cílové skupiny. První z nich jsou osoby s kombinovaným mentálním a tělesným postižením. Druhá cílová skupina zahrnuje osoby s Alzheimerovou chorobou ve třetím stadiu nemoci. Budeme se zabývat výzkumným šetřením lidských potřeb osob s těžkým mentálním a tělesným postižením, a to kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru a skupinového interview.

Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část seznamuje ve čtyřech kapitolách s teoretickým rámcem celé problematiky. V první kapitole teoretické části se budeme věnovat charakteristice osob s mentální retardací, kde vymezíme pojem mentální retardace podle různých autorů a popíšeme další možné přístupy k definování mentální retardace. Zaměříme se na příčiny vzniku mentální retardace. Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí vymezíme klasifikaci mentální retardace a popíšeme psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením.

Druhá kapitola se bude věnovat vymezení pojmu zdravotní a tělesné postižení. Popíšeme etiologii tělesného postižení. Budeme se zabývat klasifikací tělesného postižení, zejména podle doby vzniku, kdy tělesné postižení dělíme na vrozené a získané, a podle postižené části těla, kdy rozeznáváme obrny centrální a periferní, malformace, deformace a amputace.

Třetí kapitola vymezí pojem těžké postižení a jeho různá synonyma. Dále vyjádříme etiologické faktory. Představíme klasifikaci těžkého postižení a kombinaci mentálního a tělesného postižení.

Ve čtvrté kapitole se budeme zevrubně zabývat problematikou lidských potřeb. Operacionalizujeme pojem potřeba. Popíšeme, jaké potíže vedou k nenaplnění potřeb a jaké se mohou objevit překážky v procesu naplnění lidských potřeb. Vymezíme dělení potřeb podle různých kritérií, jako podle počtu osob, podle naléhavosti, podle důležitosti pro zachování života a podobně. Seznámíme se s různými náhledy teorie lidských potřeb. Závěrečná podkapitola se bude soustředit na lidské potřeby u osob s těžkým postižením.

Praktická část práce se zabývá průzkumem zaměřeným na lidské potřeby osob s těžkým postižením. Specifikujeme hlavní a dílčí cíle práce a stanovíme průzkumné otázky. Budeme se věnovat metodologii průzkumu. Pro možnost konfrontace budeme realizovat dva průzkumy. Nejprve se seznámíme s Domovem pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum ve Šternberku. Vymezíme charakteristiku průzkumného vzorku, popíšeme průběh průzkumu a budeme se zabývat analýzou dat. Poté se seznámíme s Domovem se zvláštním režimem Jedlí. I v tomto případě vymezíme cílovou skupinu a budeme charakterizovat průzkumný vzorek, popíšeme průběh výzkumu a budeme se zabývat analýzou získaných dat.

1 Teoretická část

Teoretická část diplomové práce má čtyři kapitoly. První kapitola se bude věnovat mentálnímu postižení, vymezíme charakteristiku osob s mentální retardací, zaměříme se na etiologii, seznámíme se s klasifikací mentální retardace a popíšeme psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením. Ve druhé kapitole se zaměříme na tělesné postižení, nejprve se budeme věnovat vymezení pojmu zdravotní a tělesné postižení, dále se budeme zabývat etiologií a charakterizujeme klasifikaci tělesného postižení. Třetí kapitola se bude věnovat těžkému postižení, vymezení pojmu, dále se seznámíme s etiologií a klasifikací těžkého postižení. Ve čtvrté kapitole se obeznámíme s definicí lidských potřeb, se standardy v naplnění potřeb, s bariérami v procesu naplnění lidských potřeb, popíšeme dělení podle různých kritérií a zaměříme se na vybrané teorie lidských potřeb.

1 Mentální postižení

V následující kapitole objasníme obecnou charakteristiku osob s mentální retardací, seznámíme se s etiologií, vymezíme klasifikaci mentální retardace a popíšeme psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením.

1.1 Vymezení mentální retardace

Termín mentální retardace zavedla podle Kozákové (2005) Americká společnost pro mentální deficienci (AAMD). Kozáková k termínu mentální retardace dodává, že: „V odborné terminologii se začal šířeti používat až po konferenci Světové zdravotnické organizace.“ (2005, s. 18)

Defektologický slovník vymezuje osoby s mentální retardací jako skupinu osob s nerovnoměrným, zpomaleným duševním vývojem. (Sovák a kol., 2000) Podle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) s účinností od 1. 1. 1993, zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě (WHO), která je v České republice platná od roku 1994, je mentální retardace: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.*“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) Podle Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-IV) je mentální retardace diagnostikována u jedince se sníženou inteligencí pod arbitrovanou úroveň, a to v době před dosažením dospělosti. Schopnost

přizpůsobit se je snížena v mnoha oblastech. Mezi diagnostická kritéria mentální retardace patří: snížení intelektových funkcí (IQ 70 >); souběžný deficit v oblasti adaptability (nejméně ve dvou oblastech z dále uvedených: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost); začátek poruchy před 18. rokem věku. (Valenta, Müller, 2013)

Americká asociace pro mentální retardaci (AAMR) definuje mentální retardaci jako sníženou schopnost, která je charakterizována příznačnými omezeními intelektových funkcí a adaptability, a která se projevuje hlavně v oblasti pojmové, praktické a sociální inteligence. Tento stav vzniká do 18. roku života, je multidimenzionální a lze jej individuálním přístupem a cílenou podporou pozitivně ovlivnit. (Tamt.)

Valenta, Müller (2013, s. 12) definují mentální retardaci jako: „*Vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.*“

Vítková (2004, s. 294) uvádí definici, kterou v roce 1983 vydalo UNESCO: „*Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování.*“

Poruchy adaptačního chování se projevují ve zpomaleném vývoji, v ohraničených možnostech vzdělávání a v nedostatečné sociální přizpůsobivosti. Tyto příznaky se mohou různě kombinovat nebo se projevují samostatně. (Terminologický defektologický slovník, 1977, UNESCO, in Černá, 1982)

Vašek (1994) vymezuje širší pojem než mentální retardace, a to mentální postižení, které je podle autora nejvšeobecnější střešní pojem. Mentální postižení označuje všechny jedince s IQ pod 85.

Švarcová (2003) za mentálně postižené považuje takové jedince (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, dále k odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.

Pokud se jedná o mentální retardaci vrozenou nebo získanou do 2 let života, pak podle Valenty, Müllera (2013) hovoříme o tzv. primárním mentálním postižení zvaném oligofrenie (slabomyslnost), tento termín ale podle autorů ustupuje nadřazenému pojmu mentální retardace. O sekundárním postižení – demenci – hovoříme tehdy, pokud došlo k poruše inteligence po 2. roce života. Defektologický slovník (Sovák a kol., 2000) popisuje demenci jako později vzniklý úpadek rozumových, povahových a duševních schopností, kdy klesá schopnost soustředění, pracovního výkonu a sebeovládání. Pipeková (1998, s. 172) vymezuje

demenci jako: „proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku.“ Příkladem je meningitida, encefalitida, úrazy mozku, poruchy metabolismu, intoxikace a degenerační onemocnění mozku. Demence se dělí na dětskou a stařeckou. (Tamt.)

Další přístupy k definování mentálního postižení uvádí Slowík (2007, s. 110):

Přístup	Definice
Biologický	Postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku, syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
Psychologický	Primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě)
Sociální	Postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje schopnost zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci
Pedagogický	Snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů
Právní	Snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)

Tabulka č. 1: Přístupy k definování mentálního postižení dle J. Slowíka

1.2 Etiologie mentální retardace

Příčiny mentální retardace nelze jednoznačně určit vzhledem k rozdílům v mentálním deficitu a pro symptomatologickou odlišnost. (Langer, 1996) Podle Valenty, Müllera (2003) bývají příčiny mentální retardace kategorizovány na vnitřní – endogenní a vnější – exogenní. Dále se hovoří o vrozené a získané mentální retardaci, která může působit prenatálně, perinatálně a postnatálně. Vznik mentální retardace se podle Šnýdrové (2008) v 50–60 % případů váže na období prenatální, u 25–30 % případů vzniká postižení v období postnatálním a v menší míře asi 8 % vzniká mentální retardace v období perinatálním.

Fischer, Škoda (2008) rozdělují příčiny vzniku mentální retardace do následujících základních skupin:

- dědičně podmíněný mentální defekt, který vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu (Downův syndrom, Klinefelterův syndrom, Turnerův syndrom)
- působení teratogenních vlivů v prenatalním období, od početí do narození dítěte, jako jsou vlivy fyzikální (ionizující záření), chemické (léky, alkohol, drogy) a dále biologické faktory (virové onemocnění)
- poškození mozku dítěte v perinatálním období, příčiny působící těsně před, během a těsně po porodu (asfyxie, mechanické stlačení hlavičky, jehož následkem je krvácení do mozku)
- postnatální poškození mozku, tedy příčiny působící po narození (infekce, záněty, úrazy mozku – do 18 měsíců věku dítěte). Valenta (2012) mezi ně dále řadí náhlé zevní události, které vedou k narušení celistvosti a neporušitelnosti organismu (traumata centrální nervové soustavy), specifické infekce a záněty mozku, krvácení do mozku, nádorová onemocnění a sociální faktory, jako je deprivace a nenaplnění základních lidských potřeb.

Kozáková (2005) více rozlišuje prenatalní příčiny mentální retardace na:

- Blastopatie – poškození zárodku do 15. dne těhotenství, vyvoláno infekčním onemocněním, průmyslovými škodlivinami, nesprávnou výživou či zářením.
- Embryopatie – poruchy vývoje zárodku od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství.
 - Embryopatie psychogenní – emocionální zátěž matky může vyvolat změny v hormonálním dění nebo může vést k hypoxii plodu.
 - Embryopatie kareční – nedostatečný přísun potřebných živin.
 - Embryopatie toxické – Brunecký (in Kozáková, 2005) rozlišuje embryopatie toxické dále na:
 - embryopatie radiační – radiační záření,
 - embryopatie lékové – škodlivé vlivy léků, například Contergan,
 - embryopatie metabolické – diabetes.
- Fetopatie – poškození orgánů od 3. měsíce těhotenství, příčinou jsou nejčastěji nemoci matky, jako je diabetes, poruchy činnosti štítné žlázy, intoxikace matky a infekce.

1.3 Klasifikace mentální retardace

Existuje několik klasifikací mentální retardace. Pomocí inteligenčního kvocientu určujeme hloubku mentální retardace. Podle MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) se mentální retardace dělí:

Kód	Typ mentálního postižení	IQ	Mentální věk
F70	Lehká mentální retardace	50 – 69	9 – 12 let
F71	Střední mentální retardace	49 – 35	6 – 9 let
F72	Těžká mentální retardace	34 – 20	3 – 6 let
F73	Hluboká mentální retardace	19 >	Pod 3 roky
F78	Jiná mentální retardace		
F79	Neurčená mentální retardace		

Tabulka č. 2: Klasifikace mentální retardace dle MKN-10

F70 Lehká mentální retardace (mild mental retardation)

IQ se pohybuje mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let), dříve debilita. Stav jedince vede k obtížím při školní výuce (problémy se čtením a psaním). Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) Osoby s lehkou mentální retardací dokážou účelně užívat řeč v každodenním životě, většinou dosahují úplné nezávislosti v osobní péči, jako je stravování, oblékání, hygiena. U jedinců s lehkou mentální retardací se mohou objevit v různé míře přidružené chorobné stavy, jako je autismus, další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení. (Švarcová, 2003) Tuto skupinu tvoří 85 % mentálně retardovaných.

F71 Střední mentální retardace (moderate mental retardation)

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let), dříve imbecilita. Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnou přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnosti ve společnosti. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) Tyto osoby mají výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Také je opožděna a omezena schopnost postarat se o sebe a zručnost. Jedinci bývají většinou plně mobilní a fyzicky aktivní se schopností navazování kontaktu a komunikace s druhými lidmi. Často je přítomen dětský

autismus či jiná pervazivní vývojová porucha, tělesné postižení, neurologická onemocnění, jako je epilepsie. (Švarcová, 2003) K této skupině patří 10–12 % mentálně retardovaných.

F72 Těžká mentální retardace (severe mental retardation)

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let), dříve idioimbecilita, prostá idiocie. Stav vyžaduje trvalou podporu. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) Řeč u těchto jedinců bývá omezena na skřeky, pouhá slova nebo echolálie. (Raboch a kol., 2006) Osoby s těžkou mentální retardací trpí poruchou motoriky nebo jinými přidruženými vadami. (Švarcová, 2003) Tuto skupinu tvoří přibližně 3–5 % mentálně retardovaných.

F73 Hluboká mentální retardace (profound mental retardation)

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky), dříve idiocie, vegetativní idiocie. Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) Jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům druhých osob. Osoby s hlubokou mentální retardací jsou většinou imobilní nebo jsou výrazně omezeny v pohybu. Vyskytuje se častá inkontinence a jedinci jsou schopni pouze nonverbální komunikace. (Švarcová, 2003) Objevují se také poruchy sluchu a zraku. (Raboch a kol., 2006) Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky, které postihují hybnost. U mobilních klientů jsou časté nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, jako je atypický autismus. (Švarcová, 2003) Do této skupiny spadá 1–2 % mentálně retardovaných.

F78 Jiná mentální retardace

Stanovení stupně retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození (osoby se zrakovým postižením, osoby se sluchovým postižením, jedinci s těžkými poruchami chování nebo osoby s tělesným postižením). (Kozáková, 2005)

F79 Neurčená mentální retardace

Tato kategorie se používá v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možné klienta zařadit do jedné z výše zmíněných kategorií. Specifickou kategorií, která nepatří do mentální retardace, je tzv. pseudooligofrenie, která vzniká nedostatečným a nepřiměřeným výchovným působením. Vágnerová (1999) vymezuje

pseudooligofrenii jako sociální poškození vývoje rozumových schopností. Příčinou je nedostatek podnětů a zanedbanost.

MKN-10 rozlišuje kromě stupně mentálního postižení i postižení chování klienta (např. sebepoškození), a to přidáním číslice za tečku: (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013)

.0	Žádná nebo minimální porucha chování
.1	Významná porucha chování, vyžadující pozornost nebo léčbu
.8	Jiné poruchy chování
.9	Bez zmínky o poruchách chování

Typy mentální retardace

Podle druhu chování dělíme mentálně postižené na typ eretický, torpidní a nevyhraněný typ. Ereťický typ se projevuje jako nepokojný, dráždivý, instabilní. (Pipeková, 1998) U takto postižených jedinců se velmi rychle střídá vzruch a útlum. Jedinci se často neustále pohybují, jsou prchliví, zlostní, v citové oblasti jsou nestálí, jejich emoce se rychle mění, nedokážou se soustředit, neumí se podřídit režimu a mají slabou vůli. (Monatová, 1995) Torpidní typ neboli apatický typ se vymezuje netečností a strnulostí. (Pipeková, 1998) Procesy vzruchu a útlumu probíhají zpomalně. Jedince nic nezajímá, jsou tišší, klidní a nedokážou se soustředit. (Monatová, 1995) Poslední typ je zakzvaný nevyhraněný, u něj jsou procesy vzruchu a útlumu v rovnováze nebo jeden z nich mírně převažuje. (Pipeková, 1998)

1.4 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Jedinci s mentální retardací mají specifický psychologický obraz, Renotierová (2004, s. 167) vymezuje nejčastější projevy chování:

- zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech,
- infantilnost osobnosti,
- zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování,
- konformnost se skupinou,
- sugestibilita a rigidita chování,
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého já,
- opožděný psychosexuální vývoj,
- nerovnováha aspirací a výkonů,
- zvýšená potřeba uspokojení a jistoty,
- poruchy v meziosobních vztazích a komunikaci,

- snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům,
- impulzivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování,
- citová vzrušivost a labilita nálad,
- poruchy poznávacích procesů, primitivnost a konkrétnost úsudků, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť,
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace.

Shrnutí

V první kapitole diplomové práce jsme vymezili pojem mentální retardace a širší pojem mentální postižení. Zabývali jsme se příčinami mentální retardace, které se rozdělují na endogenní, exogenní, vrozené a získané v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Popsali jsme klasifikaci mentální retardace podle MKN-10, kde jsme se stručně zabývali každým stupněm mentální retardace zvlášť. V závěru kapitoly jsme popsali psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením.

2 Tělesné postižení

Cílem této kapitoly je vymezit pojem tělesné postižení. Seznámíme se s etiologií a charakterizujeme klasifikaci tělesného postižení.

2.1 Vymezení tělesného postižení

Zákon č. 561/2004 Sb. vymezuje tělesné postižení jako zdravotní postižení. Mimo tělesného postižení mezi zdravotní postižení spadá mentální, zrakové, sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Zdravotní znevýhodnění zákon chápe jako zdravotní oslabení, dlouhodobou nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení nebo chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje tělesné postižení jako částečné nebo úplné omezení schopnosti, které brání jedinci vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu. (Opatřilová, 2007)

H. Gruber a V. Lendl (in Fischer, Škoda, s. 34) charakterizují tělesné postižení jako přetrvávající nebo trvalé nápadnosti v pohybových schopnostech se stálým nebo značným vlivem na výkony – kognitivní, emocionální a sociální. Vítková (2006) definuje tělesné postižení jako vady pohybového a nosného aparátu (kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení). Podle Opatřilové (2007) se tělesné postižení vymezuje nedostatečnou pohybovou kompetencí a deformovaným zevnějškem člověka. Vrozené postižení, neboli postižení získané v raném věku, ovlivňuje ve větší míře vývoj jedince, ale podle Opatřilové (2007) není tak traumatizující. Získané postižení je podle autorky traumatizující, jelikož jedinec ví, co ztratil.

2.2 Etiologie tělesného postižení

Jak uvádí Vítková (2006), příčinou tělesného postižení je poškození nosného a pohybového aparátu nebo organické poškození. Přitom příčiny tělesného postižení se různí podle toho, zda se jedná o vady vrozené, či získané v průběhu života. Při vrozeném postižení bývají poruchy hybnosti nejčastěji spojené s dětskou mozkovou obrnou, jejíž příčiny nacházíme v poškození centrální nervové soustavy (CNS) v prenatálním nebo perinatálním období (např. komplikace během porodu). (Slowík, 2007) Méně časté jsou vrozené vývojové vady (např. tělesné malformace, rozštěpové vady, chybějící končetiny), které vznikají v období, které se označuje jako teratogenetická kritická perioda (20.–40. týden těhotenství). (Machová, 1994 in Slowík,

2007) Nejčastějšími příčinami získaného tělesného postižení jsou úrazy (např. poranění míchy a páteře, amputace končetin) a následky vážných nemocí.

Jedním z druhů poškození jsou obrny. Ty bývají způsobené mozkovými záněty, nádory, zraněním hlavy (tzv. traumatické obrny), degenerativním onemocněním mozku a míchy.

Dále se vyskytuje úplné ochrnutí, které nejčastěji vzniká následkem úrazu, kdy může dojít k přerušení míchy (skoky do vody, dopravní nehody), nebo jako důsledek krvácení do mozku. (Fischer, Škoda, 2008)

2.3 Klasifikace tělesného postižení

Slowík (2007, s. 99) uvádí klasifikaci tělesného postižení a zdravotního oslabení:

Podle typu	<ul style="list-style-type: none"> • postižení hybnosti • dlouhodobá onemocnění • zdravotní oslabení
Podle doby vzniku	<ul style="list-style-type: none"> • vrozená (např. vrozené vady lebky, rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře, nevyvinutí končetin nebo jejich části, dětská mozková obrna) • získaná (např. deformity páteře, úrazy – zlomeniny, amputace, následky onemocnění – revmatismus, myopatie)
Podle etiologie	<ul style="list-style-type: none"> • tělesné odchylky a oslabení (např. vady páteře, luxace kloubů) • tělesné vývojové vady (např. vady lebky, rozštěpy, vady končetin) • úrazy (např. tělesná poškození různé závažnosti s dočasnými nebo trvalými následky – paraplegie v důsledku poranění páteře, amputace končetin) • následky nemocí (např. encefalitida, žloutenka, tuberkulóza, lymská borrelióza, nádorová onemocnění) • dětská mozková obrna (dětská mozková obrna – spastické

	<p>i nespastické formy)</p> <ul style="list-style-type: none"> • dlouhodobá (chronická) onemocnění a zdravotní oslabení (např. alergie, astma, ekzematická onemocnění, oslabení imunity, onkologická onemocnění, epilepsie atd.)
--	---

Tabulka č. 3: Klasifikace tělesného postižení a zdravotního oslabení dle J. Slowíka.

Renotierová (2003) rozlišuje dále získané tělesné postižení na získané po úraze a získané po nemoci. Pipeková (1998) uvádí, že podle postižené části těla rozeznáváme obrny centrální a periferní, malformace, deformace a amputace.

Obrázek č. 1: Schéma dělení pohybových vad dle Jarmily Pipekové (2010, s. 182)

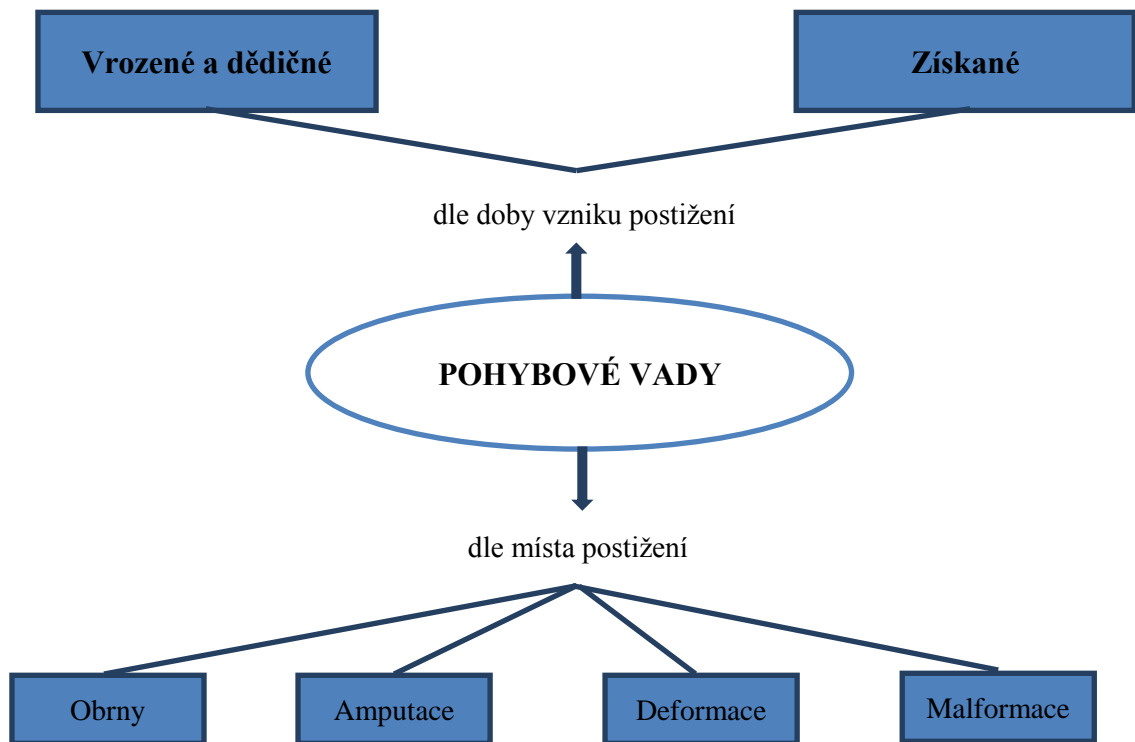
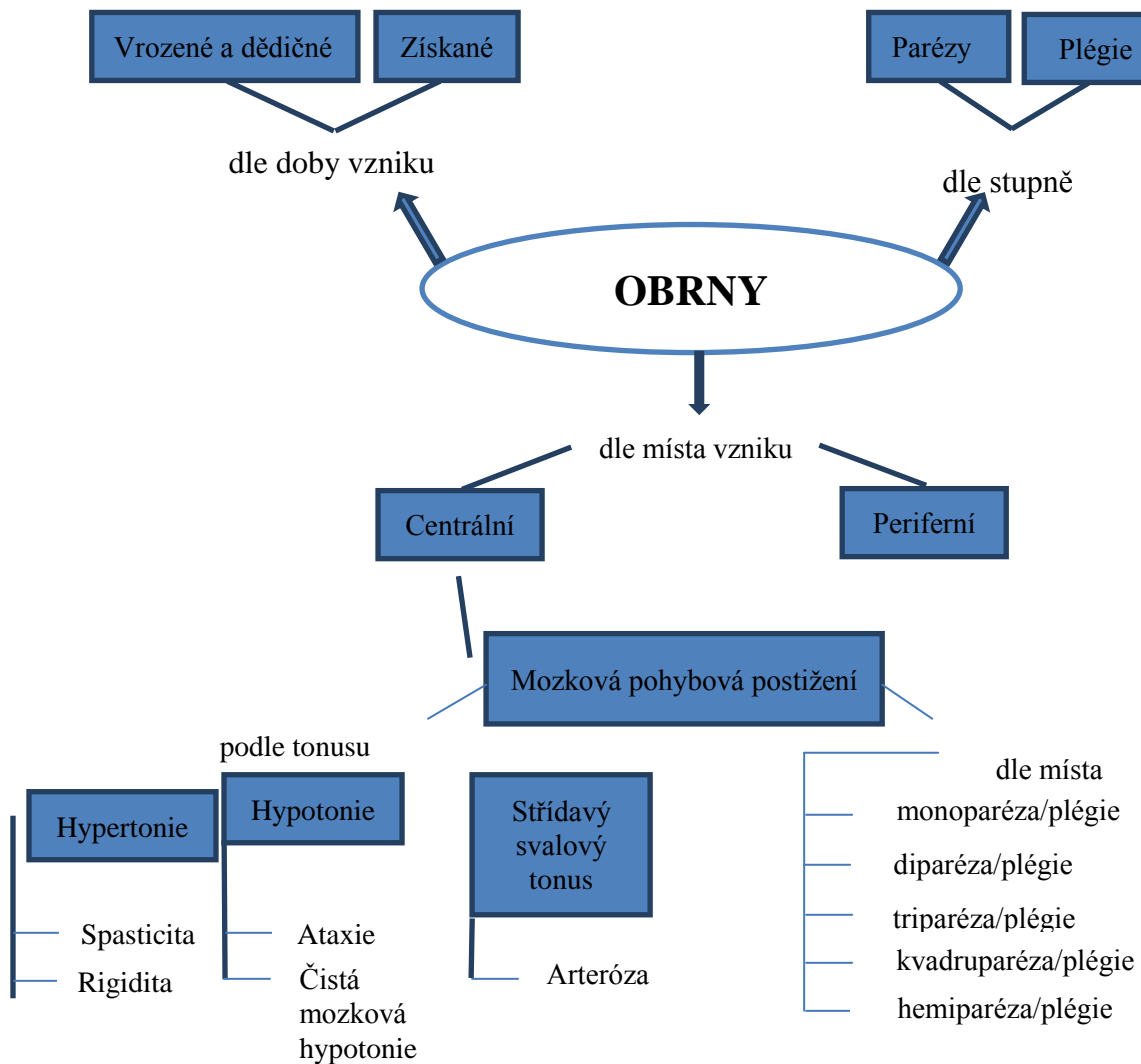


SCHÉMA DĚLENÍ OBRN



2.3.1 Centrální obrny

Centrální nervová soustava (CNS) zasahuje do funkcí všech orgánů člověka. CNS tvoří mozek a páteřní mícha. (Merkunová, Orel, 2008) Centrální obrny dělíme podle rozsahu a stupně závažnosti, podle stavu svalového tonu a podle lokalizace.

Dělení podle rozsahu a stupně závažnosti

Centrální obrna je postižení nervové soustavy, které se dělí podle rozsahu a stupně závažnosti na parézy a plegie. (Fischer, Škoda, 2008) Přičemž parézy představují částečné ochrnutí těla s narušením nervosvalového přenosu a snížením či omezením hybnosti i motorické koordinace. Plegie představují úplné ochrnutí s porušením inervace a plnou ztrátou hybnosti. (Novosad, 2011)

Vítková (2006, s. 41) uvádí, že: „*Mozkové pohybové postižení je senzomotorické poškození držení a pohybu na základě nepokračující léze (zranění, poškození), která postihla zrající vyvíjející se mozek.*“ Poškození se může objevit před narozením, během narození nebo po narození do přibližně 4 let věku dítěte. Narušeno je také smyslové vnímání a motorika. Postižena je buď centrální nervová soustava, tonus nebo koordinace.

Dělení podle stavu svalového tonusu

Podle tonusu, tedy svalového napětí, se rozlišuje hypertonie (spasticita, rigidita), hypotonie (ataxie) a střídavý tonus (atetóza, mimovolní pohyby). (Vítková, 2006)

Dělení podle lokalizace

Podle lokalizace postižené části těla se dále parézy a plegie dělí na diparézu, hemiparézu a kvadruparézu. Diparéza/diplegie představuje ochrnutí dolních končetin. Hemiparéza/hemiplegie představuje vertikální ochrnutí poloviny těla, přičemž je vždy ochrnutá opačná polovina těla, než ta, na které je lokalizována léze mozku, v důsledku překřížení nervových drah. Horní končetiny jsou postiženy více než dolní končetiny. Kvadruparéza/kvadruplegie představuje částečné/úplné ochrnutí všech končetin. (Vítková, 2006)

Dětská mozková obrna

Mezi závažná centrální postižení patří dětská mozková obrna (DMO). Dle MKN-10 druhého aktualizovaného vydání (platné od 1. 1. 2010) došlo ke změně názvu na mozková obrna s kódem G80. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2009)

Komárek, Zumrová (2008) definují DMO jako neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce mozku (v období prenatalním, perinatálním a postnatálním). Podle autorů DMO postihuje 2 až 5 dětí z 1000 a více než polovina postižených je rizikovou skupinou nedonošených dětí (s váhou pod 1500 gramů). Příčiny DMO Lesný (1989) rozlišuje na prenatalní, perinatální a postnatální. Mezi prenatalní příčiny autor řadí infekce matky, které mohou vést k fetální encefalitidě, a gestózy (zvracení, křeče, poškození jater a ledvin), které mohou vést k fetální hypoxii. Do perinatálních příčin Lesný řadí nepříznivé okolnosti kolem porodu (těžké porody, klešťové porody, protražované porody, překotné porody, porodní asfyxie (nedostatek kyslíku), nedonošenost nebo naopak přenošenost. Mezi postnatální příčiny patří infekce, které prodělá dítě do šesti měsíců. Podle Komárka, Zumrové (2008) mezi příčiny postižení patří intrauterinní infekce (TORCH – toxoplazmóza, rubeola, cytomegalie, herpetická infekce), vývojové anomálie, drogy, traumata mozku apod. Hlavní příčinou je tzv. hypoxicko-ischemické postižení mozku, tedy nedostatek kyslíku a výživy mozkové tkáně. Mezi základní formy DMO patří (Vágnerová, 2008, Komárek, Zumrová, 2008, Kraus, 2005):

1. spastická forma – nejčastější varianta, tvoří asi 60–70 % všech DMO. Hlavním příznakem je hypertonie, tj. trvale zvýšené svalové napětí. Rozlišujeme parézu a plegii. Podle lokalizace dále DMO dělíme na:

- spastickou diparézu/plegii – postižení dolních končetin,
- spastickou hemiparézu/plegii – jednostranné postižení horní a dolní končetiny, závažněji je postižena ruka,
- spastickou kvadruparézu/plegii – postižení horní i dolní končetiny, při postižení všech končetin bývá často narušena hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se může projevit poruchou řeči (dysartrií), často se objevuje porucha inteligence.

2. dyskineticko-dystonická forma – tvoří přibližně 20 % postižených DMO, také se označuje jako extrapyramidová. Hlavními příznaky jsou mimovolní, kroutivé nebo záškubovité pohyby svalových skupin.

3. Ataktická, mozečková forma – tvoří zhruba 5–10 % postižených DMO. Hlavním příznakem jsou obtíže v udržení rovnováhy, hypotonie, tj. snížení svalového napětí, opožděný pohybový vývoj, často se objevuje porucha inteligence.

Lesný (1989) klasifikuje DMO na formy:

- spastické – diparetická, hemiparetická, kvadruparetická,
- nespastické – hypotonická, dyskinetická a rigidně akinetická forma (tzv. parkinsonský syndrom, podobné onemocnění, jako je Parkinsonova nemoc, bez klidového třesu).

2.3.2 Míšní obrny

Nejčastěji vznikají jako důsledek poranění páteře s poraněním míchy (sportovní úrazy, dopravní nehody, skoky do vody). Rozsah postižení záleží na lokalizaci léze, tzn. čím blíže k hlavě, tím je postižení těžší. Při zasažení lumbální a sakrální oblasti mohou vzniknout paraparézy a paraplegie (porucha citlivosti dolních končetin nebo spodní části trupu). Při poranění míchy bývají narušeny i funkce inervované z dané oblasti míchy – svěrače (močení, defekace), těžké poruchy erekce. Při zasažení krční oblasti páteře může vzniknout spastická kvadruparéza až kvadruplegie. (Fischer, Škoda, 2008)

2.3.3 Periferní obrny

Jsou označovány také jako tzv. chabé obrny, které vznikají v důsledku poruch periferních nervů. (Fischer, Škoda, 2008) Postihují jednotlivé orgánové periferie jako například: končetiny, svaly, obličej. Periferní obrny jsou následkem hlubších poranění, zánětů, úrazů, otevřených zlomenin, některých nervosvalových onemocnění nebo iatrogenních poškození při zdravotnických úkonech. (Novosad, 2011)

2.3.4 Malformace

Malformace jsou vrozené vývojové vady, které jsou podle Opatřilové (2007) typické znetvořením. Tyto vady vznikají v průběhu nitroděložního vývoje zárodku.

Malformace končetin

Za vrozené vady končetin označujeme odchylky od normálního stavu končetiny přítomné v okamžiku narození. V odborné literatuře se také setkáváme s označením dysmelie. V závislosti na stupni postižení Fischer, Škoda (2008, s. 57-58) rozeznává následující formy dysmelie:

- amelie, což je vrozená absence celé končetiny,
- peromelie, což je vrozená absence části paže (předloktí, ruka),
- mikromelie, což je celkové zmenšení končetiny,
- fokomelie, což jsou malformované končetiny ve tvaru ploutve nasedající přímo na ramena.

Vrozený rozštěp páteře

Vrozený rozštěp páteře neboli spina bifida je jedna z nejfrekventovanějších vrozených vad a patří do skupiny defektů vývoje neurální trubice. Neurální trubice se vytváří v prvních 25 dnech těhotenství, z ní se pak vytváří mozek a mícha. Spina bifida vzniká v důsledku nesprávného vývoje neurální trubice, tedy nedokonalým uzavřením páteřního kanálku (obratlových oblouků). Nejčastěji vzniká v oblasti bederní páteře. Podle stupně závažnosti existují tři formy spiny bifidy: spina bifida occulta (tzv. utajená spina bifida), meningokéla a meningomyelokéla. (Fischer, Škoda, 2008)

2.3.5 Deformace

Deformace jsou vrozené nebo získané vady, které jsou charakteristické nesprávným tvarem orgánů nebo části těla. (Opatřilová, 2007) Renotírová (2003) vymezuje příčinu získaných deformací, a to nejčastěji nesprávné držení těla, které se může časem stát návykové a fixované (např. skoliózy, kyfózy). Podle doby vzniku se rozlišují vývojové deformace (např. lebky, hrudníku, kloubů, končetin) a získané deformace, které vznikají po úrazech a zánětlivých onemocněních (např. traumatické deformace – špatně zahojená zlomenina, deformace kostí a kloubů). (Opatřilová, 2007) Vrozené vady a deformace svalové a kosterní soustavy jsou zařazeny v MKN-10 pod kódem Q65 až Q79 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013) Opatřilová (2007, s. 30-31) rozděluje deformace na:

Deformace dolních končetin:

- syndaktilie – spojení, srůsty prstů,
- polydaktilie – vrozený nadměrný počet prstů,
- peromelie – vrozené chybění části paže,
- vývojové anomálie kloubů,
- vrozené chybění dlouhých kostí,
- dysmelie – porucha embryonálního vývoje končetin (zahrnuje amelii, fokomelii, mikromelus),
- končetinová hypertrofie – obrovitý vzrůst končetiny,
- noha háková, plochá, postavení do X nebo do O,
- svalové kontraktury – zkrácení motorických svalů omezující lokomoční schopnosti,
- růstová porucha dlouhých kostí,
- vrozené vykloubení kyčlí.

Deformace páteře a hrudníku:

- vadné držení těla a patologické odchylky v zakřivení páteře,
- vady hrudníku – plochý, kuřecí, nálevkovitý,
- vrozené skrčeniny.

Další možné deformace:

- deformace lebky a obličeje,
- aseptické kostní nekrózy (Perthesova nemoc).

Jiná zánětlivá, degenerativní poškození pohybového aparátu:

- Bechtěrevova nemoc,
- tuberkulóza kostí a kloubů,
- artrózy a osteoartrózy,
- deformace kloubů na základě systémových onemocnění – hemofilie, poruchy jater a ledvin, metabolické poruchy.

2.3.6 Amputace

Amputace je nevratné oddělení orgánu, končetiny nebo její části od těla. (Opatřilová, 2007) K amputacím dochází při traumatu (jako jsou dopravní nehody, poranění výbušninami, elektrickým proudem, ohněm, apod.) nebo při chirurgickém zásahu, který radikálně řeší důsledky onemocnění nádorového, cévního, metabolického, zánětlivého apod.

Renotierová (2003, s. 42) klasifikuje amputace:

- exartikulace – provedení amputace přímo v kloubu,
- amputace primární (časná) – amputace, ke které dojde při nebo těsně po úrazu a rána a pahýl jsou ošetřeny dodatečně na chirurgickém oddělení,
- amputace sekundární (volená) – amputace, ke které dojde až po určité době od úrazu nebo vzniku nemoci, kdy bylo nutné vyčkat průběhu léčení,
- amputace terciální (pozdní) – amputace, která se provádí po pečlivé úvaze kdykoli později, smyslem je zlepšení možnosti vybavení protetickými pomůckami.

Ztráty končetin mohou být ve většině případů alespoň z části kompenzovány protézami nebo technickými pomůckami. (Fischer, Škoda, 2008) Je nezbytná spolupráce s protetickým oddělením, případně s plastickou chirurgií. (Jankovský, 2006) Důsledkem amputací je kromě anatomické ztráty především ztráta funkční a vzniká kosmetický defekt. Tyto okolnosti mohou pak u člověka vyvolat psychické reaktivní poruchy. (Renotierová, 2003)

Shrnutí

Kapitola se zabývala problematikou tělesného postižení. Pojem tělesné postižení jsme se pokusili definovat podle různých autorů. Naznačili jsme etiologii a vymezili jsme klasifikaci tělesného postižení na základě rozličných kritérií.

3 Těžké postižení

V následující kapitole se pokusíme vymezit pojem těžké postižení, dále se budeme zabývat etiologií a klasifikací těžkého postižení.

Těžká postižení nejsou chápána jednotně, tudíž je velice obtížné jmenovat jednotnou terminologii, určit přesný počet takto postižených jedinců či je správně klasifikovat.

3.1 Vymezení pojmu

V literatuře můžeme nalézt různá synonyma k pojmu těžké postižení, jako je například: kombinované postižení, hluboké postižení, postižení více vadami, kombinované vady, vícenásobné postižení, sdružené vady, přidružené postižení nebo těžké vícenásobné postižení. V následujícím textu budeme operovat s termínem těžké postižení.

Jak uvádí Ludíková, Renotiérová (2003), těžké postižení může být jak kombinací závažných stupňů postižení, poruch nebo narušení, tak kombinací lehčích stupňů nebo kombinací lehkého a těžkého stupně postižení. Dále se podle autorek vyskytuje kombinace postižení nebo narušení s nadáním a talentem.

Těžké postižení představuje komplex omezení člověka jako celku ve všech prožitkových sférách a výrazových možnostech. Můžeme tedy hovořit o postižení celistvosti člověka. (Vítková, 2004)

Vašek, Vančová, Hatos a kol. (1999) charakterizují těžké postižení jako multifaktoriální, multikazuální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén.

3.2 Etiologie těžkého postižení

Příčiny těžkého postižení jsou vzhledem k různorodosti postižení velmi rozličné. V mnoha případech není příčina postižení jasná a známá. Obecně etiologické faktory dělíme podle doby působení a následného vzniku postižení na (Základy speciální pedagogiky, 2006):

- prenatalní,
- perinatální,
- postnatální.

Vítková (2006) uvádí, že příčiny mohou být genetické, chromozomální, metabolické, neurologické a traumatické, a to také v období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Podle Monatové (1995) mohou etiologické faktory mít svůj počátek v dědičných faktorech, častěji jsou podle autorky vrozené a nepočtenější jsou získané vady. Může také dojít

ke spojení vrozeného a získaného postižení, a to například když se jedinec narodí s pohybovou vadou, ale nedovede se s daným postižením vyrovnat a může se tak stát neurotickým. (Tamt.)

Vašek, Vančová, Hatos a kol. (1999) tvrdí, že nejzávažnější těžká postižení jsou vyvolána příčinami působícími v prenatálním stádiu. Nejzákladnější skupinu etiologických faktorů těžkých postižení vymezil Grossman (Drew Logan, Hardam, 1988 in Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999):

- infekce nebo intoxikace – indikace psychického charakteru,
- traumata nebo fyzikální faktory – vývojové poruchy,
- metabolické a nutriční činitele – onemocnění CNS a smyslových orgánů,
- onemocnění mozku – mechanické poškození,
- poruchy v průběhu těhotenství – vlivy materiálního prostředí,
- chromozomální abnormality – vlivy sociálního prostředí,
- genetické vlivy – kombinace různých příčin,
- neznámé prenatální, perinatální a postnatální vlivy.

Největší výskyt těžkých postižení se váže na poškození mozku, CNS. Tedy nejčastěji jsou těžká postižení spjata s mentální retardací a mentální retardace se nejčastěji vyskytuje v kombinaci s jiným postižením, nejčastěji s tělesným postižením. (Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999) Dětská mozková obrna (DMO) je poškození, které se výrazně podílí na vzniku těžkých postižení. (Tamt.) Ludíková (2005) jmenuje diagnózy, které predikují výskyt těžkého postižení, jako je: DMO, fetální alkoholový syndrom, Wolfův syndrom, Pataův syndrom, Frölichův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, CHARGE syndrom a další.

3.3 Klasifikace těžkého postižení

Přestože můžeme volit celou řadu kritérií, podle kterých kategorizujeme těžká postižení, vždy vzhledem k nejednotnému chápání této oblasti dojdeme k zjištění, že dané členění není zcela vyhovující, protože nepopisuje stav jedince přesně, mohou se objevit jistá překrytí a také nepopsané ojedinělé případy. (Ludíková, Renotiérová, 2003) Vančová (2001) uvádí, že kvůli různorodým a proměnlivým symptomům, které můžeme identifikovat u jedinců s těžkým postižením, se více vyskytují taková těžká postižení, která nejsou zařaditelná do jedné z kategorií.

Základní dělení těžkého postižení je na kategorii lehce a těžce postižení, kde se ale nachází hranice mezi lehkým a těžkým stupněm postižení, je otázka velice diskutabilní. (Ludíková, Renotiérová, 2003)

Vašek, Vančová, Hatos a kol. (1999, s. 8) klasifikují těžké postižení do třech skupin:

1. Mentální postižení v kombinaci se senzoryckým nebo tělesným postižením
2. Poruchy chování v kombinaci s dalším postižením nebo narušením (komunikace, učení, atd.)
3. Slepohluchota (kombinace zrakové a sluchové vady)

Americká asociace pro mentální retardaci (AAMR) v roce 1992 navrhla k tématu těžké postižení zavedení termínu osoba, která je v takové míře mentálně postižená, že je odkázána na pomoc jiných v oblasti komunikace, sociálních vztahů a seberealizace. (Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999)

Charakteristiku těžkého postižení vymezuje Richtlinien (1985, in Vítková, 2004, s. 328):

Těžké postižení (ve smyslu kombinovaného)	Těžké mentální postižení
<p>Spojení dvou či více postižení:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zrakové postižení • poruchy chování • sluchové postižení • mentální postižení • tělesné a chronické postižení <p>Chápe se jako komplexní syndrom, jehož dílčí aspekt mentální postižení se vyskytuje ve spojení se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • slepotou • vysokým stupněm výchovných obtíží • hluchotou • tělesným postižením • chronickým postižením 	<p>Charakterizované vývojovým stavem psychiky bez předmětového vztahu, na stupni pudové manipulace, bez smysluplného zacházení s materiálem, bez chápání obsahu řeči a sociálního chování, s často odchýlným tělesným vývojem, se zdravotním omezením.</p> <p>Potřeba individuální výchovy, vysoké nároky na péči a potřeba dohledu.</p>

Těžké postižení může mít různou podobu, stupeň závažnosti a je ovlivněno řadou faktorů, jako je doba vzniku, osobnostní vlastnosti člověka, nebo úrovně odborné péče. Důsledky těžkého postižení se mohou projevit závažnými obtížemi v příjmu informací, komunikačními bariérami s okolím, sníženou schopností samostatného pohybu a obtížemi v oblasti psychického prožívání. (Základy speciální pedagogiky, 2006)

Mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením

Výskyt mentálního a tělesného postižení je poměrně častý. Čím je mentální postižení hlubší, tím je vyšší pravděpodobnost výskytu tělesného postižení. K nejčastějším kombinacím patří mentální postižení s dětskou mozkovou obrnou (DMO) a epilepsií. Také se objevují získané formy následkem úrazů, nádorových onemocnění nebo diabetické retinopatie. (Ludíková, 2005) Rehabilitace, sociální péče a edukace závisí především na kombinaci postižení daného jedince a na tom, které z postižení jedince více znevýhodňuje. (Jankovský, 2006)

Shrnutí

Tato kapitola byla věnována těžkému postižení. Upozornili jsme na různá synonyma k pojmu těžké postižení. Zabývali jsme se příčinami vzniku těžkého postižení, uvedli jsme některé možnosti klasifikace a popsali jsme mentální postižení v kombinaci s tělesným postižením.

4 Lidské potřeby

V závěrečné kapitole teoretické části vymezíme definici lidských potřeb, standardy v naplnění potřeb, bariéry v procesu naplnění lidských potřeb, dělení podle různých kritérií a vybrané teorie lidských potřeb.

Poznávat potřeby lidí je důležité zvláště pro pomáhající profese, jako jsou speciální pedagogové. Právě jim znalost a chápání lidských potřeb bude nápomocna při uspokojování potřeb osob s postižením, v hodnocení problémů, posuzování měnících se potřeb, posílení edukace, a při vyhledávání nových cílů.

4.1 Vymezení pojmu

Potřeby jsou společné všem lidem bez rozdílu věku, pohlaví, rasy, kulturního a společenského vyznání, prostředí, ve kterém člověk vyrůstal a ve kterém žije, intelektových schopností, zdravotního stavu a dalších. Mohou se ale individuálně lišit podle pohlaví, věku, zdravotního stavu, zážitků, zájmů, atd. A stejně tak se mohou lidské potřeby během života měnit. Lidské potřeby souvisejí s úrovní a kvalitou života, proto je důležité jejich naplňování. To, jakým způsobem jsou potřeby naplňovány, jejich intenzita a množství, je individuální. V literatuře můžeme nalézt různá vymezení pojmu potřeba, pro srovnání uvádíme vymezení pojmu více autory.

Hartl, Hartlová (2000) vymezují potřebu jako nutnost organismu něco získat nebo něčeho se naopak zbavit. Potřeba dle autorů vzniká při fyzické odchylce od ideální hodnoty. Šamánková (2011) popisuje termín lidská potřeba jako stav, který je charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo naopak přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Zacharová (2007) definuje potřebu jako vlastnost organismu, která člověka pobízí k vyhledávání určité podmínky potřebné k životu. Smékal (2004) potřebu vymezuje jako stav osobnosti, který odráží rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné pro přežití a rozvoj, stav, který podněcuje člověka k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu. Henry Murray potřebu definoval jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru s cílem změnit existující, neuspokojivou situaci. (Plháková, 2005)

Nakonečný (2009) popisuje, že pojem potřeba vyjadřuje základní formu motivu, a to ve smyslu deficitu v biologické nebo sociální dimenzi bytí. Dále dodává, že je to stav, který se vyznačuje určitou silou puzení a naléhavostí. Podle Lokši, Lokšové (1999) mohou

být potřeby vrozené nebo naučené a projevují se pocitem vnitřního nedostatku nebo přebytku, který vznikne při narušení rovnovážného stavu organismu. Touha po uspokojení potřeb jedince aktivizuje k určité činnosti. Aktivizace trvá, dokud nejsou potřeby uspokojeny nebo dokud se jedinec nesmíří s tím, že jeho potřebu není možné uspokojit. (Šamánková, 2011)

Potřeby organismu jsou požadavky na udržení homeostázy, přežití, reprodukci, růst a fungování nebo udržení zdraví. Vedle potřeb biogenních, které zajišťují biologickou reprodukci, existují psychogenní potřeby, jejichž saturace zajišťuje adaptaci na sociální podmínky. (Zacharová, 2011) Přítomnost nějaké potřeby se projevuje jistou pohotovostí organismu, neusměrněným neklidem nebo napětím, jež je jakousi pružinou k jednání, která má zajistit uspokojení (Langmeier, Matějček, 1974) Naplňování lidských potřeb vede k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu. Podle Šamánkové (2011) vědomé vnímání potřeby může vzniknout na základě pocitu nedostatku naplnění dané potřeby, nebo naopak pocitu nadbytku naplnění potřeby či touhy něčeho dosáhnout.

4.2 Nenaplnění potřeb

Nenaplnění potřeb vede k různým druhům potíží, jako jsou psychické a somatické potíže, může tedy dojít k poruchám osobnosti i zdraví. Mezi psychické potíže Šamánková (2011, s. 15) řadí neklid, úzkost, nesoustředění a nervozitu. K somatickým potížím pak podle autorky patří poruchy v naplnění základních fyziologických potřeb, jako je spánek, výživa, vyprazdňování atd., často doprovázené poruchami srdečního rytmu. Nenaplnění lidských potřeb může pak vyústit ve stres, zátěž, distres, pocit frustrace, deprivaci nebo depresi. Důsledkem je slovní agrese, fyzické napadání, poškozování věcí atd. (Tamt.) Langmeier, Matějček (1974) popisují, že jedinec v důsledku dlouhodobého nenaplnění potřeb není schopen přizpůsobit se situacím, které jsou v dané společnosti běžné a žádoucí.

4.3 Standardy a bariéry v procesu naplňování lidských potřeb

Standard je chápán jako úroveň, které by mělo být dosaženo v našem konání a jednání při naplňování osobních potřeb. Vycházíme ze standardů osobních¹, obecných², společenských³ a normativních. (Šamánková, 2011)

Při naplňování lidských potřeb se mohou objevit bariéry. Znalost těchto překážek nám může pomoci k předcházení jejich vzniku.

¹ Má souvislost s vyspělostí jedince.

² Obecně uznávaný standard pro řešení dané situace.

³ Jedná se o normu, která je závazná pro určitou skupinu osob.

Šamánková (2011, s. 14) vymezuje možné typy bariér:

- **Osobní bariéra** – ostych vyslovit své přání, pocit nedůvěry, obavy ze zklamání, vzhlížení k druhému člověku, nebo naopak podceňování druhého, citlivá či intimní sdělení.
- **Psychická bariéra** – neschopnost přijmout pomoc při naplňování potřeb.
- **Jazyková bariéra** – vzájemné nepochopení, nevhodná nebo nesrozumitelná informace, informační šum.
- **Fyziologická bariéra** – zapříčiněna tělesným diskomfortem.
- **Bariéra z prostředí** – nezvyklé, neznámé prostředí, nemocniční prostředí, zima, neútulno, nebo naopak prostředí s vysokým komfortem, ve kterém se necítíme dobře.
- **Nepochopení sdělovanému** – ostych znovu se zeptat.
- **Vyslovení a přijímání omluvy.**
- **Vyslovení a přijímání kritiky.**
- **Vyslovení a přijímání pochvaly.**
- **Řeč těla.**
- **Zpětná vazba.**

Důležitou součástí při naplňování lidských potřeb jsou komunikační dovednosti nejen poskytovatele, ale také příjemce potřeb. Podle Šamánkové (2011) bychom měli dodržovat obecné zásady rozhovoru, jako je naslouchat tomu, co nám člověk říká, využívat komunikační přestávky, umět odhadnout, dodržovat a respektovat proxemické zóny druhých lidí.

Způsoby, jakými jsou lidské potřeby naplňovány, závisí především na individuálních vlastnostech jedince (temperament), na sociálním prostředí (rodina, vzdělání, ekonomické zabezpečení), na zdravotním stavu. (Šamánková, 2011) Zacharová (2007) doplňuje o obecné faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), společenské faktory (životní standard) a patologické stavy (bolesti).

4.4 Dělení lidských potřeb dle různých kritérií

V následující kapitole si vymezíme dělení lidských potřeb podle podstaty člověka, počtu osob, kterých se týkají, podle obsahu, ekonomického pohledu, podle způsobu vyvolání, naléhavosti, četnosti výskytu, času a podle důležitosti pro zachování života.

Dělení potřeb podle obecných kritérií (Šamánková, 2011, s. 17 – 19)

Podle podstaty člověka

- **Biologické/fyziologické potřeby** – potřeba potravy, tekutin, oděvu, spánku.
- **Psychické potřeby** – pocit psychické vyrovnanosti, prožívání životních událostí s pocitem vyrovnanosti, pocit psychického bezpečí.
- **Estetické potřeby** – odvíjí se od vyspělosti jedince a jeho požadavků na krásno, estetický soulad prostředí.
- **Sociální potřeby** – závisí na společnosti, ve které jedinec žije a kam směřují jeho sociální snahy, sociální zázemí a postavení.
- **Sociální a kulturní potřeby** – potřeba vzdělání, společenského a kulturního vyžití.
- **Sebevyjádření** – touha pochopení, schopnost pojmenovat své přání, názory, prezentovat se svým životem.
- **Duchovní potřeby** – spojeny s duchovním zaměřením jedince, religiózním, filozofickým, psychologickým zaměřením a cítěním.

Podle počtu osob, kterých se týkají

- **Individuální potřeby** – potřeby jednotlivce, splnění vlastních plánů, potřeba osobního růstu, potřeba seberealizace a sebeuplatnění.
- **Kolektivní potřeby** – potřeby větší skupiny lidí nebo celé společnosti, potřeba zdravotnické a sociální péče, potřeba ochrany životního prostředí.

Podle obsahu

- **Materiální potřeby** – požadavek mít věci ve vlastnictví a užívat je – dům, byt, auto, ekonomické zabezpečení.
- **Nemateriální potřeby** – jsou spojeny s duševní stránkou člověka, osobní hierarchie hodnot.

Podle ekonomického pohledu

- **Ekonomické potřeby** – zahrnují potřeby, které jsou uspokojovány různými produkty hospodářské činnosti, potřeba mít auto, potřeba být ekonomicky odměněn za odvedenou práci.
- **Neekonomické potřeby** – potřeby bez vazby na produkty ekonomiky, mít dítě, jet na výlet.

Podle způsobu vyvolání

- **Hlavní potřeby** – potřeby předcházející dalším, vlastnit loď za účelem uspokojení potřeby plavby po moři.
- **Doplňkové potřeby** – jsou potřeby, které se podílejí na zlepšování uspokojování potřeb, mít úspěch v zaměstnání.

Podle naléhavosti

- **Nezbytné potřeby** – zahrnují potřeby zajišťující existenci, potřeba stravy, tekutin.
- **Zbytné potřeby** – jsou potřeby, bez kterých se můžeme obejít.

Podle četnosti výskytu

- **Trvalé potřeby** – objevují se denně, potřeba stravy, tekutin, spánku.
- **Občasné potřeby** – vyskytují se s pravidelností, potřeba na Vánoce obdarovat rodinu.
- **Výjimečné potřeby** – nepravidelné potřeby, například zajištění svatby.

Podle času

- **Současné potřeby** – vztahují se k současné situaci jedince, založení rodiny, stěhování.
- **Budoucí potřeby** – jsou spojené s očekávanou a blízkou budoucností, složení zkoušek, hledání zaměstnání.

Podle důležitosti pro zachování života

- **Primární** – biologické, fyziologické, přirozené, člověk se bez těchto potřeb neobejde.
- **Sekundární** – sociální, získané, naučené, kulturní, jedinec potřebuje společnost druhých osob.

Říčan (2007) řadí mezi primární fyziologické potřeby: potřebu nadechnutí, vydechnutí, potřebu vody, potravy, smyslových podnětů, sexuální potřebu, potřebu laktace, vyměšování, potřebu vyhnout se bolesti, horku, chladu, poškození a potřebu spánku. Autor dále vysvětluje, v jaké smyslu jsou tyto potřeby primární. Popisuje, že uspokojení těchto potřeb je nezbytné pro zachování života jedince, že jsou zajišťovány instinktivními mechanismy, že jsou fylogeneticky původnější než ostatní potřeby a ontogeneticky nejpůvodnější s výjimkou sexuální potřeby a potřeby laktace.

Zacharová (2007) dodává, že primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci a na jejich základě se vyvíjejí sekundární potřeby, které jsou velice individuální a mohou činit život člověka bohatší a příjemnější.

Helus (1995) rozlišuje primární potřeby (jako je potřeba spánku, potravy, bezpečí, orientace a aktivity), které jsou podle něj zakotveny v biologickém základu člověka. Oproti primárním potřebám stojí podle Heluse vyšší potřeby, které jsou spjaty se společenským začleněním a lze je uspořádat do následujících pěti skupin:

- 1. Potřeby poznávací** – se projevují jako touha po informacích, zajímavostech, touha řešit problémy.
- 2. Potřeby sociální** – projevují se jako touha patřit do skupiny, být oceňován, spolupracovat, být druhým lidem sympatický, apod.
- 3. Potřeby aktivity** – projevují se jako potřeba pracovní, herní, sportovní, rekreační, zájmové činnosti.
- 4. Potřeby dosahování výkonů** (výkonové potřeby) – projevují se úsilím něco dokončit, udělat, zvládnout lépe, týkají se také touhy po uznání druhých, spokojenosti sama se sebou.
- 5. Potřeby existenciální** – týká se potřeby smyslu života.

Lidské potřeby souvisejí s teoriemi motivace, a ty nám pak pomáhají pochopit jednání druhých lidí. Defektologický slovník (Sovák a kol., 2000, s.194) definuje motivaci jako: „*podnět nebo souhrn podnětů vedoucí k jednání a ovlivňující chování jedince.*“ Sovák (2000) dále dodává, že v psychologii se k motivaci počítají především lidské potřeby, dále pak cíle, zájmy, postoje.

4.5 Teorie lidských potřeb

V následující kapitole vymežíme vybrané teorie lidských potřeb – teorii podle Fromma, Frankla, Coveyovu teorii, Vroomovu teorii očekávání, McClellandovu teorii získaných potřeb, Murrayovu teorii tvořenou potřebou a tlakem, Maslowovu hierarchii potřeb, „ERG“ teorie Claytona Paula Alderfera, Dům životních potřeb Heleny Chloubové a psychické potřeby dle Langmeiera a Matějčka.

4.5.1 Frommova teorie potřeb

Sociální psycholog, psychoanalytik a filozof Erich P. Fromm považuje za nejvíce motivující síly lidského chování ty, které souvisejí bezprostředně s existencí člověka. Mimo základní

fyziologické potřeby Fromm vymezuje potřeby, které odpovídají sociálnímu vymezení člověka (Šamánková, 2011). Podle Fromma se jedná o těchto pět základních existenciálních potřeb (Říčan, 2007):

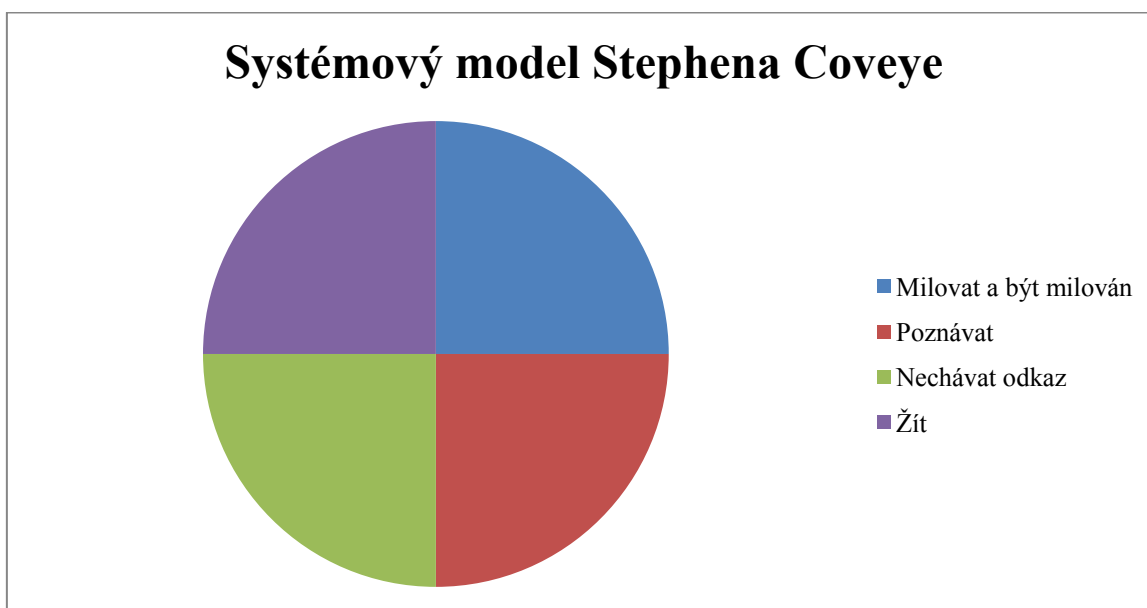
- Potřeba vztaženosti k druhým, v níž má být spojena blízkost a nezávislost
- Potřeba transcendence
- Potřeba zakořenění
- Potřeba individuální identity
- Potřeba orientačního rámce a oddanosti

4.5.2 Franklova teorie potřeb

Rakouský neurolog a psychiatr Viktor Emanuel Frankl vymezil tři dimenze osobnosti, a to fyziologickou, psychologickou a noologickou (neboli nooickou). Tvrdil, že opomíjení fyziologických potřeb vede k tělesnému onemocnění, opomíjení psychologických potřeb může být příčinou emočních problémů a opomíjení noologických potřeb může způsobit problémy v samém jádru osobnosti. K saturaci základních nooických potřeb musí jedinec uplatit svou vůli ke smyslu, a ta je tím, „oč jde člověku především“. (Drapela, 2003)

4.5.3 Coveyova teorie

Model lidských potřeb formuloval i americký spisovatel Stephen Covey. Lidské potřeby rozdělil na čtyři základní formy – fyzické, sociální, mentální a duchovní, které je nutné harmonicky uspokojovat. (Šamánková, 2011)



Graf č. 1 Model Coveyovy teorie potřeb

4.5.4 Vroomova teorie očekávání

Autor teorie očekávání profesor Viktor Vroom konstatoval, že pokud jsme přesvědčeni o dosažitelnosti a atraktivnosti cíle a také způsobu cesty k cíli, pak jsme motivováni k dosažení cíle. (Šamánková, 2011) Vroomova teorie je zařazována do kategorie teorií očekávání, jelikož jsou klíčovými pojmy očekávání a valence. Obecnou tezí teorií očekávání je, že síla tendence k určité činnosti závisí na síle očekávání a důsledkem této činnosti je získání určité hodnoty. (Nakonečný, 1992)

Vroom popisuje motivační sílu a dodává, že při rozhodování o našem chování upřednostníme takové, které má motivační sílu největší. Motivace ovlivňuje člověka ve třech elementech:

- **Valence (hodnota)** – přesvědčení o atraktivnosti cíle, očekávané uspokojení (uspokojování sex. potřeb, co je libost? co je motivuje? jaký význam má umístění klienta do zařízení).
- **Instrumentality** – tzn. souvislost mezi výsledky/cíli stejné kategorie činnosti, přesvědčení o dosažení cíle/výsledku .
- **Expectancy (očekávání)** – přesvědčení o správném chování, subjektivní pravděpodobnost, že jednání povede k žádoucímu výsledku.

Je nutné, aby jedinec byl přesvědčený o tom, že cíl je žádoucí, je možné jej dosáhnout, že daný jedinec může cíle dosáhnout, že způsob dosažení cíle je vhodný a etický a že si jedinec vytyčené cíle zaslouží. (Šamánková, 2011)

4.5.5 McClellandova teorie získaných potřeb

McClellandova teorie získaných potřeb je také známá jako teorie tří potřeb nebo teorie naučených/osvojených potřeb. Americký behaviorální a sociální psycholog David C. McClelland předpokládal, že lidské potřeby jsou získávány v průběhu života, a tvrdil, že člověk má potřebu něčeho dosáhnout, někam patřit a potřebu moci. Lidé se vzájemně liší tím, jaký žebříček priorit těchto potřeb mají. (Šamánková, 2011) McClelland rozlišil jedince na:

- **Achiever (potřeba motivace)** – jedinec, který hlavně chce něčeho dosáhnout, má potřebu excelovat a oceňuje potvrzování toho, jak je dobrý, vyhýbá se riziku, ze kterého je patrný neúspěch.
- **Affiliation seeker (potřeba příslušnosti)** – jedinec, který hlavně chce někam patřit, vyhledává harmonické vztahy a soustředí se spíše na souhlas než na uznání.

- **Power seeker (potřeba moci)** – jedinec, který hlavně touží po moci a síle, a to buď aby ovládal lidi, nebo aby dosáhl cíle, nevyžaduje uznání ani ocenění, spíše má tendence k souhlasné dohodě.

4.5.6 Murrayova teorie tvořená potřebou a tlakem

Americký psycholog Henry A. Murray vydal v roce 1938 spolu s týmem dvaceti osmi psychologů a psychiatrů knihu „Výzkumy osobnosti“⁴, kde jsou uvedeny výsledky klinických a experimentálních studií. Murray zde podle Plhákové (2005) rozpracoval komplexní teorii motivace. Autor používal jako synonymum k pojmu potřeba pojem pud.

Pojem potřeba získal v psychologii tak významné místo právě díky Henry Murrayovi, který potřebu definoval jako konstrukt označující sílu v oblasti mozku, která organizuje vnímání, myšlení, snažení a jednání v určitém směru, s cílem změnit existující, neuspokojivou situaci. Šamánková (2011) uvádí, že Murrayova teorie osobnosti vychází z předpokladu, že celek je tvořen potřebou a tlakem. Potřeby se prosazují buď spontánně, nebo tlakem. Přičemž tlaky jsou vymezeny jako vnější podmínky, které vyvolávají touhu něco získat⁵ nebo se naopak něčemu vyhnout⁶. (Plháková, 2005) Některé potřeby jsou zakotveny v biologické podstatě, jako je potřeba potravy, vody, vzduchu, sexu a vyhnutí se bolesti. Murray je nazývá primární neboli viscerogenní potřeby. Ostatní potřeby, jako jsou potřeba moci nebo dosažení úspěchu, jsou odvozeny z primárních potřeb a Murray je označuje jako sekundární neboli psychogenní. (Carver, Scheier, 2000) Primární potřeby jsou vytvářeny a uspokojovány periodickými fyziologickými procesy, ke kterým patří potřeba kyslíku, vody, potravy, vyhýbání se horku a chladu. Murray vymezil seznam více než dvaceti sekundárních potřeb, které jsou na základě aktivity mozku zakotveny v psychickém či povahovém uzpůsobení. Zvláštní postavení má sexuální potřeba, která se objevuje mezi primárními a sekundárními potřebami. Každý člověk má všechny potřeby, ale vyskytují se značné individuální rozdíly v úrovni a intenzitě. (Madsen, 1972 in Plháková, 2005, str. 366) Šamánková (2011) doplňuje o skryté potřeby, které popisuje jako obavu zůstat bez pomoci, ponížení a narcismus.

⁴ Explorations in personality.

⁵ Pozitivní tlaky.

⁶ Negativní tlaky.

Přehled psychogenních potřeb dle Henryho Murraye (Carver, Scheier, 2000, str. 97):

Částečný seznam psychogenních potřeb (přizpůsobený a zestručněný, Murray, 1938)		
Oblast	Potřeba čeho	Typické chování
Ambice	Dosažení úspěchu Uznání Předvádění se	Překonávání překážek Popisování úspěchů Pokusy vyděsit nebo napínat druhé
Vztah k neživým předmětům	Získávání Uspořádání Udržování Tvoření	Získávání věcí Uklízení a uspořádání věcí Hromadění věcí Budování něčeho
Obrana statusu	Vyhýbat se nezdaru Hájit se Bránit se	Utajování slabostí nebo neúspěchů Podat vysvětlení nebo omluvu Pomstít se za něco
Moc	Nadvlády Podřízenosti Nezávislosti Opozice Agrese Ponížení Vyhýbání se obviňování	Řízení chování druhých Snaha spolupracovat nebo poslouchat Bránit se autoritě Být v opozici Útočit nebo ponižovat druhé Omlouvat se nebo se přiznávat Potlačovat obviňování
Vztahy mezi lidmi	Přičlenění Odmítání Pečování Nechat o sebe pečovat Hry	Trávení času s druhými Ignorování druhých Starat se o někoho Přijímání pomoci od druhých Hledání odlehčení pomocí druhých

Výměna informací	Poznávání vědomostí Předávání	Kladení otázek Předávání informací druhým
------------------	----------------------------------	---

Tabulka č. 4: Přehled psychogenních potřeb Henryho Murraye

4.5.7 Maslowova hierarchie potřeb

Americký humanistický psycholog Abraham Harold Maslow popisuje teorii, v níž tvrdí, že lidé jsou motivováni určitými potřebami, které tvoří hierarchickou strukturu podle dvou skupin potřeb, a to odstranění nějakého nedostatku neboli D–potřeby⁷ a dosažení hodnoty bytí neboli B–potřeby⁸. (Šamánková, 2011)

V roce 1954 Maslow vydal knihu s názvem „Motivace a osobnost“⁹, v níž popisuje svou známou hierarchii teorie potřeb. Potřeby rozdělil do pěti úrovní dle naléhavosti od těch nejnižše položených po nejvyšší. První čtyři úrovně potřeb Maslow zařazuje do výše zmíněných D–potřeb, které zde označuje jako nedostatkové, deficientní. Dále je dělí na nižší a vyšší. (Plhánková, 2005)

K nižším zařazuje fyziologické potřeby, jako je potřeba jídla, pití, kyslíku, odpočinku, sexuálního vyžití a uvolnění napětí; pokud nejsou tyto potřeby uspokojeny, mohou podle Řičana (2007) ovládnout prožívání a jednání. Dále mezi nižší patří potřeba bezpečí. Pokud nedojde k saturaci nižších potřeb, mohou se objevit pocity strachu, smutku nebo hněvu. (Smékal, 2007)

K vyšším potřebám patří potřeba lásky, sounáležitosti, uznání. Podle Drapely (2003) zajišťují vyšší potřeby duševní pohodu a rozvoj osobnosti. Při neuspokojení vyšších potřeb se mohou objevit pocity úzkosti a neklidu, kdy si jedinec často ani neuvědomuje příčinu. (Smékal, 2007) Maslow (2000) vidí potřebu lásky jako nedostatkovou, přirovnává ji k díře, kterou je nutné vyplnit. Uspokojování vyšších potřeb zajišťuje duševní pohodu a rozvoj osobnosti člověka. (Plhánková, 2005) Maslow v knize „Ku psychologii bytia“ (2000, s. 68) zmiňuje, že: „*Uspokojenie potreby by malo zapríčiniť jej vymiznutie, teda možno povedať, že ľudia, ktorí žijú vo vzťahoch uspokojujúcich lásku, sú presne tí ľudia u ktorých by malo byť menej pravdepodobné, že dávajú a prijímajú lásku!*“

Pátou úroveň, tedy potřebu seberealizace, Maslow zařazuje do B–potřeb, tedy potřeby bytí neboli metapotřeby či metamotivace. Označuje je také jako růstové potřeby,

⁷ D–potřeby, tedy Deficiency Needs.

⁸ B–potřeby, tedy Being Values.

⁹ Motivation and personality.

s jejichž uspokojováním intenzita roste. (Plháková, 2005) Potřeba seberealizace je nikdy nekončícím procesem, který postupuje dynamickým sledem stupňů vzhůru po kontinuu. Čím výše jedinec dospěje, tím může dosáhnout hlubšího štěstí, pokoje a bohatství ve vnitřním životě. (Maslow, 1970 in Drapela, 2003) Pokud nejsou potřeby nižší úrovně uspokojovány, nemohou být uspokojovány potřeby vyšší úrovně. Jakmile je nižší potřeba gratifikována, může dojít k uspokojení potřeb vyšších. Potřeba seberealizace vyžaduje gratifikaci všech nižších potřeb. (Maslow, 1943) V návaznosti na hierarchii lidských potřeb rozlišuje Maslow dva typy hodnot. Deficientní hodnoty (D-hodnoty) a hodnoty bytí (B-hodnoty). Uspokojováním B-potřeb se pak realizují B-hodnoty, jako je krása, dobrota, soběstačnost, pravda. Příkladem D-hodnoty je například bydlení. (Tamt.) V souvislosti s odlišením nižších a vyšších potřeb Maslow rozlišuje dva odlišné vzorce saturace: vzorcem saturace nižších potřeb je jejich redukce, tzn. redukce hladu nasycením, redukce strachu dosažením pocitu bezpečí atd., vzorcem saturace vyšších potřeb (metapotřeb) je indukce motivačního stavu, takže se tyto vyšší potřeby stávají neuspokojitelnými a jejich motivační vliv je trvalý, jedná se tedy o zájmy. (Nakonečný, 2009)

Smékal přehledně uvádí Maslowův systém (2007):

Základní potřeby	Charakteristika potřeb	Následky ohrožení nebo nemožnosti uspokojit je
5. Potřeba seberealizace 4. Potřeba uznání, úcty 3. Potřeba lásky 2. Potřeba bezpečí 1. Fyziologické potřeby	Relativně složité, abstraktní a koncentrované mimo jedince. ↑↓ Relativně jednoduché a koncentrované na osobu.	Úzkost, neklid, napětí. ↑↓ Smutek, strach, hněv.

Tabulka č. 5: Přehledná hierarchie potřeb dle Vladimíra Smékala



Graf č. 2: Maslowova pyramida potřeb (Plháková, 2003)

- **Základní tělesné, fyziologické potřeby** – jsou základní potřeby, které jsou přítomné v každé lidské bytosti od počátku života, jsou to potřeby: kyslíku, výživy, nerostných látek, sexu, spánku, apod. Nejsou-li tyto potřeby uspokojovány, působí mocným tlakem na všechny osobnostní funkce. (Drapela, 2003)
- **Bezpečí a jistota** – každý člověk potřebuje pocit bezpečí, osvobození od úzkosti, zmatku, strachu, jistotu, stabilitu, spolehlivost, potřebu struktury, řádu, pořádku, stanovení mezí a ochranu před poraněním. Tyto potřeby jsou důležité po celý život jedince, ovšem nejvíce se projevují v raném věku a dětství. (Tamt.)
- **Láska, přijetí, spolupatříčnost** – po uspokojení nižších potřeb touží jedinec po lásce, být milován a má potřebu někam patřit. (Tamt.)
- **Uznání, úcta** – jedinec má potřebu dosažení úspěšného výkonu, prestiže. (Plháková, 2003)
- **Seberealizace** – jsou potřeby týkající se žádosti člověka po sebenaplnění. (Tamt.) Potřeba realizovat své schopnosti, svůj duševní potenciál (být tím, kým mohu být). (Zacharová, 2011) Potřeba seberealizace (neboli sebeaktualizace) trvá tak dlouho, dokud člověk neudělá to, pro co se hodí. (Plháková, 2006) „*To, co člověk může být, to musí být.*“ (Maslow, 1943, s. 13, in Plháková, 2006)

Po Maslowově smrti byla jeho koncepce v roce 1970 upravena pro následovníky. Přibýly zde nové úrovně potřeb – kognitivní potřeby (poznání, význam, sebeuvědomění) a estetické potřeby (krása, harmonie, forma). (Horská, 2009) Maslow zde užívá termínu „potřeby růstu“ z toho důvodu, aby je odlišil od všech zbývajících, které označuje hromadným termínem „nedostatkové potřeby“. (Madsen, 1979) V 90. letech došlo k dalším úpravám koncepce a přibýla potřeba transcendence (jako potřeba sebepřesahování). (Horská, 2009) Říčan (2007) potřebu transcendence popisuje jako nejvyšší stupeň Maslowovy pyramidy potřeb, jako potřebu přesahu, hlubokého prožití toho, že člověk je součástí většího celku (lidstva, přírody, Země) a celého vesmíru.

Maslowova hierarchie potřeb nebyla doposud empirickým výzkumem ověřena a je kritizována za svou nepružnost a nekompromisnost. Podle Armstronga (2012) i sám Maslow vyslovil pochybnosti o platnosti přísně uspořádané hierarchie.

4.5.8 „ERG“ teorie Clayтона Paula Alderfera

Americký psycholog Clayton Paul Alderfer modifikoval Maslowovu teorii potřeb do čtyř principů (Nakonečný, 1992):

1. **Hypotéza frustrace** – neuspokojená potřeba se stane dominantní.
2. **Hypotéza frustrace-regrese** – není-li potřeba uspokojena, stává se dominantní hierarchicky nebo vývojově nižší potřeba.
3. **Hypotéza progresivního uspokojení** – uspokojením potřeby je aktivována potřeba hierarchicky vyšší.
4. **Hypotéza progresivní frustrace** – frustrace potřeby přispívá k vývoji osobnosti, aktivuje vyšší potřeby, vede k vyšší aspiraci.

S těmito čtyřmi principy souvisí teorie tří motivů nebo „ERG“ teorie:

- Existence (existence, dále jen E) – existenční, základní potřeby – potřeby k přežití člověka.
- Relace (relatedness, dále jen R) – vztahové, sociální potřeby – potřeby sociálních vztahů.
- Růstu (growth, dále jen G) – potřeba rozvíjet se.

Z teorie tří motivů bylo odvozeno sedm tzv. propozic, které formulují podmínky pro uspokojování potřeb:

- čím méně jsou uspokojeny E–potřeby, tím se stávají silnějšími,

- čím méně jsou uspokojeny R–potřeby, tím silnějšími se stávají E–potřeby,
- čím více jsou uspokojovány E–potřeby, tím silnějšími se stávají R–potřeby,
- čím méně jsou uspokojeny R–potřeby, tím se stávají silnějšími,
- čím méně jsou uspokojeny G–potřeby, tím silnějšími se stávají R–potřeby,
- čím více jsou uspokojeny R–potřeby, tím silnějšími se stávají G–potřeby,
- čím více jsou uspokojeny G–potřeby, tím se stávají silnějšími. (Nakonečný, 1992)

4.5.9 Dům životních potřeb Heleny Chloubové

PhDr. Helena Chloubová, psychoterapeutka a odborná asistentka Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, vychází z Maslowovy hierarchie lidských potřeb, kterou rozpracovala do tzv. „Domu životních potřeb“. (Chloubová, 2005)

Dům životních potřeb								
sebereali- zace	sebe- aktuali- zace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebepoje- tí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochope- ní	autono- mie	moc	submise
láska	sounále- žitost	důvěra	komuni- kace	rodina	přátel- ství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální a ekono- mické	soběstač- nost	bydlení	informa- ce	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydrata- ce	výživa	vyprázdnění moče a stolice	aktivita tělesná a duševní	spánek odpoči- nek	teplo být bez bolesti	očista hygieny	sexuální mateřské potřeby

Tabulka č. 6: Dům životních potřeb Heleny Chloubové

4.5.10 Psychické potřeby dle Langmeiera a Matějčka

Docent Jiří Langmeier odvodil ze svých nálezů s profesorem Zdeňkem Matějčkem u dětí z dětských domovů svou představu čtyř základních psychických potřeb, které na člověka působí celý život. Matějček (2003) uvádí, že je pojímal jako určitou obdobu potřeb

biologických, a že potřeby psychické musí být náležitě a v pravý čas uspokojovány, má-li se jedinec vyvíjet v osobnost psychicky zdravou a zdatnou.

1. Potřeba určitého množství, kvality a proměnlivosti vnějších podnětů – její uspokojení organismu umožňuje, aby se naladil na žádoucí úroveň aktivity, tzn. že se jedinec nebude nudit a že nebude ani soustavně přetěžován.

2. Potřeba určité stálosti, řádu a smyslu v podnětech – tedy smysluplného světa; saturace této potřeby umožňuje, aby se z chaotických podnětů, které k jedinci prostřednictvím smyslů přicházejí, staly zkušenosti, poznatky a pracovní strategie. Jedná se o základní potřebu umožňující učení.

3. Potřeba prvotních citových a sociálních vztahů – uspokojení této potřeby jedinci přináší pocit životní jistoty a je podmínkou pro žádoucí vnitřní uspořádání jeho osobnosti.

4. Potřeba identity, tj. společenského uplatnění a společenské hodnoty – z naplnění této potřeby vychází zdravé vědomí vlastního já, které je dále podmínkou pro to, aby si člověk mohl na své vývojové dráze osvojit užitečné společenské role a také hodnotné cíle pro svá vlastní snažení.

Matějček (2003) doplnil o pátou potřebu, kterou převzal od dr. Jiřího Mrkvičky: **5. Potřeba otevřené budoucnosti neboli životní perspektivy** – uspokojení této potřeby dává životu člověka časové rozpětí, tzn. rozpětí mezi otevřeností a uzavřeností osudu, mezi nadějí a beznadějí a mezi životním rozletem a zoufalstvím. Matějček (2005) doplňuje, že s předchozími čtyřmi potřebami se můžeme v různých podobách setkat v celé živočišné říši, ovšem tato pátá potřeba je pouze lidská, označovaná také jako existenciální.

4.5.11 Lidské potřeby osob s těžkým postižením

Těžký stupeň mentálního a tělesného postižení může pro jedince znamenat bariéru při saturaci lidských potřeb. Pro osoby s těžkým stupněm mentálního a tělesného postižení bývá obtížné dosáhnout saturace základních potřeb způsobem, jaký je běžný pro majoritní společnost.

Ve výzkumné části se proto zaměříme na zmapování potřeb osob s těžkým postižením a způsoby jejich saturace.

Na jedné straně postižení umocňuje stav potřeb, na druhé straně podle Vítkové (2004) postižení zabraňuje přiměřenému uspokojení potřeb jedince. Osoby s těžkým postižením mají zvláštní potřeby pro vlastní vývoj a interakci s druhými lidmi. Jak uvádí Vítková (2004, s. 327), jedinci s těžkým postižením potřebují:

- tělesnou blízkost, aby mohli získat přímou zkušenost,

- pedagoga nebo terapeuta, který jim přiblíží jejich prostředí co nejjednodušším způsobem,
- pedagoga nebo terapeuta, který jim umožní pohyb a změnu polohy,
- každého, kdo jim rozumí i bez řeči a spolehlivě o ně pečuje.

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že osoby s těžkým postižením by měly mít zajištěný nárok na celistvost v podpoře vývoje, který je potřebný pro veškerý režim dne, interakci a také integruje saturaci základních lidských potřeb, otázky základní péče jako podpůrnou a speciální péči, otázky tréninku vnímání, pohybovou podporu a podporu komunikace. (Vítková, 2004) Kábele (1992) doplňuje, že pro správný duševní vývoj postiženého jedince je hlavním předpokladem uspokojování základních duševních potřeb.

Shrnutí

Poznávat lidské potřeby je velice důležité pro speciální pedagogy, kterým je poznání a porozumění lidských potřeb nápomocno nejen k naplňování potřeb u osob s těžkým postižením. V této kapitole jsme uvedli definici lidských potřeb, vymezili jsme, jaké mohou nastat potíže při nenaplnění potřeb a jaké se vyskytují bariéry v procesu naplnění lidských potřeb. Na závěr kapitoly jsme zpracovali dělení podle různých kritérií a věnovali jsme se vybraným teoriím lidských potřeb.

5 Praktická část

Praktická část práce je věnována výzkumnému šetření. Pro možnost srovnání jsme zrealizovali dva průzkumy. První v Domově pro osoby se zdravotním postižením a druhý v Domově se zvláštním režimem. V jednotlivých kapitolách se seznámíme nejprve s charakteristikou Domova pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum ve Šternberku, dále vymezíme hlavní a dílčí cíle výzkumného šetření, seznámíme se s průzkumnými otázkami, stanovíme metodologii průzkumu, charakteristiku průzkumného vzorku, popíšeme průběh výzkumného šetření, budeme se věnovat analýze dat a výsledkům průzkumu.

Dále se seznámíme s charakteristikou Domova se zvláštním režimem Jedlí, vymezíme cílovou skupinu zařízení, tedy Alzheimerovu chorobu, vymezíme metodologii, objasníme průzkumný vzorek, průběh průzkumu, analýzu dat a na závěr výsledky průzkumu. Praktická část bude také obsahovat interpretaci zjištěných závěrů a konfrontaci cílových skupin.

5.1 Hlavní a dílčí cíl výzkumného šetření

Záměrem praktické části práce bude zmapovat lidské potřeby u dvou cílových skupin. První cílovou skupinou jsou osoby s těžkým postižením, u kterých dochází ke kombinaci mentálního a tělesného postižení. Druhá cílová skupina zahrnuje osoby s Alzheimerovou chorobou ve třetím těžkém stadiu nemoci. Jedná se o výzkumné šetření specifík saturace lidských potřeb. Předpokládáme, že osoby s těžkým postižením mají totožné potřeby jako intaktní společnost, ovšem budou se lišit ve způsobu saturace. Výsledky výzkumného šetření dáme do souvislosti s teoretickými poznatky. Naším cílem bude tedy nalézt propojení mezi teoretickou a výzkumnou částí.

Hlavní cíle práce jsou:

1. Zmapování problematiky saturace lidských potřeb u osob s těžkým postižením a u osob s Alzheimerovou chorobou.
2. Srovnání saturace potřeb cílových skupin.

Dílčí cíle práce jsou:

1. Srovnat způsob saturace u osob s těžkým postižením a u osob s Alzheimerovou chorobou.
2. Identifikovat faktory, které podporují interakci.
3. Identifikovat faktory, které podporují bezpečí.

V návaznosti na cíle průzkumného šetření jsou **průzkumné otázky** následující:

- Které faktory podporují interakci u osob s těžkým postižením?
- Které faktory podporují interakci u osob s Alzheimerovou chorobou?
- Které faktory podporují pocit bezpečí u osob s těžkým postižením?
- Které faktory podporují pocit bezpečí u osob s Alzheimerovou chorobou?

5.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Poskytovatel sociálních služeb Vincentinum ve Šternberku patří mezi největší poskytovatele sociálních služeb v Olomouckém kraji a nabízí chráněné bydlení a domov pro osoby se zdravotním postižením. Cílem Vincentina je zabezpečení sociálních služeb. Cílovou skupinu uživatelů tvoří osoby s mentálním postižením a osoby s kombinovaným postižením, tedy osoby s mentálním postižením včetně přidružených smyslových nebo tělesných vad. Součástí služeb Vincentina je zdravotní a rehabilitační péče. Klientům je poskytována rehabilitační péče ve všech formách, které směřují k obnovení nebo zlepšení ztracených funkcí, k udržení dosavadních funkcí nebo ke zpomalení progresu postižení. Cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti a tím co nejvyšší kvality života. Důraz je kladen především na fyzioterapii, jejíž náplň je dána výsledky kineziologického vyšetření. Fyzioterapie zahrnuje (Vincentinum):

- Pohybovou léčbu - aktivní tělesná výchova, individuální cvičení, skupinové kondiční cvičení, pohybové hry, vertikalizace, nácvik chůze, pasivní cvičení a speciální metodiky na základě senzomotorické stimulace.
- Fyzikální terapii – elektroléčba, magnetoterapie, léčba ultrazvukem, teplem a světlem.
- Mechanoterapii – rotoped, běžecký tretražér.
- Vodoléčbu – využití bazénu.

Kromě každodenních aktivizačních činností nabízí Vincentinum další aktivity, jako je (Tamt.):

- Snoezelen terapie – senzomotorická stimulace a relaxace klientů s využitím konceptu bazální stimulace, muzikoterapie, aromaterapie, fonoforézy a dětské masáže
- Prenatální terapie
- Logopedická intervence
- Metoda strukturovaného učení
- Pracovní terapie

- Dílna výtvarných technik
- Keramická dílna
- Textilní dílna
- Dílna na výrobu svíček
- Dřevařská dílna
- Kreativní dílna

5.2.1 Průzkumný vzorek

Průzkumný vzorek bude vybrán metodou záměrného (účelového) výběru. Záměrný výběr výzkumného vzorku je takový, že cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich vlastností. Kritériem je vybraná (určená) vlastnost či stav. (Miovský, 2006) Průzkumný vzorek budou tvořit 3 sociální pracovníci Domova pro osoby se zdravotním postižením, kteří pečují o osoby s těžkým postižením, z toho 2 ženy a 1 muž. Výběr respondentů je podmíněn:

- Ochotou spolupracovat.
- Vysokoškolským vzděláním v oboru speciální pedagogika.
- Minimálně dvouletou praxí v práci s osobami s těžkým postižením.

Průměrná délka praxe v souboru se rovná 14 let.

Osoby, jejichž potřeby budeme analyzovat, splňují tato kritéria:

- Mají mentální postižení těžkého stupně.
- Vyskytuje se u nich tělesné postižení těžkého stupně (neschopnost samostatné lokomoce a sebeobsluhy).
- Jsou to osoby verbálně nekomunikující.

5.2.2 Metodologie

Výzkumné šetření bude realizováno kvalitativním průzkumem. Kvalitativní průzkum je průzkum, jehož výsledků nedosáhneme pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. (Strauss, Corbinová, 1999) Podle Průchy, Vetešky (2012) má kvalitativní průzkum pozitivní přínos v tom, že poskytuje hlubší vhled do zvláštnosti jevů. Sběr dat se uskuteční polostrukturovanými rozhovory, které budou se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon a následně transkribovány.

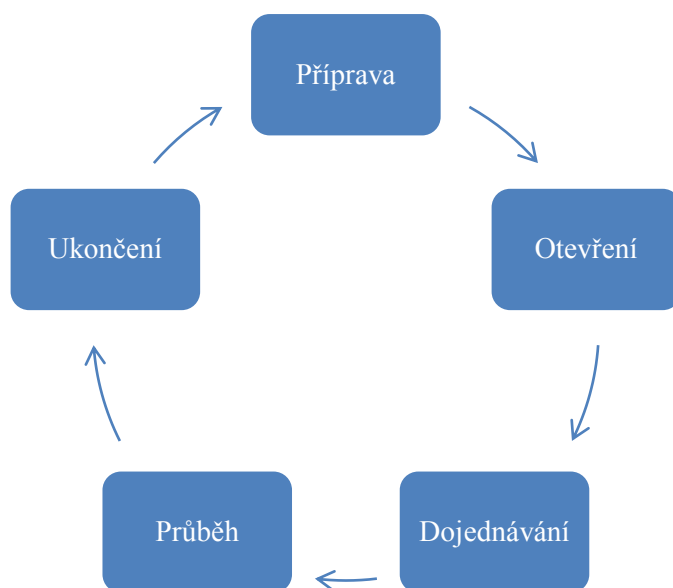
U polostrukturovaného rozhovoru si vytvoříme schéma, které bude specifikovat okruhy otázek a bude závazné. Je ovšem možné zaměřovat pořadí, kdy se budeme jednotlivým okruhům věnovat. Při polostrukturovaném rozhovoru máme tedy definované tzv. jádro

interview, tedy minimum otázek, které tazatel položí. (Miovský, 2006) Další pomůckou v průběhu realizace polostrukturovaných rozhovorů bude schéma otázek, které pomůže udržet strukturu rozhovoru. (Tamt.) Rozhovory budou probíhat v přirozeném prostředí respondentů, tedy v Domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum.

Při vytváření schématu polostrukturovaného rozhovoru jsme se opírali o Maslowovu hierarchii lidských potřeb (viz oddíl 4.5.7):

- Potřeba seberealizace – první okruh rozhovoru je složen ze základních otázek na potřebu seberealizace, ptáme se, jakým způsobem se mohou klienti realizovat, zajímá nás, jaké aktivity klient může vykonávat k rozvoji své osobnosti.
- Potřeba uznání – v druhém okruhu zkoumáme, jakým způsobem je klient oceňován a jaké jsou možnosti jeho motivace.
- Potřeba lásky, komunikace, sociálního rozvoje – třetí okruh se týká potřeby lásky, komunikace a sociálního rozvoje, zjišťujeme tedy, jakým způsobem je s klienty navazován vztah a co jej pomáhá rozvíjet, ptáme se, jak klienti reagují, dále se zajímáme, při jakých aktivitách se nejlépe s klienty komunikuje a jak klienti sami navazují kontakt.
- Potřeba bezpečí – čtvrtý okruh rozhovoru je zaměřen na uspokojování psychických potřeb, jako je vyrovnanost, bezpečí apod. Respondentů se ptáme na to, co si myslí, že klientům pomáhá k pocitu bezpečí.
- Fyziologické potřeby – pátý okruh rozhovoru se zabývá fyziologickými potřebami osob s těžkým postižením, zjišťujeme, jak jsou uspokojovány klientovy hygienické, intimní a sexuální potřeby. Dotazujeme se na saturaci zdravotních potřeb.

Tazatel se bude držet fází rozhovoru podle Ivana Úlehly (2007):



Obrázek č. 2: Fáze rozhovoru podle Ivana Úlehly

V přípravné fázi rozhovoru si ujasníme cíle průzkumu a stanovíme strukturu. (Úlehla, 2007)

Ve fázi otevření se setkáme s respondenty, navážeme s nimi kontakt a vytvoříme atmosféru spolupráce a důvěry. Ve fázi dojednávání sjednáme s respondenty cíle. Fáze označená jako průběh je fáze způsobu vedení rozhovoru a jde nám o dosažení cíle. (Hauke, 2011) Ukončení rozhovoru staví na ověření úspěchu a hodnocení. (Úlehla, 2007) Podle Hendla (2005) je důležité při průzkumu dodržovat zásady etického jednání:

- Potřeba získat poučený (informovaný) souhlas – respondenti musí být informováni o průběhu průzkumu.
- Svoboda odmítnutí – respondenti mohou kdykoli ukončit svoji účast.
- Anonymita – v ideálním případě není identita účastníků průzkumu tazateli známa, případně identita nesmí být odhalena nikomu dalšímu.

5.2.2.1 Analýza dat

Při analýze dat použijeme nejprve transkripci textu, přesněji techniku selektivního protokolu, kdy do přepisu zahrneme pouze data týkající se výzkumu. (Hendl, 2005) Technika transkripce je procesem převodu mluveného slova do písemné podoby. Pro podrobnou analýzu je transkripce podmínkou. Pro analýzu výsledků použijeme metodu otevřeného kódování. Strauss, Corbinová (1999) otevřené kódování popisují jako rozebírání, prozkoumávání, označování, porovnávání a kategorizaci údajů. Údaje jsou rozebrány na samostatné části, které jsou studovány, porovnáváním údajů mohou být zjištěny podobnosti a rozdíly a jsou

kladeny otázky. (Tamt.) Otevřené kódování podle Hendla (2005) v datech odkrývá určitá témata, která mají vztah k průzkumným otázkám. Tazatel daná témata třídí a organizuje. Miovský (2006) nazývá proces seskupování údajů kategorizací.

5.2.3 Průběh průzkumu

Průzkum začal výběrem vhodného Domova pro osoby se zdravotním postižením, který pečuje o klienty s těžkým postižením. Zařízení byla kontaktována telefonicky. Do průzkumu se aktivně zapojil Domov pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum, Šternberk. Byl dohodnut průběh průzkumu a byli vybráni respondenti metodou záměrného výběru, přičemž kritéria výběru byla podmíněna ochotou spolupracovat, vysokoškolským vzděláním v oboru speciální pedagogika a minimálně dvouletou zkušeností s prací s osobami s těžkým postižením. Následně byli telefonicky kontaktováni jednotliví respondenti z důvodu ujednání termínu rozhovoru. E-mailovou korespondencí byly dohodnuty detaily schůzky.

Polostrukturované rozhovory byly realizovány v přirozeném prostředí respondentů. Dva z rozhovorů proběhly v aranžérské dílně, jeden rozhovor se uskutečnil v kanceláři respondenta. V úvodní části byli respondenti seznámeni s cílem výzkumu, s průběhem a s etickými aspekty. S respondenty bylo dohodnuto zaslání výsledků výzkumu. Se souhlasem účastníků výzkumu bylo započato nahrávání rozhovoru na diktafon. Jeden rozhovor byl několikrát narušen kolegy respondenta, zbylé dva rozhovory proběhly bez narušení. Ve všech rozhovorech byla vytvořena příjemná atmosféra a důvěra. Rozhovory trvaly 30 až 40 minut. V transkripci textu byla provedena jazyková korektura, která odstranila stylistické a gramatické chyby, a byly vypuštěny pasáže, které se netýkaly předmětu výzkumu. Získaná data jsme následně rozřídili metodou otevřeného kódování a zpracovali je pro analýzu.

5.2.4 Výsledky průzkumu

Kategorizací údajů jsme potřeby uspořádali do následujících okruhů, přičemž se budeme opírat především o Maslowovu hierarchii lidských potřeb (viz oddíl 4.5.7):

- seberealizace
- uznání, ocenění
- bezpečí, zázemí
- láska
- komunikace
- zdravotní potřeby

- fyziologické, intimní, sexuální potřeby
- interakce
- sociální rozvoj

Potřeba seberealizace

Možnosti seberealizace u osob s těžkým postižením jsou omezeny množstvím činností, které mohou vykonávat. Z výzkumu vyplývá, že saturace potřeby seberealizace je naplňována díky bazální stimulaci, kde se zjišťuje, jak by se mohl klient realizovat: *„Díky bazální stimulaci se zjišťuje jak kontakt, tak čeho je klient schopen. Když se zjistí, že by dokázal něco uchopit, tak se bude rozvíjet úchop, a to bude třeba maximum a bude se to třeba dělat 10 let a dál se nedostaneme. A vůbec to, že něco uchopí nebo dostane nějakou hračku, to se také dělá ve snoezelenu, že se dávají pytlíky s hrachem, s vůněmi, a co se zjistí, pak se rozvíjí.“* Podstatné pro saturaci potřeby seberealizace je také dlouhodobé pozorování. Respondenti dále uvedli, že seberealizace klientů je v naplňování základních životních potřeb, klienti neumějí vyjádřit potřebu seberealizace, nemají možnost (vzhledem k postižení) se realizovat. *„U mnohých klientů s vysokou mírou podpory nemůžeme čekat nějaké zázraky, nikam se to neposune dál, jsme rádi, když to zůstane na té úrovni, jaké to je, to dá taky kolikrát hodně práce.“* Respondent dále popisuje naplňování potřeby seberealizace: *„Když jsme začínali, tak všichni klienti byli krmeni, u mnohých klientů jsme dokázali, že se najedí sami, trvalo to taky dlouho a dalo to hodně práce, než se naučili, že tu lžičku mají držet atd., a to se nám u hodně klientů podařilo a myslím, že je to docela velký úspěch a v tom jejich životě posun, že se sami najedí. Snažíme se je vést k samostatnosti během dne ve všech činnostech, i u koupání, čištění zubů, u mnohých je to s velkou dopomocí, ale někdy se ten zázrak stane a máme radost. Třeba jednou přijdete a budou si všichni čistit zuby a umývat pusy. Snažíme se je k tomu vést a buď se to podaří, nebo ne. U toho krmení se tu 11 klientů nají samo, a předtím byli všichni krmeni.“*

Potřeba uznání, ocenění

Každý člověk má potřebu být oceněn, uznáván, respektován. Potřeba uznání a ocenění přispívá k pozitivnímu sebevnímání jedince. Roli také hraje přístup pracovníka ke klientovi, je důležité uznávat lidskou důstojnost. Podle respondentů je motivace stejná u všech lidí, jen je nutné ji přizpůsobit mentální úrovni klientů. Uplatňuje se především motivace verbální, klienti reagují spíše na tón hlasu než obsah slov. Jsou oceňováni hlasem, pohazením, dotykem. Odměňování sladkostmi už je na hranici, často jsou klienti na kašovitě stravě, neumí polykat,

tudíž se využívá spíše nemateriální ocenění, tvrdí účastník výzkumu. Druhý respondent popisuje seberealizaci u „šikovnějších“ klientů: *„Slovně ohodnotíme, řekneme, že máme velikou radost. Dá se to pak využít, když slaví třeba narozeniny, konkrétně u toho jídla, že se mu koupí dort nebo zákusky a on si je sám sní, tak jej slovně pochválíme, že je šikovný, že si to sní sám.“*

Potřeba bezpečí, zázemí

Potřeba bezpečí, osvobození od úzkosti, zmatku, strachu, potřeba mít strukturu a řád se projevuje zejména v raném věku a dětství. U osob s těžkým postižením se setkáváme s těžkou až hlubokou mentální retardací, která odpovídá mentálnímu věku pod 6 let. Osoby s těžkým postižením mají z tohoto důvodu sníženou schopnost porozumět různým situacím a jevům. K naplnění této potřeby pomáhá v první řadě uznávat lidskou důstojnost, a z toho se pak vše podle odpovědi respondentů odvíjí, jak popisuje účastník výzkumu: *„Domov pro osoby se zdravotním postižením nedokáže nahradit rodinu. Musíme uznávat lidskou důstojnost, to je základ a z toho se pak odráží všechno.“* K uspokojení potřeby pomáhá pocit určitého řádu, pořádku, pravidelnosti. V opačném případě zmatku a nejistoty by se mohl u klientů objevit pocit úzkosti a strachu. Důležité tedy je klienty pěkně oslovovat, příjemně se bavit, dotýkat se jich. *„Ono lze přebalit deset klientů beze slova promluvení, co se týče ošetrovatelského a zdravotnického postupu včetně namazání proti dekubitům bez výtky, stoprocentně, ale také lze tu samou činnost udělat a promluvit u toho, pohladit, to si myslím, že to je ten pocit bezpečí a jistoty, to jsou jediné jistoty, které vnímají.“* K saturaci potřeby bezpečí také přispívá to, že klienti mají své stálé místo (pokoj, lůžko), určité rituály vytvořené během dne, klid a také známé tváře (pracovníků, ostatních klientů Domova), na kterých jsou závislí. Klienti například vědí, že když jsou najezení, přebalení, že je pracovníci odvezou na vycházku, pak se zase vrátí do svého prostředí. I když nelze zajistit stále stejný personál, protože se pracovníci střídají v třísměnném provozu, tak lze zajistit určitý stejný režim a to už je pro klienty určitá jistota. K pocitu bezpečí by také pomohlo, kdyby bylo možné co nejméně přijímat nový personál. *„Co se ještě týče toho personálu, tak i když to není vždycky v naší moci, pokusit se jej co nejméně měnit v časových úsecích. Jakmile se mění stále lidi z úřadu práce, neustále někdo nový, klienti kolikrát jednoho člověka, takového toho vetřelce, který tam přijde nový, tak to může klienty rozhodit, byť je úroveň mentálních schopností nízká, tak na některé to má hodně vliv, vycítí to.“*

Neříkáme si tety a strejdové, ale určitě je potřeba, aby tu ten pracovník několik let byl, taky je to pro ten pocit bezpečí. “ Klienti nemají rádi změny a nenadálé situace.

Potřeba lásky

Pokud jsou uspokojeny fyziologické potřeby a potřeba bezpečí, je podle Maslowa (1943) možné saturovat potřebu lásky. Naplnění potřeby lásky je důležité pro každého člověka a přispívá k pozitivnímu stavu. Jelikož Domov pro osoby se zdravotním postižením je zařízení s celoročním pobytem a většiny klientů se rodina zřekla, je naplnění citové potřeby v kompetenci pracovníků Domova. Vzhledem k tomu, že osoby s těžkým postižením nejsou většinou schopny verbální komunikace, je naplňování potřeby lásky, přijetí a spolupatičnosti zprostředkováno neverbální komunikací, zejména mimikou, gestikulací, haptikou a očním kontaktem. Podle respondentů potřeba lásky souvisí s lidskou důstojností, od které se pak všechno odvíjí. Nesmí to být ale „opičí láska“, jak uvádí účastník rozhovoru, je podstatné, aby byl mezi pracovníkem a klientem vybudován zdravý vztah. *„My zaměstnanci dáváme ze sebe hodně. Klienti nám to vrací obyčejnýma věcmá, jako je úsměv, nebo vás chytí za ruku. Lásku jim projevujeme tím, že se o ně tak staráme, jak se staráme. Ale oni už jsou fakt jak naše děti, my, co tady pracujeme deset, dvacet let, tak už je jinak nevnímáme. Máme s nimi moc hezký vztah. Nenechali bychom jim ublížit, nebo aby se jim dělo něco zlého, opravdu za ně bojujeme, aby jim to bylo dobře, i když nám to kolikrát nevyjde, snažíme se a hledáme pořád něco, aby jim tu bylo dobře. Je to hrozně těžké, ale snažíme se.“*

Komunikace

Potřeba komunikace je integrována v systému biologických i psychosociálních potřeb. (Venglářová, Mahrová, 2006) Pro klienty s těžkým postižením, kteří většinou nejsou schopni verbální komunikace, jsou vytvořeny komunikační tabulky (viz příloha č. 1). Nejdříve je vyjádřeno „kdy se to děje“, u některých klientů se daná situace děje ráno, u jiných kdykoli, dále je vymezeno „jak se projevuje“, například křičí, vybíhá z místnosti nebo napadá ostatní uživatele apod., dále „co si myslíme nebo víme, že to znamená“, například že je nespokojená, většinou když má hlad, žízeň atd., a poslední část „jak se zachováme, aby se situace zmírnila nebo vyřešila“, zde je pak postup pro pracovníky. Záleží ale také na vztahu klienta a pracovníka, jak pracovník dokáže klientovy potřeby z neverbální komunikace vyčíst. Z analýzy výsledků výzkumu vyplývá, že zdravou empatií můžeme zjistit, na co a jak klienti reagují, může to být dotek, pohled, výkřik, zaškubání, úsměv, časem se zjistí, k čemu se daná komunikační reakce vztahuje, kdy klient reaguje kladně a kdy záporně. Díky tomu můžeme

posléze navázat komunikaci. Respondent říká: „*Chci zdůraznit hledisko dodržování lidské důstojnosti, i člověk, který je v takovém stavu, že je různě pokřiven, že nemluví, že sám nepřijímá potravu, že musí být přebalován, umýván, je člověk se stejnou důstojností jako ti pracovníci. Z toho my musíme vycházet a s tím souvisí empatie, ale empatie v tom smyslu, že to je empatie, která opravdu nenadělá medvědí službu, ale že to je empatie, která vychází ze základních potřeb a pocitu. I když nemluví, je to o určitém vnímání člověka, té jeho pozice, vnímání jeho způsobu vyjadřování, protože když oni nejsou schopni, neumí se verbálně vyjádřit, tak mají samozřejmě různé instinkty, určité pudové chování, oni pudově reagují na různé situace a právě zdravou empatií můžeme zjistit, na co oni a jak reagují, a pak příště můžeme komunikaci navázat.*“ Komunikace je nástrojem saturace lidských potřeb a k pochopení potřeb osob s těžkým postižením pracovníkům pomáhá dlouhodobé pozorování, poznání jejich reakcí, empatie, dodržování lidské důstojnosti a zpětná vazba od klientů (v podobě úsměvu, očního kontaktu apod.) Ke komunikaci mezi klienty se respondent vyjádřil: „*Ti šikovnější mají mezi sebou jednoduchý gesta, kterými si dají nějakou tu zprávu.*“

Zdravotní potřeby

Z důvodu těžkého postižení se uspokojování zdravotních potřeb klientů realizuje fyzioterapeutickými a fyzikálními postupy, kdy na základě doporučení lékaře si klienta převezmou rehabilitační pracovníci, kteří chodí cvičit za klientem na pokoj nebo si jej převážejí na rehabilitační oddělení. Uplatňuje se především léčba teplem k uvolnění svalstva, světlem, ultrazvukem, magnetoterapie, elektroléčba, vodoléčba (perličkové koupele), Vojtova metoda, dále parafíny, prohřívání, infrasauna, kam může klient vjet i s vozíkem, využívá se balónů, hipoterapie a canisterapie. K pozitivnímu zdravotnímu stavu klienta také přispívá relaxace, kdy se využívají speciální metody, jako je bazální stimulace, snoezelen terapie a prenatalní terapie.

Fyziologické potřeby

Jelikož jsou osoby s těžkým postižením odkázány na pomoc druhých z důvodu neschopnosti verbální komunikace, imobility, močové a fekální inkontinence, je tato oblast specifická zejména z hlediska uspokojení potřeby hladu a žízně, sexuálních potřeb, uspokojení potřeb hygieny a s tím souvisejícími intimními pečovatelskými úkony (vyučování a vyměšování), potřeby spánku a odpočinku. Fyziologické potřeby osob s těžkým postižením jsou saturovány téměř bez spolupráce klienta. Uspokojování hygienických potřeb je ošetřeno ve standardech kvality. Jelikož ale není možné zařídit jednolůžkové pokoje a poskytnout tak klientům plně

soukromí, je naplňování hygienických potřeb (jako je výměna pleny, hygiena na lůžku) řešeno použitím teleskopických paravanů. Dochází zde k těsnému intimnímu kontaktu klienta a pracovníka. Na otázku, jestli má klient možnost vybrat si, kdo o něj bude pečovat, respondent uvedl: „*Možnost by měl, ale on to zas tak nevyjádří, on vyjádří pouze libost a nelibost, jestli mu někdo vadí nebo nevadí, ale jestli by měl možnost si vybrat, no to je limitováno, je zde třísměnný provoz, pracovníci se střídají na směnách.*“ Jiný účastník rozhovoru dodal: „*Klient je jednou v zařízení, musí se prostě přizpůsobit. Není to jako péče doma, kde si vyberu nebo jsem s člověkem, kterého mám rád. Není to tak, že by měl averzi vůči nějakému pracovníkovi. Třeba klient se na některého více směje, je živější, jde cítit, že je mu víc fajn.*“ Pracovníci mají vyzorované sexuální potřeby klientů, do kterých ovšem nezasahují. Klientům je umožněno uspokojovat sexuální potřeby, je jim dán prostor a klid na pokoji, případně se jim nechá uvolněná plena. Potřeba spánku a odpočinku souvisí s polohováním klienta. Je využíván koncept bazální stimulace, zejména poloha hnízdo. Polohování u osob s těžkým postižením je důležité zvláště z důvodu prevence vzniku dekubitů, ke snížení spasticity, uvědomění si vlastního těla a také k pocitu bezpečí.

Interakce

Interakce je podle Gavory (2005) vzájemné působení a vzájemné ovlivňování. Každý mezilidský styk je interakcí, neboť každý zanechá v druhém člověku nějakou informaci. O aktivní interakci mluvíme tehdy, když člověk působí na druhého s určitým cílem. Interakce úzce souvisí s komunikací. (Tamt.) K interakci mezi pracovníkem a klientem podle výsledků výzkumu nejlépe dochází při saturaci fyziologických, hygienických a zdravotních potřeb. Iniciálním dotykem, blízkým kontaktem, úsměvem, příjemným tónem hlasu, očním kontaktem, mimikou, gesty. Další možností interakce mezi pracovníkem a klientem jsou metody bazální stimulace, snoezelen terapie s využitím aromaterapie, dále uplatnění prenatalní terapie, vestibulární stimulace, perličkové koupele, polohování. K úspěšné interakci také přispívá stálý personál a co nejméně změn. S interakcí souvisejí pocity klienta. Klient dokáže dát zpětnou vazbu, když je mu něco příjemné (např. hlas člověka, dotyk, aktivita), úsměvem, stane se živějším, uvolněnějším, je na něm vidět, že je mu příjemně, zmizí napětí. Někteří klienti nereagují vůbec, jsou apatičtí. Jiní jsou například vulgární nebo agresivní. Když je klientům něco naopak nepříjemné, zčervenají, zrychleně začnou dýchat, může se také objevit sebepoškozování (kousání do ruky, tlučení do hlavy) nebo destrukce majetku (kousání do matrace). Vzájemná interakce mezi klienty se objevuje jen mezi „šikovnějšími“ klienty, kteří mezi sebou mají jednoduchá gesta, kterými komunikují.

Úspěšná interakce pak může přispět k pozitivním změnám u klientů.

Sociální rozvoj

Saturace sociálního rozvoje je u klientů s těžkým postižením velmi obtížná. S imobilními klienty se pracovníci příliš nedostanou ven. Klient není schopen navázat vztahy, ale projevuje radost, že je venku. *„Ležící klienti vnímají změnu, že někam jedou, ale jestli jedou do cukrárny nebo do lesa. Oni vědí, že se budou oblékat, vědí, že se někam půjde, že pracovník na ně mluví, vědí, že je předělává z postele nebo z koberce na kočár, a to už vědí, že někam jedou. Ale že by pochopili nebo vnímali cukrárna, město, les, to ne. Oni vnímají to, že se s nimi něco děje, to je všechno na tom vztahu. To jsou klienti s IQ kolem 20, na té nejnižší úrovni. Takže vůbec ten kontakt.“* Respondent dále říká: *„Je neuspokojí nějaká aktivita sociálního rázu, sociální začleňování, jsou rádi na sluníčku, že jsou venku, jim to dělá dobře, ale že by měli uspokojení z toho, že jeli do cukrárny. Je možný, že si vůbec nevšimli, že někde byli, jen obrovský zmatek vnímají.“*

Souhrn

Osoby s těžkým postižením nejsou schopny sami uspokojovat své potřeby a jsou odkázány na úplnou pomoc druhých. Zkoumáním výpovědí respondentů bylo potvrzeno, že osoby s těžkým postižením mají totožné lidské potřeby s ostatními lidmi a jsou puzeny k tomu, aby je stejně jako ostatní lidé saturovaly. Ovšem mentální postižení představuje ztěžující bariéru pro porozumění jejich vnitřnímu životu. Pracovníkům k porozumění pomáhá dlouhodobé pozorování a schopnost vcítit se do klientů. Důležitou složkou je také uznávání lidské důstojnosti a pozitivní přístup pracovníka. Musejí předvídat a usuzovat z jejich pudových projevů a ze zvnitřněných stereotypů chování. Než pracovníci začnou na klienta působit po „duchovní“ stránce, je nutné nejdříve saturovat základní potřeby. *„To už věděly sestry Boromejky, když přivezly do Vincentina nějakého chovance, plného vředů, v zuboženém stavu, tak mu nejdříve musely dát najíst, napít, odšívít ho, vydezinfikovat ho, okoupat ho, obléct ho. Až se trochu zklidnil a tohle bylo uspokojeno, pak teprve mohly začít pečovat o jeho duši,“* uvádí respondent. Potřeba seberealizace klientů je v naplňování základních potřeb. Prostřednictvím bazální stimulace je zjišťováno, čeho by byl klient schopný a jaké činnosti by bylo možné rozvíjet. Klienti jsou nejčastěji oceňováni hlasem, pohlazením, dotykem. Potřeba bezpečí je saturována pevným režimem, řádem, rituály, příjemným, klidným a taktním přístupem pracovníka. K pocitu bezpečí také napomáhá personální stabilita. Uspokojování potřeby lásky vede k pozitivnímu stavu klienta. Záleží na citlivosti pracovníka,

jak dokáže projevům lásky od klienta porozumět. K vyjadřování pocitů používají klienti neverbální komunikaci, zvláště mimiku a haptiku. Pro klienty s těžkým postižením, jsou z důvodu neschopnosti verbální komunikace vytvořeny komunikační tabulky. Záleží také na vzájemném vztahu klienta a pracovníka, jak je pracovník vnímavý a umí klientovy potřeby z neverbální komunikace vyčíst. Zdravotní potřeby klientů vycházejí z jejich postižení, nejčastěji se ale saturují fyzioterapeutickými, fyzikálními a speciálně terapeutickými postupy. Problematika fyziologických potřeb je specifická z důvodu neschopnosti verbální komunikace, imobility, močové a fekální inkontinence, z hlediska uspokojení potřeby hladu a žízně, sexuálních potřeb, uspokojení potřeb hygieny, potřeby spánku a odpočinku. V této oblasti je velice důležitá empatie a uznávání lidské důstojnosti. K vzájemné interakci mezi pracovníkem a klientem dochází při saturaci téměř všech potřeb, kde pracovníci uplatňují neverbální komunikaci. Naplnění potřeby sociálních kontaktů a rozvoje není podle výsledků pro klienty vzhledem k postižení klíčové.

5.3 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem Jedlí podporuje fyzickou a psychickou soběstačnost osob s Alzheimerovou chorobou. Cílovou skupinou jsou dospělí od 50 let, kteří nemohou žít běžným způsobem života v přirozeném prostředí. Domov se zvláštním režimem poskytuje následující služby (Domov se zvláštním režimem Jedlí):

- Ubytování – pro 45 uživatelů.
- Stravování.
- Péče – pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.
- Zájmová a kulturní činnost.
- Další služby – kadeřnice, pedikérka, nákupy.

5.3.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence. (Jiráková a kol., 2009) Podle MKN-10 je Alzheimerova choroba degenerativním onemocněním mozku s neznámou etiologií a s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Označováno kódem G30. Tato choroba začíná nenápadně a pomalu, následně progreduje během

několika let. (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2014) Alzheimerova choroba je onemocnění šedé kůry mozkové a podle Pidrmána (2007) toto onemocnění trvá v průměru 9 let. Autor vymezuje stádia onemocnění na:

- časné
- střední
- těžké

Příčiny Alzheimerovy nemoci jsou multifaktoriální, mezi ně patří odchylky na chromozomech, infekce priony a toxické vlivy. (Raboch a kol., 2006) U nemocných dochází k poškození osobnostních rysů a charakteristik, ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky, zvyklosti. Osoby s Alzheimerovou chorobou se stávají nápadnými svým jednáním a chováním. Začínají ztrácet zájmy, jsou narušeny vztahy s okolím, dochází k narušení krátkodobé paměti a prostorové orientace. Vyskytují se také poruchy, jako je afázie, apraxie, agnózie. Objevuje se emoční plochost, deprese, manie, bludy, paranoidní syndromy. (Pidrman, 2007) Česká alzheimerovská společnost vymezuje deset příznaků Alzheimerovy choroby (Česká alzheimerovská společnost, 2014):

1. Ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly
2. Problémy s vykonáním běžných činností
3. Problémy s řečí
4. Časová a místní dezorientace
5. Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek
6. Problémy s abstraktním myšlením
7. Zakládání věcí na nesprávné místo
8. Změny v náladě nebo chování
9. Změny osobnosti
10. Ztráta iniciativy

5.3.2 Průzkumný vzorek

Průzkumný vzorek bude vybrán metodou záměrného výběru. Výzkumný vzorek budou tvořit 3 pracovníci v sociálních službách Domova se zvláštním režimem Jedlí. Kritériem výběru bude:

- Ochota spolupracovat.
- Minimálně dvouletá zkušenost s prací s osobami s Alzheimerovou chorobou.

Průměrná délka praxe v souboru se rovná 8 let.

5.3.3 Metodologie průzkumu

Sběr dat se uskuteční pomocí skupinového interview, které bude náhráváno na diktafon a následně přepisováno do textové podoby. Tuto metodu jsme zvolili ve snaze odstranit psychické zábrany respondentů. Účastníci skupinového interview tvoří homogenní skupinu. Reflektují otázku, kterou jim položí tazatel. Respondenti slyší odpovědi od ostatních, mohou na ně reagovat a doplňovat své odpovědi. Skupinové interview má několik výhod, mezi ně patří, že během krátké doby získáme kvalitní informace od skupiny lidí a díky skupinové dynamice se nám podaří zaměřit se na nejdůležitější témata. (Hendl, 2005) Schéma otázek ke skupinovému interview jsme použili obdobné jako u polostrukturovaných rozhovorů (viz oddíl 5.2.2).

5.3.4 Průběh průzkumu

Do výzkumu se zapojil Domov se zvláštním režimem Jedlí, jehož zřizovatelem je Domov důchodců Štítý. Vedení Domova bylo telefonicky kontaktováno pro ujednání podrobností výzkumu. Skupinové interview bylo realizováno v přirozeném prostředí tří respondentů, konkrétně v klubovně Domova. V úvodu byli respondenti obeznámeni s tématem, cíli, průběhem interview a také s etickými aspekty (viz oddíl 5.2.2) S respondenty bylo také dohodnuto po skončení výzkumu zaslání výsledků. Interview bylo se souhlasem účastníků nahráváno na diktafon. V závěru interview jsme byli krátce vyrušeni pracovníci Domova. V průběhu vládla příjemná a pozitivní atmosféra. Skupinové interview trvalo 90 minut. Při přepisu textu byla provedena jazyková korektura a byly vypuštěny pasáže, které se netýkaly výzkumu. Získaná data jsme následně roztřídili metodou otevřeného kódování.

5.3.5 Výsledky průzkumu

Navázali jsme na uspořádání okruhů potřeb z analýzy polostrukturovaných rozhovorů (viz oddíl 5.2.4):

- seberealizace
- uznání, ocenění
- bezpečí, zázemí
- láska
- komunikace
- zdravotní potřeby

- fyziologické, intimní, sexuální potřeby
- interakce
- sociální rozvoj

Seberealizace

Maslow (1943) tvrdí, že musí být uspokojeny všechny ostatní potřeby, aby mohla být uspokojena potřeba seberealizace. Nemocným je umožněno naplňovat potřebu seberealizace a zrealizovat tak svá přání a cíle. *„Každý uživatel sem vstupuje už s cílem. Většinou mají cíle, jako je v klidu dožít, být s ostatními v kontaktu, že nechtějí být sami.“* Podle účastníků interview jde ale především o zachování základních návyků a běžných denních aktivit, kterými lze dosáhnout uspokojení potřeby seberealizace, jako: *„Aby se učesala, vložím jí do ruky krém, zrcátko, neumí udržet lžiči, napít se, natáhnout kalhoty, vyndat protézu.“* Saturace potřeby seberealizace je také realizována smysluplnou aktivizací uživatelů, jako například posloucháním muziky, malováním, povídáním, procházkami. Podstatná je v této oblasti práce s anamnézou. Když pracovník ví, čemu se uživatel věnoval v mládí, jaké měl zájmy, zvyky, apod. může mu připravit smysluplnou náplň dne. *„Jde nejvíce o zachování těch věcí, co znají, to stávající, aby byli soběstační. Sebepéče. Tímhle směrem to jde.“*

Uznání, ocenění

Potřeba uznání souvisí s přístupem, který zaujímá pracovník k uživateli. Uspokojení potřeby uznání a ocenění je podle účastníků interview nejvhodnější před svědky, před ostatními uživateli. Nemocní potřebují mít pocit, že se o nich ví, potřebují na sebe svým způsobem poutat pozornost a mít pocit, že jsou respektováni a uznáváni. *„Chválit, chválit, chválit, i když se to nepovede.“* Pracovníci udělují pochvaly slovně za účast na aktivitách, jako jsou tanečky, nebo chválí uživatelům oblečení apod. K ocenění uživatelů pracovníci používají také mimiku a haptiku. *„Pak nám to vracejí taky, pochválí nám brýle, boty, šátek.“*

Bezpečí, zázemí

Pro Alzheimerovu chorobu je typický tzv. návrat do dětství. Naplnění potřeby bezpečí všichni lidé potřebují nejvíce v dětském věku. Nemocný potřebuje vědět, kde se nachází, potřebuje se vyznat v prostředí, v kterém se pohybuje. Neznámé prostředí u nich vyvolává pocity strachu. Pocit bezpečí je v osobní hierarchii potřeb osob s Alzheimerovou chorobou jednou ze základních potřeb. *„Já si myslím, že pro ně je nejdůležitější řád, aby věděli, kde mají*

pokojíček, aby nebloudili, proto se zde vše označuje, a taky známé tváře. Na koho se upnou ze začátku, tak máme pocit, že nás pak vyhledávají, takové to ,aha, ta tu byla, ta je hodná', protože si to pamatují. Taky pocit jako doma.“ Osoby s Alzheimerovou chorobou mají potřebu řádu a stability, potřebují vědět, co se bude dít, pracovníci tedy uživatelům neustále říkají a připomínají průběh dne, komentují situace apod. Respondent popisuje situaci, kdy uživateli nesdělil, co se bude dít: *„Jednou se pán bránil, prováděli jsme večerní hygienu, ohradil se, ale vím, že to bylo mnou, měla jsem soukromý problém, vím, že jsem byla ten stroj, neřekla jsem ,sundám vám trenýrky“, ale sundávala jsem mu kalhoty zezadu a on se lekl a otočil se a chtěl mne uhodit, můžu si za to sama. To byla jasná reakce, sama nemám ráda někoho zezadu.“* Příklad, jak nemocní potřebují mít stabilitu a řád, uvádí respondent: *„Bylo zvykem, že ve středu bývalo vždycky ráno sladké pečivo, ale jeden den bylo v úterý, nesla jsem teda paní koláček, paní ví, že úterý je koupací den a že ve středu bude koláček, odškrtná si dny v kalendáři, a já přijdu, a ona říká ,Já jsem se dneska koupala, a vy mi nesete koláček, co je za den?' Ji vykolejilo, proč jí nesu koláček, když má být až zítra, ona to tak má v hlavě, i když je seznámena s jídelníčkem, tak už to neví.“* Účastníci výzkumu na otázku, co uživatelé nejvíce potřebují, odpověděli: *„Určitě je to pocit bezpečí, jistota, musíme na ně pomalu, aby neměli nic unáhleného, aby všechno probíhalo v klidu, aby nebyl vyvíjen nátlak, to je nejdůležitější, to je od rána do noci.“* Nemocní potřebují osvobození od úzkosti, zmatku a strachu. Při změně prostředí, například při změně pokoje v Domově či pobytu v nemocnici, se mohou u nemocných objevit pocity úzkosti a změny nálad. *„Změna je pro ně hrozná, jakákoli. Když musíme přestěhovat, tak musíme zvážit kam. Ted' je v sociálních službách trend o domácí prostředí. To je pro ně chaos. Předtím byly sestry oblečené podle barev – sestřička byla vždycky modrá, ošetřovatelka zelená, paní ve fialovém oblečení donese prádlo, to nebylo na škodu, i pro rodinu, ted' už nevědí, je to chaos.“*

Láska

Každý člověk má přirozeně potřebu někoho milovat a být milován. Podle profesora PhDr. Rudolfa Kohoutka, CSc. uspokojuje potřebu citové jistoty, vazby a citového vyžití rodina. (Kohoutek, 2009) Otázkou zůstává, nakolik jsou uspokojovány tyto potřeby v zařízení sociálních služeb. Za některými uživateli Domova chodí rodina často, za některými ale právě vůbec. *„Když se začnou uživatelé horšit, tak rodina si řekne, co bych sem chodil, vždyť mne stejně nepozná a nevnímá, ale to nikdo neví, co ti lidi vnímají nebo ne.“* Další respondent uvedl: *„Co se týče kontaktu s rodinou – nemyslím si, je to individuální. Ten, kdo rodinu pozná, je rád, že ho navštíví, ale o to smutnější, že ho opouští. Potřebují cítit, že je tu nikdo nenechá*

na pospas, tak je chytáme na ruku.“ Naplnění potřeby lásky podporuje, když uživatelé cítí blízkost známých lidí, právě zejména pečovateli. Lásku také uživatelé cítí od pracovníků, prostřednictvím uspokojování jiných potřeb (fyziologických, sociálních, apod.), prováděných s láskou. Pracovníci dávají najevo lásku uživatelům slovně, dotykem, pohlazením, objetím. Osoby s Alzheimerovou chorobou umí vyjádřit pracovníkům lásku také různými způsoby, jako je dotyk, pohlazení, polibek, nebo řeknou „mám vás rád/a“. Nenaplnění potřeby lásky se pak může projevit úzkostí a smutkem.

Komunikace

Podle odpovědí respondentů uživatelé služby komunikují většinou mimikou, ale je to individuální. *„Každý to má jinak, někdo je na tom dobře, mluvíme s ním o rodině, ale s tou nemocí to ubývá, tak se pak soustředíme na konkrétní věci, jestli vstaneme, jestli se sama učeše, apod.“* Pečující o osoby s Alzheimerovou chorobou se musí naučit rozumět neverbálním projevům nemocných. Musejí umět číst jejich gesta a mimiku. Pracovníci už poznají, když je něco v nepořádku nebo se uživatelům něco nelíbí: *„Třeba když je bolí noha, vidím, že se neusmívá, zeptám se, bolí vás noha, odpoví, že ne, takže zjišťujeme, zda nemají nateklou nohu, a tak podobně, musíme na to přijít sami.“* Sami uživatelé si ve většině případů nedokážou říct, co chtějí. Respondent uvedl: *„Oni mluví, ale ne k věci.“* Na otázku, zda je vytvořen nějaký komunikační systém, respondent odpověděl: *„Jsou vytvořeny obrázky, ale úplně to nefunguje. Oni se spíš upnou na nás.“* Pro komunikaci mezi nemocným a pracovníkem jsou proto hledány jiné způsoby komunikace a pracovníci využívají všech smyslů k dorozumění. Ve všech oblastech potřeb je nejdůležitější pomalý, klidný, milý a vstřícný přístup.

Zdravotní potřeby

Zdravotní potřeby u osob s Alzheimerovou chorobou jsou uspokojovány prostřednictvím sociálně terapeutických činností, jako je muzikoterapie, canisterapie, kde se vychází z toho, jestli uživatelé doma psa dřívě měli, a také fyzioterapie: *„Hodně polohování, poloha hnízdo, aby se člověk ohraničil, měl kožešinku v ruce, dále bazální stimulace.“* Mezi dalšími faktory, které pozitivně ovlivňují stav uživatelů, uvedli respondenti „kinderterapii“. *„Jakmile uživatelky vidí děti, tak to je teda terapie, to vstávají, jsou šťastní, když vidí děti.“*

Fyziologické potřeby

Neuspokojení fyziologických potřeb podle Maslowovy pyramidy (viz oddíl 4.5.7) může

způsobit změny v chování, prožívání a jednání jedince. Ovšem z výzkumu vyplývá, že by uživatelé sami nedokázali saturovat potřebu se napít či najíst. „*Ta nemoc potírá potřebu jídla a pití, není to ta špice, důležitý je klid a spánek, kdyby si měli vybrat, kdybych tu byla sama – tak oni půjdou za mnou všichni, než aby se šli najíst a byli sami.*“ Další účastník interview říká: „*Jak je Maslowova pyramida, tak tady je to úplně obráceně. Kdyby nejedli dva dny, tak oni to nevědí. To, že jedli před půl minutou, to si nepamatují. To není podstatný. Podstatný je chovat se k nim pěkně, vědět, že tady jsou doma.*“ Maslow ovšem v článku „*Teorie lidské motivace*“ tvrdí, že pokud nejsou fyziologické potřeby uspokojeny, všechny ostatní potřeby přestanou existovat anebo budou potlačeny do pozadí. (Maslow, 1943) Ze 45 uživatelů Domova je asi 43 nemocných inkontinentních. V tomto okruhu je významná intimita při saturaci hygienických potřeb, která ale, jak vyplývá z interview, je plně dodržována: „*Ani sebe nevidí, zástěny, koupelny, cedulky na dveřích, zavírání dveří, klepání. Problém je pak, když jsme někde jinde, mimo Domov. Já to pak postrádám. Třeba v nemocnici. Děsí mne to, když to někde není.*“ Při hygieně imobilních uživatelů je pracovníci vezou na koupacím lehátku do koupelny přes chodbu, uživatelé jsou oblečení, přikrytí. Většinu personálu tvoří ženy, pouze dva pracovníci jsou muži. „*Tak kde víme, že by to té ženě nebylo příjemné, tak tam nejdou. Nejde to v opačném případě. Mezi uživateli jsou i muži, ale tam to nejde... kdyby si to některý pán přál, tak by to bylo těžké. Ale ženy, když nechcou ošetřovatele muže, tak jim to umožníme. Ale naopak by to bylo těžké. Ale s tím jsme se nesetkali, že by to nějakému pánovi vadilo.*“ Z fyziologických potřeb je pro nemocné nejdůležitější odpočinek a spánek. „*Klienti hodně spí. Kvůli této chorobě potřebují dost spánku. Oni spí třeba 12 hodin a to je ráno nemůžeme ani vzbudit, tak je chodíme polohovat, ale prostě pořád spí. My ho umýváme, oblečeme, ale snídaně uživatele tak unaví, že si jde po snídani zase lehnout. Nebo zase někdo odpoledne spí. Oni chtějí mít klid, chtějí odpočívat.*“ Problematika managementu bolesti je sesterskou záležitostí, pokud sestra zjistí bolest buď přímo od uživatele nebo od personálu, zaznamená ji do formuláře (viz příloha č. 2), který jí nabízí možnost lokalizace, a dál jde tato informace k lékaři, který s ní pracuje. Metodiku pro bolestivé situace mají pracovníci rozpracovanou, nyní je ve fázi dopilování.

Interakce

Nemocní vzhledem ke své izolaci potřebují pocit začlenění a vztahu s druhými. „*Když se někomu věnuji víc, jen o tři minutky, když jsem s někým déle, tak je vidět, jak jsou rádi, potěší je to. Jedna paní má třeba ráda, když jí škrabu na zádech, nic jiného nepotřebuje, jedna chce čokoládku, jedna frťana, jedna vás prosí, ať ji dnes neumýváte, ať se to nějak*

udělá, ať se nenamočí.“ Pro interakci mezi pracovníkem a uživatelem je také důležité používat mimiku. Respondenti uvádějí: „Já se usměju a uživatelka ví, že to je na ni. Když oni něco nechcú, tak musíme používat figle. Nebo je uplatit čokoládou. Záleží co, když potřebuji, aby jedla, tak musíme použít figl, ale když chce spát, tak ať spí. Když vím, že snídani nesnědla, a uživatelka říká ‚Ne, mně to za chvíli jede‘ a já řeknu ‚V klidu se nasnídejte, jede vám to až za hodinu.‘“ Takový trochu herectví tady máme. Nechceme je zasměšňovat, ale ta paní se nenají, když si myslí, že jí za chvíli jede autobus. Nemůžu jí říct, že je tady v Domově, záleží jak kdy, oni by pak byli zmatení. Na ně by neplatilo, kdybychom byli striktní.“ Důležitý je individuální přístup a při aktivizaci malá skupina asi 5 uživatelů a 2 pracovníků. Velký význam při interakci mezi uživateli mají právě „volnočasové aktivity“, jako jsou tanečky, zpívání, pečení cukroví, procházky apod.

Sociální rozvoj

Osoby s Alzheimerovou chorobou mají stejně jako ostatní lidé potřebu trávení času s druhými, touhu patřit do skupiny, spolupracovat, být druhým lidem sympatický apod. V této oblasti je podstatné milé zacházení a pro nemocné je příjemnější, aby je pracovníci oslovovali křestním jménem. Nemocní Alzheimerovou chorobou tráví rádi čas s lidmi, které (po)znají a s kterými jsou v pravidelném kontaktu, tedy především s personálem Domova. Ovšem jak popisuje respondent: *„Pro rodinu je to těžké. Ta rodina třeba potřebuje tu babičku, jenže ona nemůže fungovat. Rodina to nese těžce, nemají zpětnou vazbu. Často uživatelé nepoznají svou rodinu. Nevědí, kdo to je.“* Trávení času nemocného s rodinou je prožíváno velice individuálně. Účastnice interview popisuje: *„Slyším u výtahu ‚Za mnou nikdo nebyl, za mnou nepřijde rodina‘, a rodina stojí u výtahu a odchází po dvouhodinové návštěvě...“* Nenaplnění potřeby sociálního kontaktu může pak vyústit v závislost na personálu.

Souhrn

U osob s Alzheimerovou chorobou není jednoduché poznat jejich potřeby vzhledem k příčinám nemoci, jako je ztráta paměti, problémy s řečí, s abstraktním myšlením, dezorientace a další. Nemocné osoby jsou většinou odkázané na pomoc druhých a nedokážou saturovat žádnou z potřeb bez pomoci. Proto je pro personál Domova důležité naučit se poznávat jejich přirozené potřeby a svědomitě a kvalitně je uspokojovat. K tomu nejlépe pomáhá anamnéza nemocného. Způsob uspokojování potřeb je individuální. Seberealizace nemocných spočívá v kontaktu s ostatními či v zachování základních návyků. Potřeba uznání a slovního ocenění je efektivní před ostatními uživateli. Potřeba bezpečí, jistoty, stability

a řádu je jednou z nejdůležitějších v hierarchii potřeb jedince s Alzheimerovou chorobou. K pocitu lásky a sounáležitosti přispívá personální stabilita, blízkost známých tváří. Pro komunikaci mezi pracovníkem a uživatelem jsou hledány různé způsoby. Nejvýznamnější jsou neverbální projevy komunikace, které se pracovníci musí naučit poznávat. Zdravotní potřeby jsou saturovány sociálně terapeutickými činnostmi s důrazem na individuální přístup. Z fyziologických potřeb je pro uživatele nejdůležitější odpočinek a spánek. Zcela do pozadí je odsunuta potřeba nasycení. Pro interakci mezi pracovníkem a uživatelem je také důležité používat mimiku. Vzhledem ke své izolaci od společnosti potřebují osoby s Alzheimerovou chorobou pocit začlenění a vztahu s druhými. V oblasti sociálního rozvoje hraje významnou roli způsob zacházení s uživatelem a pravidelný kontakt s blízkou osobou.

Shrnutí

Tato kapitola se zabývala průzkumem v Domově pro osoby se zdravotním postižením a v Domově se zvláštním režimem. Představili jsme cíle průzkumu, metodologii, průzkumné otázky, popsali jsme průzkumný vzorek a následně průběh průzkumu. Průzkumným šetřením pomocí polostrukturovaných rozhovorů a skupinového interview jsme získali data, která jsme rozdělili do okruhů, přičemž jsme se opírali o Maslowovu hierarchii lidských potřeb: seberealizace, uznání, ocenění, bezpečí, zázemí, láska, komunikace, zdravotní potřeby, fyziologické, intimní, sexuální potřeby, interakce a sociální rozvoj. Jednotlivé okruhy jsme dále analyzovali metodou otevřeného kódování.

6 Diskuse

Kapitola se bude věnovat odpovědím na průzkumné otázky, konfrontaci výsledků cílových skupin, doporučení pro další průzkum. Vymezíme přínos pro praxi, vyjádříme se k validitě a reflexi průzkumu.

V předchozích kapitolách jsme uspořádali data, která nám pomohou odpovědět na průzkumné otázky. K jejich zodpovězení jsme použili kombinaci sběru dat, tedy polostrukturované rozhovory a skupinové interview.

Průzkumná otázka č. 1: Které faktory podporují interakci u osob s těžkým postižením?

Pro interakci mezi pracovníkem a osobou s těžkým mentálním a tělesným postižením má velký význam zejména neverbální komunikace, tedy haptika, gestika, kinezika, mimika, proxemika, oční kontakt, iniciální dotyk, úsměv, příjemný tón hlasu a jeho intenzita. Krátkým pozorováním jsme potvrdili, že při interakci je kladen důraz především na tyto prostředky: iniciální dotyk, pohazení, úsměv a příjemný tón hlasu. Informace o iniciálním doteku klienta je umístěna vždy nad jeho lůžkem.

Zjistili jsme, jaké jsou ukazatele úspěchu a neúspěchu interakce. Zajímali jsme se, jak klienti reagují, které podněty vyvolávají u klientů libost a nelibost. Mezi projevy libosti klientů s těžkým postižením patří úsměv, neverbální zvuky, skřeky, uvolnění se. K libým podnětům patří podle sdělení respondentů hlas člověka, jízda autem, pobyt venku, poslech hudby. K projevům nelibosti patří výkřiky, vulgarismy, zčervenání, zrychlený dech, zaškubání, může se také objevit sebepoškozování (kousání do ruky, tlučení do hlavy) a agresivita. Nelibými podněty může být určitý typ stravy, horká strava, otevřené okno, nesympatický pracovník, zvýšený hlas.

K vzájemné interakci nejlépe dochází při saturaci fyziologických, hygienických a zdravotních potřeb, kde je klient s pracovníkem v úzkém až intimním kontaktu. Velký význam má snoezelen, kde se interakce efektivně rozvíjí a blízkost těla pracovníka navozuje i pocit ochrany a bezpečí. Pro facilitaci interakce je důležitý individuální přístup. Vzájemnou interakci podporuje dlouhodobé pozorování klienta. Porozumění klientům podporuje schopnost empatie, zpětná vazba od klientů, umět je vnímat, způsoby vyjadřování a postupné zjištění, na co a jak klient reaguje. Pracovník by měl dodržovat a uznávat lidskou důstojnost, od které se všechno odvíjí. Úspěšné interakci přispívá také personální stabilita a co nejméně změn. Pro klienta je důležitý stejný režim, který je také jednou z příčin úspěchu interakce.

Úspěšná interakce přispívá k pozitivním změnám u klientů.

Průzkumná otázka č. 2: Které faktory podporují interakci u osob s Alzheimerovou chorobou?

Mezi faktory, které signalizují pozitivní interakci mezi pracovníkem a osobou s Alzheimerovou chorobou patří neverbální komunikace, především mimika, oční kontakt, úsměv, trocha humoru, nadsázky, milé a důstojné zacházení, oslovování uživatelů křestními jmény, uniformy pracovníků (např. sestřička v modré, ošetřovatelka v zelené), neustálá komunikace, komentování situací a blízkost pracovníků. K libým emočním podnětům patří delší čas, který pracovník stráví s uživatelem, škrabání na zádech, obejmutí, polibek, pojídání čokolády, popíjení alkoholu, hra s panenkou. Podněty interakce jsou individuálně strukturované. Uživatelé projevují libost prostřednictvím neverbální komunikace, a to zvláště mimikou, gestikou, haptikou. Nelibými podněty jsou neznámí lidé či prostředí, změny, chaos, uspokojování hygienických potřeb, neznalost toho, co se bude aktuálně dít. Nelibé pocity zahrnují mimiku a agresivitu.

K pozitivní interakci dochází při volnočasových aktivitách. Mezi ně patří tancování, zpívání, procházky, pečení cukroví, kde je pro skupinovou dynamiku důležitá malá skupina uživatelů. Podstatná oblast interakce se týká terapií, zejména canisterapie a terapie s účastí králíka. Přítomnost zvířete v blízkosti uživatelů vyvolává libé pocity a rozvíjí také motoriku a komunikační dovednosti. Mezi nástroje, které pomáhají k porozumění uživatelům, patří pozorování, spolupráce a předávání informací mezi pracovníky, znalost anamnézy, spolupráce s rodinou.

Průzkumná otázka č. 3: Které faktory podporují pocit bezpečí u osob s těžkým postižením?

K pocitu bezpečí pomáhá uznávání lidské důstojnosti, taktní přístup pracovníka, příjemný tón hlasu, komunikace s klientem, informování o situaci a následujících činnostech, pohlázení, oční kontakt, mimika. Klient s těžkým postižením k pocitu bezpečí potřebuje určitý řád, pořádek a pravidelnost, kromě toho k pocitu bezpečí přispívá stálé místo klienta (pokoj, umístění lůžka), zavedení rituálů během dne, klidný režim, příjemné prostředí a přítomnost známých tváří pracovníků a ostatních klientů. Zabránění pocitům strachu, úzkosti a zmatenosti napomáhá personální stabilita. Pocit bezpečí podporuje rovněž polohování, kde se uplatňuje poloha hnízdo, při níž je klient dekami nebo polštáři ohraničen. Díky tomu

dochází u něj k uvolnění svalového napětí, uvědomění si svého těla a je mu navozen pocit bezpečí a jistoty. Potřebu bezpečí vyvozují pracovníci z dlouhodobého pozorování.

Průzkumná otázka č. 4: Které faktory podporují pocit bezpečí u osob s Alzheimerovou chorobou?

Pocit bezpečí úzce souvisí s interakcí. Pro nemocné Alzheimerovou chorobou je potřeba zajištění pocitu bezpečí jednou z nejdůležitějších potřeb. Bezpečí uživatelů podporuje, když vědí, kde se nacházejí, potřebují se umět vyznat ve svém prostředí. Pocitu bezpečí napomáhá přítomnost stálého personálu, řád, stabilita, komentování a informace o průběhu dne. Významným faktorem podporujícím pocit bezpečí je také vnímání vlastního těla, zejména dotyky genitálií. Při přijetí do Domova se uživatelé potřebují upnout na pracovníka, zapamatují si, že je na ně hodný, a pak vyhledávají jeho přítomnost a cítí se s ním bezpečně. Podstatnou roli hraje i celkový přístup pracovníka k uživateli služby, důležitý je klidný, milý, respektující a individuální přístup. Pocit bezpečí naopak narušuje neznámé prostředí, cizí lidé. Proto je snaha o zabránění unáhleným a rychlým situacím, reakcím, nátlaku a stresu.

Konfrontace potřeb cílových skupin

Vyskytují se velké rozdíly v saturaci lidských potřeb u osob s těžkým postižením od běžné populace. Markantní rozdíl shledáváme zejména ve fyziologických potřebách a potřebách seberealizace. Možnosti seberealizace u osob s těžkým postižením jsou omezeny množstvím činností, které mohou vykonávat. Jelikož nedokážou vyjádřit své potřeby a vzhledem k postižení se nemají možnost samostatně realizovat, je úkolem pracovníků zjistit možnosti rozvoje klienta. To se děje prostřednictvím bazální stimulace, kde se zjistí, čeho by byl klient schopen, a pak je možné klientovi seberealizaci umožnit. Seberealizaci osob s těžkým postižením pracovníci shledávají také v naplňování základních životních potřeb, jako je samostatné nasycení, učesání, apod.

Těžké postižení komplikuje způsoby uspokojování potřeb. Zvláště mentální postižení představuje ztěžující bariéru pro porozumění jejich vnitřnímu životu. Naplňování potřeb osob s těžkým postižením je tedy zcela v rukou pracovníků, kteří se ale snaží vést klienty k tomu, aby si sami dokázali uspokojit své potřeby. K jejich porozumění pomáhá dlouhodobé pozorování a schopnost vcítit se do klientů. Pracovníci musí usuzovat z pudových projevů a ze zvnitřnělých stereotypů chování osob s těžkým postižením.

Ve výzkumu v Domově pro osoby se zdravotním postižením bylo zjištěno, že než pracovníci začnou na klienta působit po duševní stránce, je nutné nejprve uspokojovat nižší potřeby.

Tento výsledek je v souladu s Maslowovou teorií, kdy Maslow tvrdí, že pokud nejsou potřeby nižší úrovně uspokojovány, nemohou být uspokojovány potřeby vyšší úrovně (Maslow, 1943). Hierarchicky podmíněné uspokojení potřeb podle Sikorové (2011) neplatí absolutně, tedy že jedinec může v důsledku silnější motivace uspokojovat vyšší potřeby, aniž by měl uspokojeny potřeby nižší. Teorii jsme potvrdili u osob s Alzheimerovou chorobou, kdy jsme otevřeným kódováním zjistili, že mnohem významnější roli hraje potřeba kontaktu a bezpečí než potřeba nasycení. Jak uvádí respondent: „*Jak je Maslowova pyramida, tak tady je to úplně obráceně. Kdyby nejedli dva dny, tak oni to nevědí. To, že jedli před půl minutou, to si nepamatují.*” Tuto skutečnost, ale teoreticky potvrzuje fakt, že u osob s tímto onemocněním dochází ke ztrátě paměti, tedy uživatelé zapomínají, že ještě nejedli. Jelikož jsou osoby s Alzheimerovou chorobou stejně jako osoby s těžkým mentálním a tělesným postižením odkázány na pomoc druhých, a to zejména z důvodu neschopnosti samostatné lokomoce, močové a fekální inkontinence, většinou také neschopnosti verbální komunikace a neschopnosti se samostatně najíst a napít, jsou jejich fyziologické potřeby satureovány pracovníkem téměř bez spolupráce uživatele.

Výzkum v Domově se zvláštním režimem ukázal, že nemocní si často své potřeby neuvědomují. Z fyziologických potřeb je pro nemocné Alzheimerovou chorobou nejdůležitější odpočinek a spánek, potřeba příjmu potravy a tekutin je potlačena a není hierarchicky podmíněná, mnohem významnější potřebou je pro nemocné hierarchicky vyšší potřeba bezpečí, řádu a kontaktu.

Doporučení pro další průzkum a přínos pro praxi

Osoby s těžkým postižením nedokážou své potřeby vyjádřit. Narazili jsme na tedy na otázku, co by pro samotné klienty znamenala potřeba seberealizace. V této oblasti vidíme možnosti k dalšímu průzkumu zobrazovacími metodami (elektroencefalografie), kdy by bylo možné porovnat, co se děje v mozku u zdravých jedinců a u osob s těžkým postižením. A jak osoby s těžkým postižením vnímají potřebu seberealizace. Výsledky práce nás také navnadili k možné realizaci kvantitativního výzkumu hierarchie potřeb u majoritní populace.

Význam diplomové práce shledáváme ve dvou rovinách. V rovině teoretické nám výzkum umožní nahlédnout na strukturovaný přehled lidských potřeb a v rovině praktické nám výsledky výzkumného šetření mohou být užitečné při práci s osobami s těžkým postižením a mohou obohatit pohled majoritní společnosti na takto postižení osoby.

Validita a reflexe průzkumu

Validita je podle Miovského (2006) konstruktem toho, zda jsou způsob a samotná zjištění informací pravdivé. V kvalitativním přístupu Miovský (2006) uplatňuje metody kontroly a zvyšování validity, respektive konkrétní procedury a techniky, kterými zjišťujeme, zda postup a samotné zjištění je validní, případně co můžeme udělat pro to, abychom validitu průzkumu zvýšili. Použili jsme následující validizační metody:

- Technika kontroly validity týkající se role průzkumníka – badatel má dostatečnou teoretickou citlivost vůči zkoumanému fenoménu, volba co nejméně rušivých průzkumných metod s cílem minimalizovat zásah do přirozeného prostředí, informování účastníků o záměrech badatele. (Miovský, 2006) Teoretická citlivost v zakotvené teorii podle Strausse, Corbinové (in Miovský, 2006) je schopnost přijmout informaci, kterou data nabízejí. Badatel musí být schopen dívat se za literaturu a předsudky. Snažili jsme se oddělit podstatné od nepodstatného a rozpoznat důležitá data. Použili jsme metodu polostrukturovaného rozhovoru a skupinové interview, s cílem a snahou nenarušit prostředí a co nejméně zasahovat do pracovního chodu účastníků průzkumu. V úvodu polostrukturovaných rozhovorů a skupinového interview byli účastníci informováni o cílech průzkumu.
- Technika kontroly validity související s reflexní a diagnostickou povahou průzkumu – ověřování spolehlivosti dat prostřednictvím diskusí s účastníky průzkumu, účastníci mohou provést korekci nebo doplnění výsledků. S účastníky jsme po realizaci průzkumu diskutovali. Validita byla také podpořena délkou praxe účastníků a jejich zájmem o problematiku. Po zpracování dat jsme zaslali výsledky ke korekci a doplnění. Účastníci průzkumu doplnili data o potřebu managementu bolesti.

Problematickou částí průzkumu byla náročnost získávání respondentů. Důvodů bylo několik. Za prvé, těchto zařízení, která mají klienty s kombinovaným mentálním a tělesným postižením, je poměrně malý počet. Proto jsme kromě Domovů pro osoby se zdravotním postižením začali vyhledávat i Domovy se zvláštním režimem. Za druhé, bylo komplikované zjistit, kde je dostatek požadované cílové skupiny a k tomu odpovídající personál, splňující kritéria průzkumu. Kontaktovali jsme celkem šest vhodných zařízení, z toho se nám podařilo uskutečnit průzkum ve dvou. Důvody, proč nás čtyři z šesti zařízení odmítla, byly především časové možnosti pracovníků a nesplnění požadovaných kritérií.

Očekávali jsme, že se u cílových skupin průzkumu potvrdí Maslowova hierarchie potřeb. Podle našich výsledků nacházíme propojení s teoretickými východisky pouze u jedné z cílových skupin, a to u osob s těžkým mentálním a tělesným postižením. Jakmile mají klienti Domova pro osoby se zdravotním postižením uspokojenou nižší potřebu, může dojít k uspokojení vyšší potřeby. Za překvapivé považujeme zjištění, že pro osoby s Alzheimerovou chorobou neplatí toto hierarchicky podmíněné naplňování potřeb. V literatuře můžeme nalézt poznatky o tom, že v důsledku silnější motivace mohou být vyšší potřeby uspokojovány, aniž by byly uspokojeny nižší potřeby. Otevřeným kódováním jsme došli k výsledku, že mnohem významnější roli hraje potřeba bezpečí a kontaktu než potřeba nasycení.

Shrnutí

Věnovali jsme se zodpovězení průzkumných otázek, doporučením pro další průzkum a zvážili jsme přínos pro praxi, který jsme shledali ve dvou rovinách. Popsali jsme použité validizační techniky a průzkum jsme reflektovali.

Závěr

Diplomová práce se zabývá potřebami osob s těžkým stupněm tělesného a mentálního postižení v zařízení sociálních služeb. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část má čtyři kapitoly. První kapitola představila definici mentální retardace a širší pojem mentální postižení. Zabývali jsme se příčinami mentální retardace, popsali jsme klasifikaci a poté jsme se zabývali každým stupněm mentální retardace zvlášť. V závěru této kapitoly jsme popsali psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením.

V druhé kapitole jsme se věnovali tělesnému postižení, představili jsme definici tohoto pojmu prostřednictvím různých autorů, uvedli jsme příčiny vzniku tělesného postižení a podstatnou část kapitoly jsme věnovali klasifikaci tělesného postižení na základě různých kritérií.

Třetí kapitola představila těžké postižení, uvedli jsme synonyma k pojmu, definovali jsme etiologii a zabývali jsme se možnostmi členění těžkého postižení, závěr kapitoly byl věnován charakteristice mentálního postižení v kombinaci s tělesným postižením.

Čtvrtá kapitola uvedla problematiku lidských potřeb. Definovali jsme pojem potřeba, nastínili jsme potíže, které mohou nastat při nenaplnění potřeb, a charakterizovali jsme, jaké se vyskytují bariéry v procesu naplnění lidských potřeb. Podstatná část kapitoly byla věnována teoriím lidských potřeb podle různých autorů.

Praktická část má dvě kapitoly. V páté kapitole jsme se zabývali kvalitativním průzkumem ve dvou zařízeních sociálních služeb. V Domově pro osoby se zdravotním postižením Vincentinum a v Domově se zvláštním režimem Jedlí. Vymezili jsme hlavní a dílčí cíle práce a stanovili jsme průzkumné otázky, přičemž jsme použili Maslowovo teoretické východisko. Specifikovali jsme metodologii a průzkumný vzorek. Popsali jsme průběh průzkumu, zabývali jsme se výsledky a jejich analýzou. Představili jsme závěry polostrukturovaných rozhovorů a skupinových interview.

V šesté kapitole jsme uvedli odpovědi na průzkumné otázky. Zabývali jsme se konfrontací výsledků cílových skupin, kde výrazný rozdíl shledáváme zejména ve fyziologických potřebách a potřebách seberealizace. Popsali jsme návrhy pro další průzkum. Vymezili jsme přínos pro praxi a na závěr jsme popsali validitu a reflexi průzkumu.

Maslow podle Armstronga (2012) o platnosti hierarchicky podmíněných potřeb vyslovil pochybnosti. Za neočekávané výsledky potvrzující tyto pochybnosti považujeme zjištění, že pro osoby s Alzheimerovou chorobou z našeho průzkumu je hierarchicky významnější potřeba bezpečí a kontaktu před fyziologickou potřebou nasycení. Hierarchicky podmíněné uspokojení neplatí tedy vždy.

Z průzkumu vyplývá, že člověk v důsledku silnější motivace, může saturovat vyšší potřeby, aniž by měl uspokojeny potřeby nižší. Toto zjištění, které vplynulo z průzkumu, je velmi důležité nejen pro pracovníky v sociálních službách, ale také pro rodinné příslušníky osob s těžkým postižením i pro majoritní společnost. Dává nám jasný signál, jak je pro člověka důležitý pocit bezpečí, kontaktu před uspokojením základních fyziologických potřeb, jako je potřeba nasycení. Je to důležité pro to, aby i jedinci s těžkým postižením mohli prožívat radostný kvalitní život.

Seznam použité literatury

Monografie

ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy : 10. vydání.* Praha: Grada, 2012, 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

CARVER, Charles S. a Michael SCHEIER. *Perspectives on personality.* 4th ed. Boston: Allyn and Bacon, c2000. ISBN 02-052-9394-8.

ČERNÁ, Marie. *Kapitoly z psychopedie.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1982.

DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti.* 4. vyd. Překlad Karel Balcar. Portál, 2003, 175 s. ISBN 80-717-8766-3.

FISCHER, Slavomil, Jiří ŠKODA a Miroslav OREL. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním.* Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 80-738-7014-2.

GAVORA, Peter. *Učitel a žáci v komunikaci.* 2. vyd. Brno: Paido, 2005. ISBN 80-731-5104-9.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník.* Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-717-8303-X.

HAUKE, Marcela. *Pečovatelská služba a individuální plánování: Opraktický průvodce.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-802-4738-499.

HELUS, Zdeněk. *Psychologie pro střední školy.* 1. vyd. Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-716-8245-4.

HORSKÁ, Viola. *Koučování ve školní praxi.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2009, 174 s. ISBN 978-802-4724-508.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska.* 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče.* 1. vyd. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-802-4724-546.

KÁBELE, František. *Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-706-6533-5.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly.* 2. vyd. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-807-2624-928.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
- LANGER, Stanislav. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přepracované vyd. Hradec Králové, 1996, 273 p. ISBN 80-900-2548-X.
- LANGMEIER, Jiří a Zdeněk MATĚJČEK. *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Avicenum, 1974. ISBN 08-049-74.
- LESNÝ, Ivan a Jan ŠPITZ. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy: celost. vysokošk. učebnice*. 1. vyd. Praha: SPN, 1989, 229 s. ISBN 80-042-2922-0.
- LOKŠOVÁ, Irena a Jozef LOKŠA. *Pozornost, motivace, relaxace a tvořivost dětí ve škole: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa, základní duševní potřeby dítěte, dítě a lidský svět*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999, 199 s. Pedagogická praxe. ISBN 80-717-8205-X.
- LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- MADSEN, K. *Moderní teorie motivace*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1979, 468 s.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa, základní duševní potřeby dítěte, dítě a lidský svět*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2005, 108 s. Rádcí pro rodiče a vychovatele. ISBN 80-717-8853-8.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte: normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa, základní duševní potřeby dítěte, dítě a lidský svět*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 182 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0870-1.
- MASLOW, Abraham H. *Ku psychologii bytí*. Persona, 2000, 223 s. ISBN 80-967-9804-9.
- MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 302 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4715-216.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace pracovního jednání a její řízení*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1992, 620 s. ISBN 80-856-0301-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-
- NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

- OPATRÍLOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007, [102] s. ISBN 978-807-3151-379.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 183 s. ISBN 978-802-4714-905.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 1998. ISBN 80-859-3165-6.
- PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0. 0
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Vyd. 1. Praha, 2006, 328 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-0871-3.
- PLHÁKOVÁ, Alena. *Učebnice obecné psychologie: [teoretické základy a metodika]*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2004, 472 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 978-802-0014-993.
- PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-802-4739-601.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozš. Praha: Triton, 2006, 211 s., [8] l. obr. příl. Pedagogika (Grada). ISBN 80-725-4746-1.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika: [teoretické základy a metodika]*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 313 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-0873-2.
- RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0532-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. Učebnice (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-0646-2.
- ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie osobnosti: [obor v pohybu]*. Vyd. 5., rozš., V Grada Publishing 1. Praha: Grada, 2007, 196 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4711-744.
- SIKOROVÁ, Lucie. *Potřeby dítěte v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 208 s. ISBN 978-802-4735-931.
- SLEZÁČKOVÁ, Alena. *Průvodce pozitivní psychologií: nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Vyd. 1. Grada, 2012, 304 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4735-078.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost*. Vyd. 1. Překlad Eduard Bakalář. Praha: Grada, 2007, 160 s. ISBN 978-802-4717-333.

- SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 2. oprav. vyd. Brno: Barrister, 2007. ISBN 80-865-9865-9.
- SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník: [teoretické základy a metodika]*. 3. uprav. vydání, Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili : Tomáš Edelsberger ... [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H, 2000, 418 s. Sestra. ISBN 80-860-2276-5.
- STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie Přel. S. Ježek*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1999, 196 s. ISBN 80-858-3460-X.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
- ŠNÝDROVÁ, Ivana. *Psychodiagnostika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 143 s. ISBN 978-802-4721-651.
- ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., dopl. a upr. vyd. Praha: Parta, 2013, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-7320-187-6.
- VALENTA, Milan a Zdeňka KOZÁKOVÁ. *Psychopedie 1 pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 61 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1187-3.
- VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-732-0039-2.
- VALENTA, Milan. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-802-4738-291.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999, 444 s. ISBN 80-717-8214-9.
- VANČOVÁ, Alice. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiientia, 2001. ISBN 80-967180-7-X.
- VAŠEK, Štefan. *Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. ISBN 80-080-1217-X.

VÁŠEK, Štefan, VANČOVÁ, Alice a HATOS, Gyula. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 1999. ISBN 80-967180-4-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty: [teoretické základy a metodika]*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-731-5134-0.

VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-731-5071-9.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Sestra. ISBN 978-802-4720-685.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. ISBN 978-802-4740-621.

Základy speciální pedagogiky. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1479-1.

Webové stránky

Česká alzheimerovská společnost. [online]. 2014 [vid. 6. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky/>

Domov se zvláštním režimem Jedlí. [online]. [vid. 1. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.domovjedli.cz/o-nas>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Uzis.cz [online]. 10. září 2013. [vid. 30. listopadu 2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F70-F79.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Uzis.cz [online]. 10. září 2013. [vid. 30. listopadu 2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/Q65-Q79.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Uzis.cz [online]. 30. června 2009. [vid. 25. března 2014]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Uzis.cz [online]. 1. dubna 2014 [vid. 5. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Uzis.cz [online]. 1. dubna 2014 [vid. 5. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/G30-G32.html#G30.0>

Vincentinum. [online]. [vid. 2. dubna 2014]. Dostupné z: <http://www.vincentinum.cz/>

Elektronické články

CHLOUBOVÁ, Helena. Reintegrace seniorů zpět do přirozeného prostředí. Zpravodaj ústavů sociální péče. [online]. 2005. s. 22-23 [vid. 10. března 2014]. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

KOHOUTEK, Rudolf. Rodina a saturace psychosociálních potřeb. Psychologie v teorii a praxi. [online]. 2009. [vid. 15. března 2014]. Dostupné z: <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0911/rodina-a-saturace-psychosocialnich-potreb>

MASLOW, Abraham. A theory of human motivation. Psychological Review, 50(4) [online]. 1943. s. 370-396 [vid. 14. listopadu 2013]. Dostupné z: <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

Právní předpisy

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání.

Seznam tabulek, obrázků, grafů

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Přístupy k definování mentálního postižení dle J. Slowíka

Tabulka č. 2: Klasifikace mentální retardace dle MKN-10

Tabulka č. 3: Klasifikace tělesného postižení a zdravotního oslabení dle J. Slowíka.

Tabulka č. 4: Přehled psychogenních potřeb Henryho Murraye

Tabulka č. 5: Přehledná hierarchie potřeb dle Vladimíra Smékala

Tabulka č. 6: Dům životních potřeb Heleny Chloubové

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1: Schéma dělení pohybových vad dle Jarmily Pipekové

Obrázek č. 2: Fáze rozhovoru podle Ivana Úlehly

Seznam grafů:

Graf č. 1: Model Coveyovy teorie potřeb

Graf č. 2: Maslowova pyramida potřeb

Seznam zkratek

AAMD: Americká společnost pro mentální deficienci

AAMR: Americká asociace pro mentální retardaci

CNS: Centrální nervová soustava

DMO: Dětská mozková obrna

DSM: Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch

MKN: Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO: Světová zdravotnická organizace

Seznam příloh

Příloha č. 1: Komunikační tabulka uživatelky Vincentina

Příloha č. 2: Formulář zaznamenávání bolesti uživatele Domova se zvláštním režimem Jedlí

Příloha č. 3: Přepis polostrukturovaných rozhovorů

Příloha č. 4: Přepis skupinového interview

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Nadřa Petrová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Jiří Kantor, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014
Název práce v češtině:	Potřeby osob s těžkým stupněm tělesného a mentálního postižení v zařízení sociálních služeb
Název práce v angličtině:	The needs of hard handicapped people in the institutions for people with disabilities
Anotace práce:	Diplomová práce je zaměřena na hierarchii lidských potřeb u osob s těžkým postižením. Teoretická část se věnuje mentálnímu, tělesnému a těžkému postižení. Dále se zabývá teoriemi lidských potřeb. Praktická část je věnována kvalitativnímu výzkumnému šetření s použitím polostrukturovaného rozhovoru a skupinového interview. Cílem práce je zmapovat uspokojování lidských potřeb u osob s těžkým mentálním a tělesným postižením a u osob s Alzheimerovou chorobou.
Klíčová slova:	Mentální postižení, tělesné postižení, těžké postižení, kombinované postižení, lidské potřeby
Anotace práce v angličtině:	The thesis is focused on the hierarchy of the human needs of people with severe disabilities. The theoretical part deals with the mental, physical and severe disability. The thesis also deals with theories of the human needs. The practical part is devoted to qualitative research investigation using a semi-structured interview and a group interview. The aim is to map the satisfaction of the human needs of people with severe mental and physical disabilities and of people with Alzheimer's disease.
Klíčová slova v angličtině:	Mental disability, physical disability, severe

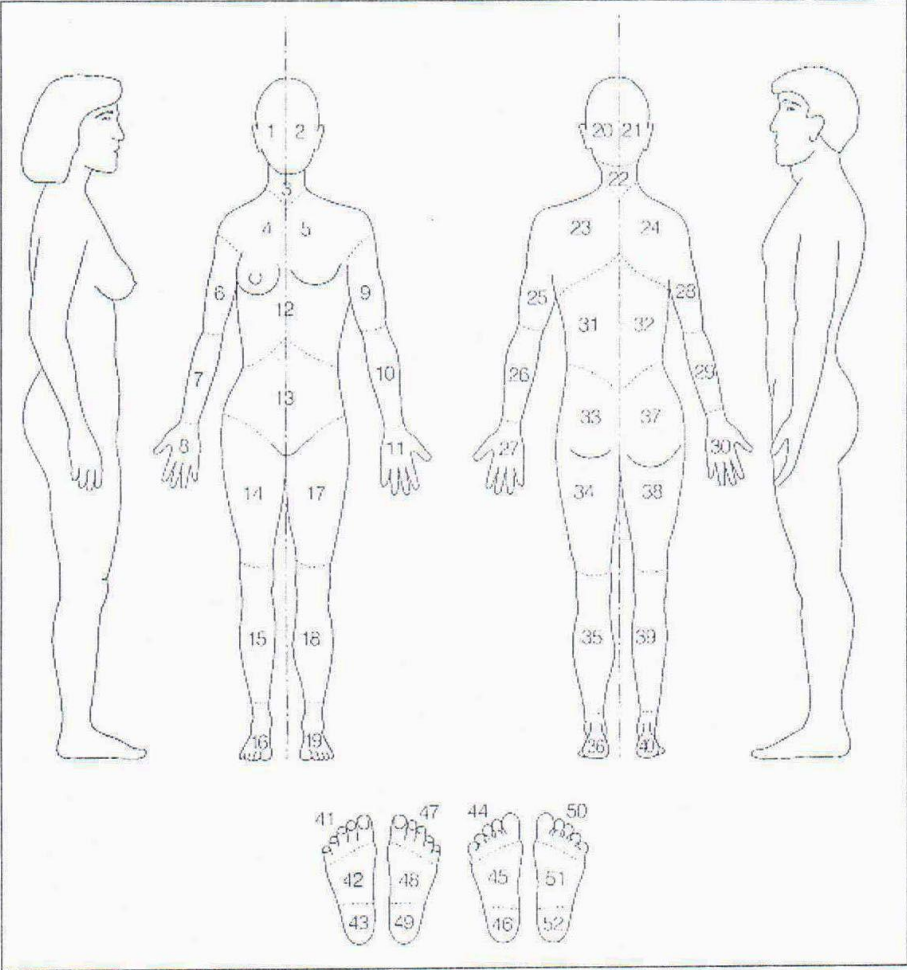
	disability, multihandicap, human needs
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1: Komunikační tabulka uživatelky Vincentina</p> <p>Příloha č. 2: Formulář zaznamenávání bolesti uživatele Domova se zvláštním režimem Jedlí</p> <p>Příloha č. 3: Přepis polostrukturovaných rozhovorů</p> <p>Příloha č. 4: Přepis skupinového interview</p>
Počet stran:	84
Jazyk práce:	Český

Příloha č. 1: Komunikační tabulka uživatelky Vincentina

Kdy se děje toto	Co dělá, jak se projevuje	Myslíme si/víme, že to znamená	Měli bychom udělat toto
Kdykoliv	Křičí a vybíhá z místnosti	Vyjadřuje tím nějakou nespokojenost	Zjistit důvod a příčinu – např. při menses první 2 dny jsou vhodné léky tlumící bolest, dle doporučení lékaře – vždy klidně hovořit a snažit se pomoci a porozumět
Kdykoliv	Křičí a napadá ostatní uživatele	Je nespokojená – může mít hlad, žízeň, potíže s odchodem plynů, stolice	Nabídnout nápoj či dietní pochutinu (piškot), nabídnout návštěvu toalety či teplou sprchu
Kdykoliv	Když kouše do matrace	Má žízeň nebo jí bolí břicho, zlobí se	Podáme teplé nápoje (čaj, sójový nápoj)
Kdykoliv	Huláká bez jasné příčiny	Není na oddělení klid	Snažíme se o klidnou atmosféru na domově pomocí líbivé muziky, příjemných hovorů, rozptýlení pozornosti. Navrhne pokoj, který si uživatelka sama vyhledala jako své bezpečné místo klidu pro svoji duši a tělo. Pokoj je stále volně k dispozici a klíče visí vždy v kanceláři.
Kdykoliv	Je sama v pokoji a křičí	Nechce, aby ji někdo rušil	Dbáme na to, aby k ní ostatní nechodily

**Příloha č. 2: Formulář zaznamenávání bolesti uživatele Domova se zvláštním režimem
Jedlí**

Bolest

Charakter bolesti	Lokalizace bolesti									
<p>neurčitá</p> <p>tupá</p> <p>bodavá</p> <p>hlodavá</p> <p>píchavá</p> <p>vystřelující</p> <p>ostře řezavá</p> <p>pálivá</p> <p>palčivá</p> <p>bolest na dotek</p> <p>tíživá</p> <p>škubavá</p> <p>svíravá</p> <p>kroutivá</p> <p>kolikovitá</p>										
<p>Zavedená terapie</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> farmakoterapie</td> <td><input type="checkbox"/> polohování</td> <td><input type="checkbox"/> úlevová poloha</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> obklady</td> <td><input type="checkbox"/> vhodná RHB</td> <td><input type="checkbox"/> vhodné ATD pomůcky</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> prvky BS</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> farmakoterapie	<input type="checkbox"/> polohování	<input type="checkbox"/> úlevová poloha	<input type="checkbox"/> obklady	<input type="checkbox"/> vhodná RHB	<input type="checkbox"/> vhodné ATD pomůcky			<input type="checkbox"/> prvky BS
<input type="checkbox"/> farmakoterapie	<input type="checkbox"/> polohování	<input type="checkbox"/> úlevová poloha								
<input type="checkbox"/> obklady	<input type="checkbox"/> vhodná RHB	<input type="checkbox"/> vhodné ATD pomůcky								
		<input type="checkbox"/> prvky BS								
<p>Stupně bolesti</p>										
<p><u>Jiné (aktuální změna)</u></p>										

Příloha č. 3: Přepis polostrukturovaných rozhovorů

Polostrukturovaný rozhovor č. 1 a č. 2

Co klienti nejvíce potřebují? Jsou jejich potřeby definovány v individuálních plánech?

R1: Mezi ty základní potřeby, pokud se bavíme o lidech se středně těžkou a hlubokou mentální retardací, patří potřeba zajištění základních životních funkcí.

R2: Potřeba bezpečí, vztahu.

R1: Ale v podstatě, když se bavíme ve vztahu k této práci, tak je to o té ošetrovatelské práci, oni své potřeby nevyjadřují klasickým způsobem jako běžná populace, je tam hodně potřeba empatie od klíčového pracovníka, což je pracovník, který se o klienta stará a měl by nejvíce vycítit jeho potřeby. Většina z těch klientů, o kterých je řeč, nekomunikuje, verbálně většinou vůbec, aspoň podle mých zkušeností a klientů, které znám, a když, tak je to na vztahu klienta a pracovníka, jak pracovník dokáže jeho potřeby z té neverbální komunikace vystihnout. Tyto potřeby jsou pravidelně zanášeny do individuálního plánu uživatele služby, kdy se cíle dělí na dlouhodobé a krátkodobé, a hodnotí se u těchto klientů jednou za půl roku. Ty delší cíle většinou zůstávají stejné, protože opravdu dochází k malým změnám, ale jsou i krátkodobé cíle, které se hodnotí většinou jednou za 3 měsíce.

R2: Daleko větší podíl má právě ta neverbální komunikace, protože oni se neumí slovy vyjádřit. Samozřejmě prožívají, mají pocity, vyjadřují je svým osobitým způsobem, ale na ten jejich způsob se musí přijít a to je právě ta empatie. Ale chci zdůraznit hledisko dodržování lidské důstojnosti, i člověk, který je v takovém stavu, že je různě pokřiven, že nemluví, že sám nepřijímá potravu, že musí být přebalován, umýván, je člověk se stejnou důstojností jako ti pracovníci. Z toho my musíme vycházet a s tím souvisí empatie, ale empatie v tom smyslu, že to je empatie, která opravdu nenadělá medvědí službu, ale že to je empatie, která vychází ze základních potřeb a pocitu. A i když nemluví, je to o určitém vnímání člověka, té jeho pozice, vnímání jeho způsobu vyjadřování, protože když oni nejsou schopni, neumí se verbálně vyjádřit, tak mají samozřejmě různé instinkty, určité pudové chování, oni pudově reagují na různé situace a právě zdravou empatií můžeme zjistit, na co a jak reagují, a pak příště můžeme komunikaci navázat, může to být dotek, pohled, výkřik, zaškubání, úsměv, časem se zjistí, na co ta reakce je anebo na co ten člověk reaguje kladně a na co záporně. Může se třeba zjistit, že nemá rad horkou stravu, nebo nějaký typ stravy, nebo určitého pracovníka, nebo že mu vadí, když někdo zvyšuje hlas nebo že je otevřené okno, ale to se nezjistí okamžitě.

Jakým způsobem tito klienti tedy komunikují?

R1: My tady máme vytvořeny komunikační tabulky pro klienty, kteří verbálně nekomunikují. Nejdřív máme vyjádřeno „kdy se to děje“, u některých klientů se to děje ráno, u jiných kdykoli ta situace nastane, dále „jak se projevuje“, třeba křičí, vybíhá z místnosti, nebo křičí a napadá ostatní uživatele, kouše do matrace, nebo když jenom křičí, nebo když je sama v pokoji a přesto křičí. Dále máme „co si myslíme nebo víme, že to znamená“, například že je nespokojená, většinou hlad, žízeň, potíže s odchodem stolice a plynů, a teď „jak se zachováme, aby se situace zmírnila nebo vyřešila“, takže je zde postup pro pracovníky.

Takže jsou vytvořeny komunikační tabulky pro všechny klienty?

R1: Ne pro všechny, pro ty, kteří je potřebují.

R2: U těch těžce a hluboce postižených prakticky u všech, v rámci individuálního plánu.

R1: Individuální plán klienta, všechno je zakládáno, jsou zde popsány schopnosti, dovednosti v úrovni komunikace, v sebeobsluze, ve stravování, v časoprostorové orientaci, záliby, sociální kontakty, plus ta komunikační tabulka, a ta je velice důležitá u těchto klientů.

Co se týče fyziologických potřeb, má klient možnost vybrat si, kdo se o něj postará?

R2: Možnost by měl, ale on to zas tak nevyjádří, on vyjádří pouze libost a nelibost, jestli mu někdo vadí nebo nevadí, ale jestli by měl možnost si vybrat, no to je limitováno, je zde třísměnný provoz, pracovníci se střídají na směnách.

R1: Klient je jednou v zařízení, musí se prostě přizpůsobit. Není to jako péče doma, kde si vyberu nebo jsem s člověkem, kterého mám rád. Není to tak, že by měl averzi vůči nějakému pracovníkovi. Třeba klient se na některého více směje, je živější, jde cítit, že je mu víc fajn.

R2: Třeba uslyší hlas pracovníka a pozitivně zareaguje, na někoho nezareaguje. Ale třeba pohledem, úsměvem, i ten dotyk, samozřejmě při tom přebalování, tam je to hlavně o tom dotyku, a o kontaktu, a o taktu pracovníka. Někdo jedná pěkně, protože to má ve své povaze, někdo, ač to nemyslí zle, tak je takový víc hrr, tak jak jsme každý jiný, tak už je to takové rychlejší a to se nemusí klientovi líbit, tak se na něj neusměje. Nestalo se to ještě, ale pokud by byla nějaká vyjadřovaná averze, že by se mohl třeba nějak poškozovat a zjistilo se, že je to na toho pracovníka, tak se to určitě objeví v plánu a i na té směně se to zařídí tak, aby ten pracovník tam nešel, na směně je pracovníků několik, jde to zařídit.

Když jste mluvil o důstojnosti, když se například vyměňují pleny, má klient soukromí?

R2: Je to všechno ošetřeno ve standardech kvality sociálních služeb samozřejmě. Soukromí, že by zde v této budově byly jednolůžkové pokoje, to nejde, ale řeší se to paravanama, jsou postele, mezi nimi jsou látkové paravany, u schopnějších klientů jsou to na kolečkách stěny, jak harmonika, které se složí, a když se přebaluje, tak se oddělají. U klientů, kteří se nehýbou a nepotřebují tolik místa, jsou postele a paravany teleskopické z nerezů s látkami, teleskop se vytáhne a to se zakryje. Takže ta intimita tam je, je to řešeno.

Jakým způsobem jsou uspokojovány zdravotní potřeby, jako je fyzioterapie?

R1: Fyzioterapie určitě.

R2: Je to vždy po domluvě s lékařem, který řekne: tento člověk by potřeboval to a to rehabilitovat. Na základě jeho doporučení si ho převezmou naši rehabilitační pracovníci, kteří jsou v suterénu, ti chodí cvičit za nimi, nebo si je většinou převážejí na rehabilitační oddělení. Jsou tam parafíny, prohřívání, infrasauna, kam může klient vjet i s vozíkem, ultrazvuk, balony, polohování.

R1: Pracovnice mají základy Vojtovy metody, aplikují zde tyto metody, ale co se týká spíše relaxace, uvolnění a toho, co přispívá k pozitivnímu zdravotnímu stavu klienta. Pak jsou speciální metody, jako je bazální stimulace, snoezelen terapie a prenatální terapie. Toto všechno se využívá.

Co se týče bezpečí, co může klientům pomoci k pocitu bezpečí? Může Domov pro osoby se zdravotním postižením nahradit rodinu?

R2: Domov pro osoby se zdravotním postižením nedokáže nahradit rodinu. Musíme uznávat lidskou důstojnost, to je základ a z toho se pak odráží všechno. Pokud by nějaký pracovník klientům nepřisoudil důstojnost, tak to chování a všechno bude úplně špatně. Pokud nebudeme člověka uznávat jako člověka s lidskou důstojností, tak se pak odvíjí všechno jinak, i ten kontakt. Podle mne je důležité v první řadě uznávat lidskou důstojnost, a z tohoto pak pramení pěkně oslovovat, pěkně se bavit, dotyky. To je to, co tomu člověku může dávat pocit bezpečí, také je pro ně důležité, pro ten pocit bezpečí, že klienti mají své stálé místo, určité rituály vytvořené během dne. Oni už pak ví, že když jsou najezení, přebalení, že je pracovníci odvezou na vycházku nebo někam, pak se zase vrátí do toho prostředí. I když nelze zajistit stejný personál, protože se střídají, tak lze zajistit určitý stejný režim a to už je pro ně taky bezpečí.

R1: Co se ještě týče toho personálu, tak i když to není vždycky v naší moci, pokusit se jej

co nejméně měnit v časových úsecích. Jakmile se mění stále lidi z úřadu práce, neustále někdo nový, klienti kolikrát jednoho člověka, takového toho vetřelce, který tam přijde nový, tak to může klienty rozhodit. Byť je úroveň mentálních schopností nízká, tak na některé to má hodně vliv, vycítí to. Neříkáme si tety a strejdové, ale určitě je potřeba, aby tu ten pracovník několik let byl, taky je to pro ten pocit bezpečí.

R2: Ono lze přebalit deset klientů beze slova promluvení, co se týče ošetřovatelského a zdravotnického postupu včetně namazání proti dekubitům bez výtky, stoprocentně, ale také lze tu samou činnost udělat a promluvit u toho, pohladit, to si myslím, že to je ten pocit bezpečí a jistoty, to jsou jediné jistoty, které vnímají. To je ta bazální úroveň, přes kterou oni dostávají informace, to je to jejich vnímání.

R1: Je neuspokojí nějaká aktivita sociálního rázu, sociální začleňování, jsou rádi na sluníčku, že jsou venku, jim to dělá dobře, ale že by měli uspokojení z toho, že jeli do cukrárny. Je možný, že si vůbec nevšimli, že někde byli, jen obrovský zmatek vnímají.

Navštěvuje klienty rodina?

R2: My jsme zařízení s celoročním pobytem a jsou tu většinou klienti, o které rodina nemá zájem, úplně se jich zřekli.

R1: U některých klientů chodí rodina třeba jednou za čtyři měsíce na návštěvu, za jedním klientem chodí co 14 dní, u některých vůbec.

R2: Opatrovníkem je soudem stanovené město a ti rodiče se jich zřekli hned po narození. Ale většinou jsou bez kontaktu s rodinou.

A co potřeba lásky?

R2: To je ten základ, který souvisí s lidskou důstojností, tak se buduje vztah, nesmí to být nějaká opičí, rozmazlovací, ale takový ten zdravý vztah. I když ten personál nechce, tak se tam stejně vybuduje.

Jak oni reagují?

R2: Úsměvem, oni dokážou, když je jim něco příjemné, třeba hlas člověka, tak se usmějí nebo to dají nějak najevo.

R1: Nebo někteří nereagují vůbec. Nebo naopak třeba já řeknu klientce „dobré ráno“, a klientka vás počastuje naprosto vulgární odpovědí, jí je úplně jedno, že jste se na ni usmála. I takový je kontakt, je to velice individuální. Někdy je ta práce těžká, nenaplňuje vás, nic se nevrací, ne všichni klienti se usmějí, někteří jsou apatičtí, a pak je těžké vytvořit něco

do individuálního plánu, u apatických nebo agresivních.

R2: U agresivních je to úplně těžké, každá dobrá snaha je oplacena agresí nebo úderem, kolikrát je to těžká práce. Je to velice individuální, každý to má jinak, podle potřeb, co se mění, to se zapíše do plánu. I snoezelen má nejen relaxační smysl, ale i k navození a navázání kontaktu, působí na všech pět smyslů, různě se obměňují, sleduje se, vyhodnocuje se, na co daný klient reaguje, a pak přistoupit na kontakt. Snoezelen může také dopomoci k nějakému kontaktu a pak se dá rozvíjet. U některých je to běh na dlouho trať a oni třeba reagují, ale nenajde se tam spojnice, čím reagují. Někdy je to těžký.

Mají takto postižení klienti potřebu sociálního kontaktu?

R2: Ležící klienti vnímají změnu, že někam jedou, ale jestli jedou do cukrárny nebo do lesa... Oni vědí, že se budou oblékat, vědí, že se někam půjde, že pracovník na ně mluví, vědí, že je předělává z postele nebo z koberce na kočár, a to už vědí, že někam jedou. Ale že by pochopili nebo vnímali cukrárna, město, les, to ne. Oni vnímají, to že se s nimi něco děje, to je všechno na tom vztahu. To jsou klienti s IQ kolem 20, na té nejnižší úrovni. Takže vůbec ten kontakt.

Mají klienti potřebu seberealizace? Jaké jsou jejich možnosti?

R2: Díky bazální stimulaci se zjišťuje jak kontakt, tak čeho je klient schopen. Když se zjistí, že by dokázal něco uchopit, tak se bude rozvíjet úchop, a to bude třeba maximum a bude se to třeba dělat 10 let a dál se nedostaneme. A vůbec to, že něco uchopí nebo dostane nějakou hračku, to se také dělá ve snoezelenu, že se dávají pytlíky s hrachem, s vůněmi, a co se zjistí, pak se rozvíjí.

R1: Ale oni nemají potřebu seberealizace. Otázka je, co by pro ně seberealizace znamenala, to my nevíme.

R2: Co by pro ně seberealizace znamenala, nevíme. Klienti s těžkým postižením neumí vyjádřit potřebu seberealizace. Vzhledem k té hloubce postižení, nemají možnost se realizovat.

R1: V hlavě mají třeba nějakou myšlenku, ale to tělo je paralyzuje. Ale nevíme.

R2: Ani nedokážeme odpovědět na otázku, co je pro ně seberealizace.

Jaké aktivity by bylo možné začlenit do individuálního plánu pro tyto klienty?

R2: Pokud zjistíme, třeba ve snoezelenu, že se mu podávají věci, a zjistíme, že je schopen a vnímá to, když mu do ruky vložíme hračku, budeme ho motivovat a on ten úchop udělá, tak si můžeme dát do plánu, že tam je náznak úchopu a budeme pokračovat, uděláme

si metodiku a budeme mu vkládat hrubé předměty, aby je podržel, menší předměty. Pak se může zjišťovat, jestli by hmatal míček, látky, pytlíky s různými věcmi, a to zároveň stimuluje, když je tam různorodost materiálů. Pokud by se dalo mluvit o seberealizaci, tak by se dalo říct, že to je jeho rozvoj, ale to mu musí naplánovat pracovník, který to zjistí.

R1: My jsme to vydedukovali a stimulujeme ho, ale nevíme, jestli on to chce.

R2: Stimulujeme klienta v tom, co zjistíme.

R1: Když víme, že je rád na sluníčku nebo má libé pocity, když jede autem, tak do individuálního plánu zařadíme výlety.

R2: Když jiný klient má třeba rád rádio, nějakou příjemnou hudbu, oni si tak vrní, to je poznat. Když by „rozhazovali“ nohama, tak poznáme, že se jim to nelíbí. Jejich seberealizace je vlastně v naplňování základních potřeb.

R1: To je vlastně hlavní cíl – kvalitní uspokojování základních potřeb a stimulace. Někdo má rád perličkovou koupel, tak cílem bude zvýšit perličkovou koupel na 3x do měsíce místo 2x, aby si to užil. Víme, že to má rád, tak naším cílem bude dopřát mu to.

Jakým způsobem je pak klient oceňován?

R2: Motivace je stejná u všech, jen se přizpůsobí mentální úrovni. U nich bude motivace verbální, ale spíše reagují na tón hlasu než na obsah slov. Hlasem, pohlazením, dotykem. Odměňování sladkostmi už hraničí, často jsou na kašovitě stravě, neumí polykat. Takže spíše nemateriální odměny.

R1: Ocenění za spolupráci, slovně pochválíme.

A co pomáhá k tomu, abyste porozuměli jejich potřebám?

R2: Musíme je poznat, poznat klientovy reakce, poznat potřeby. To je dlouhodobé pozorování, empatie, vypořizovat, na co a jak reagují. Něco se pozná brzy, něco ne. Když nedají zpětnou vazbu, odpověď, tak se nepozná, že jim něco nedělá dobře.

Jsou jejich potřeby tedy stejné jako naše?

R1: Ty základní potřeby na nižší úrovni ano. Ale potřeba sociální sféry, sounáležitosti, tam chybí ambice. Vzhledem k hloubce postižení je to nesrovnatelné.

R2: Lidé s mentálním postižením mají v zásadě lidské potřeby totožné s ostatními lidmi a jsou puzeni k tomu, aby je stejně jako ostatní lidé saturovali. Ale mentální postižení představuje ztěžující bariéru porozumět jejich vnitřnímu životu. Mají stejné potřeby, jsou puzeni k tomu je uspokojovat, ale problém je porozumět jejich vnitřnímu životu. Musíme usuzovat z jejich

pudových projevů a ze zvnitřněných stereotypů chování, k tomu pak se využívá empatie. Samozřejmě citová potřeba je třeba daleko důležitější než biologická. A biologická potřeba se dá lépe zajistit než citová v těchto zařízeních. Než se s člověkem začne pracovat po té „duchovní“ stránce, tak nejdříve musí být naplněny základní potřeby. To už věděly sestry Boromejky, když přivezly do Vincentina nějakého chovance plného vředů, v zuboženém stavu, tak mu nejdříve musely dát najíst, napít, odšivit ho, vydezinfikovat ho, okoupat ho, obléct ho. Až se trochu zklidnil a tohle bylo uspokojeno, pak teprve mohly začít pečovat o jeho duši.

Jsou v Domově uspokojovány všechny potřeby?

R1: Ano, doufáme že ano.

Polostrukturovaný rozhovor č. 3

Jsou potřeby klientů s těžkým postižením stejné jako naše?

Ano, určitě ano, mají stejné potřeby.

Jsou u klientů uspokojovány všechny potřeby?

Ten základ určitě splňujeme. U klientů s vysokou mírou podpory se zaměřujeme úplně na ty nejnižší potřeby, do těch vyšších jako sociální potřeby se moc nedostaneme, ale ty základní potřeby jsou náš prvořadý cíl je uspokojit. Bezpečí to je taky moc důležité.

Jakým způsobem jsou uspokojovány hygienické, intimní a sexuální potřeby?

Hygienické potřeby jsou uspokojovány, nejsou schopni se sami umýt, oni nic nerozeznávají, že jsou ušpinění, že je zima, to nejsou schopni pochopit. Musíme všechno dělat my, to je na nás. Sexuální potřeby mají, to máme vyzorováno, a snažíme se jim nechat prostor. Jsou to i klienti ležící na lůžku, je to vyzorované, umožníme jim to, nevstupujeme tam, necháme jim rozepnutou plenu, když vidíme, ale nesnažíme se do toho zasahovat.

A má klient možnost vybrat si, kdo se o něj postará, například co se týká péče (výměna plen)?

Klient si nemůže vybrat.

Stalo se, že by klientovi nějaký pracovník nepasoval?

Pracovnice jde za tím klientem, s kterým si rozumí. Nemáme tu žádnou pracovníci, která by byla někomu nepříjemná, nevypozorovala jsem, že by byl nějaký špatný vztah mezi klientem a pracovníci, až takový, že by klient z toho byl nešťastný.

Jak poznáte, že se klientovi něco líbí a nelíbí?

Je to o řeči těla, je to dlouhodobý proces, musíme je dobře znát, abychom vyzorovali, co která mimika znamená, je to o velkém poznání.

Jak dají najevo, že se jim něco líbí?

Mnozí se usmějí, jsou uvolnění, spokojení, nevidíte v nich napětí, jsou fajn.

A naopak když se jim něco nelíbí?

To poznáte. Zčervenají, zrychleně začnou dýchat, mohou se i sebepoškozovat, že si začnou kousat do ruky nebo tlouct do hlavy, poznáte to.

Co se týká potřeby bezpečí, jak je zde uspokojována? Jsou klienti v kontaktu s rodinou?

Většinou nejsou klienti v kontaktu s rodinou, ale někteří ano, mají spolu hezký vztah, když rodiče přijedou na návštěvu, tak to na klientech poznáte, že už od dveří vnímají, že je to to jejich, to spolu mají hezký vztah jen pár jedinců. Jinak tu rodinu zastupujeme my, a tu nejbližší rodinu zastupuje klíčový pracovník, stane se náhradou rodiny, za toho klienta se pak snaží lobovat všemi způsoby.

Máte s klienty nějaké rituály?

Pravidelný režim je u nás každý den. Ale že by rituály. Nenazvala bych to rituály.

Jakým způsobem se dají klienti motivovat? Co se používá, aby klient spolupracoval?

Když klient nechce, tak jej nenutíme. Snažíme se s nimi pořád příjemně vystupovat. Nelákáme ho. Nic mu neslibujeme.

Jak je uspokojována sociální potřeba?

S našimi imobilními klienty se ven moc nedostaneme. My se dostaneme ven moc málo, takže z toho máme radost všichni, klient i pracovník. Klient není schopen navázat vztahy, ale má radost, že je venku, protože jsme venku minimálně. Spíš vyvoláváme v okolí takové reakce, že jsme třeba byli v restauraci na obědě a paní majitelka přišla a dala nám všem pohár zadarmo, okolí se k nám chová velice pěkně, když se tedy někam dostaneme.

Co zázemí?

Naši klienti jsou rádi, když mají to svoje jistý, když mají svůj pokoj, mají tam své známé tváře, protože na těch našich tvářích a tvářích spolubydlících jsou závislí. Nemají rádi změny a nenadálé situace. Žijí rádi v poklidu a v tom svém známém. To zázemí je pro ně určitě důležité.

Jakým způsobem komunikují?

Klienti většinou verbálně nekomunikují. Jen řeč těla, mimika.

Jak komunikují s ostatními klienty?

Ti šikovnější mají mezi sebou jednoduchá gesta, kterými si dají nějakou tu zprávu.

Jak dáváte klientům najevo lásku? A oni vám?

My zaměstnanci dáváme ze sebe hodně. Klienti nám to vracejí obvyčejněma věcma, jako je úsměv, nebo vás chytí za ruku. Lásku jim projevujeme tím, že se o ně tak staráme, jak se staráme. Ale oni už jsou fakt jak naše děti, my, co tady pracujeme deset, dvacet let, tak už je jinak nevnímáme. Máme s nimi moc hezký vztah. Nenechali bychom jim ublížit nebo aby se jim dělo něco zlého, opravdu za ně bojujeme, aby jim to bylo dobře. I když nám to kolikrát nevyjde, snažíme se a hledáme pořád něco, aby jim tu bylo dobře. Je to hrozně těžké, ale snažíme se.

Jaké jsou možnosti klienta se rozvíjet, mám na mysli potřebu seberealizace?

Je to o dlouhodobém pozorování. U mnohých klientů s vysokou mírou podpory nemůžeme čekat nějaké zázraky, nikam se to neposune dál, jsme rádi, když to zůstane na té úrovni, jaké to je. To dá taky kolikrát hodně práce.

Když se zjistí, že by se dal klient nějakým způsobem rozvíjet, jak se pak postupuje?

Když jsme začínali, tak všichni klienti byli krmení. U mnohých klientů jsme dokázali, že se najedí sami. Trvalo to dlouho a dalo to hodně práce, než se naučili, že tu lžičku mají držet atd., a to se nám u hodně klientů podařilo a myslím, že je to docela velký úspěch a v tom jejich životě posun, že se sami najedí. Snažíme se je vést k samostatnosti během dne ve všech činnostech, i u koupání, čištění zubů. U mnohých je to s velkou dopomocí, ale někdy se ten zázrak stane a máme radost. Třeba jednou přijdete a budou si všichni čistit zuby a umývat pusy. Snažíme se je k tomu vést, a buď se to podaří, nebo ne. U toho krmení se tu 11 klientů nají samo, a předtím byli všichni krmení.

Jak dlouho to trvalo?

Roky. Taky dá někdy hodně práce změnit názor pracovníků, ono je to rychlejší toho klienta nakrmit, než u něho stát a vydržet a mít ty nervy na to, než to nabere, než si to do té pusy dá. To není špatně, že to nechcou, prostě to chtěou rychle, nakrmí toho klienta a myslí to s ním dobře, a on chudák potom neměl šanci se to sám naučit. Ale když se tu pak sešla parta lidí, kteří na to trpělivost mají, a musí to chtít opravdu všichni, tak se to u někoho zadaří, u někoho ne. Je to takový náš úspěch, je to obvyčejná věc, že? U nás ale větší zázraky nelze očekávat.

Jakým způsobem je pak klient oceňován?

Slovně ohodnotíme, řekneme, že máme velikou radost. Dá se to pak využít, když slaví třeba narozeniny, konkrétně u toho jídla, že se mu koupí dort nebo zákusky a on si je sám sní,

tak jej slovně pochválíme, že je šikovný, že si to sní sám.

Co klienti tedy nejvíce potřebují?

Jak normální člověk. Někam patřit, aby je měl někdo rád, aby se s nimi zacházelo slušně, na úrovni, aby nebyli ponižováni. Obyčejný věci.

Myslíte, že to jsou stejné potřeby jako naše?

Ano. Myslím, že by měla být zachována důstojnost, a s tím je všechno spojené.

Jsou jejich potřeby vymezeny v individuálních plánech?

Ano, jsou. Plánujeme hlavně uspokojování základních životních potřeb. Potom rozvoj smyslů, prostřednictvím kterých s nimi můžeme navázat kontakt. Každý člověk je jiný. S někým se dohodujeme přes hudbu, s někým přes vkládání předmětů do rukou, to máme vyzozorované, s někým se můžeme více sblížit přes vestibulární stimulaci, že se rád houpe, to jim tam naplánujeme, někdo má rád vodu, tak máme naplánováno, že se déle koupe, že si to více užije, chodí do perličky, zařídili jsme mu návštěvu bazénu atd.

Příloha č. 4: Přepis skupinového interview

Skupinové interview

Co uživatelé nejvíce potřebují?

R1: Určitě je to pocit bezpečí, jistota, musíme na ně pomalu, aby neměli nic unáhleného, aby všechno probíhalo v klidu, aby nebyl vyvíjen nátlak, to je nejdůležitější, to je od rána do noci.

R2: Já si myslím, že pro ně je nejdůležitější řád, aby věděli, kde mají pokojíček, aby nebloudili, proto se zde vše označuje, a taky známé tváře. Na koho se upnou ze začátku, tak máme pocit, že nás pak vyhledávají, takové to „aha, ta tu byla, ta je hodná“, protože si to pamatují. Taky pocit jako doma.

R3: Milý zacházení.

R2: Křestní jméno, oslovovat křestním jménem.

R3: Ony se nepamatují, jak se jmenovaly vdané, lidi se vrátí zpátky do dětství.

R1: Oni vůbec nereagují na příjmení.

R2: Jak je Maslowova pyramida, tak tady je to úplně obráceně. Kdyby nejedli dva dny, tak oni to nevědí. To že jedli před půl minutou, to si nepamatují. To není podstatný. Podstatný je chovat se k nim pěkně, vědět, že tady jsou doma.

R1: Nastavený řád, režim, klienti hodně spí. Kvůli této chorobě potřebují dost spánku. Oni spí třeba 12 hodin a to je ráno nemůžeme ani vzbudit, tak je chodíme polohovat, ale prostě pořád spí. My ho umýváme, oblečeme, ale snídaně uživatele tak unaví, že si jde po snídani zase lehnout. Nebo zase někdo odpoledne spí. Oni chtějí mít klid, chtějí odpočívat.

R2: Uživatele aktivizujeme dopoledne, a odpoledne už jen někoho, v sobotu téměř neaktivizujeme, není muzikoterapie, cvičení, protože všichni spí, jsou unavení, vyčerpaní. Co se týče kontaktu s rodinou – nemyslím si, je to individuální. Ten kdo rodinu pozná, je rád, že ho navštíví, ale o to smutnější, když ho opouští. Potřebují cítit, že je tu nikdo nenechá napospas, tak je chytíme na ruku.

R1: Taky pocit bezpečí uživatele.

R2: Potřebují vědět, co se bude dít, takže pořád opakujeme, co se bude dělat, připomínáme.

R2: Bylo zvykem, že ve středu bývalo vždycky ráno sladké pečivo, ale jeden den bylo v úterý, nesla jsem teda paní koláček. Paní ví, že úterý je koupací den, a že ve středu bude koláček. Odškrtává si dny v kalendáři, a já přijdu, a ona říká: „Já jsem se dneska koupala, a vy mi nesete koláček, co je za den?“ Ji vykolejilo, proč ji nesu koláček, když má být až zítra, ona to tak má v hlavě, i když je seznámena s jídelníčkem, tak už to neví.

Myslíte, že jsou jejich potřeby stejné jako u intaktní populace?

R2: Ta nemoc potírá potřebu jídla a pití, není to ta špice, důležitý je klid a spánek, kdyby si měli vybrat, kdybych tu byla sama – tak oni půjdou za mnou všichni, než aby se šli najíst a byli sami. Je důležitý kontakt.

R1: Co se týče komunikace, každý to má jinak, někdo je na tom dobře – mluvíme s ním o rodině, ale s tou nemocí to ubývá, tak se pak soustředíme na konkrétní věci – jestli vstaneme, jestli se sama učeše, apod.

R2: Priority jsou jiné. Když se někomu věnuji víc, jen o tři minutky, když jsem s někým déle, tak je vidět, jak jsou rádi, potěší je to. Jedna paní má třeba ráda, když ji škrabu na zádech, nic jiného nepotřebuje. Jedna chce čokoládku, jedna frťana, jedna vás prosí, ať ji dnes neumýváte, ať se to nějak udělá, ať se nenamočí. Ty potřeby jsou jiné.

Co se týče managementu bolesti, jak uživatelé vnímají bolest? Existuje vytvořená metodika pro bolestivé situace?

R1: Co se týká bolesti, tak u nás je to záležitost sesterská. Sestra pokud získá informaci od personálu či sama zjistí bolest, zaznamená to do formuláře, který jí nabízí možnost lokalizace, a dál jde tato informace k lékaři, který s tím pracuje. Metodiku pro bolestivé situace máme rozpracovanou, je ve fázi dopilování.

Jsou uživatelé inkontinentní?

R2: Téměř všichni.

R1: Ze 45 uživatelů to zvládnou 2 částečně.

Jak se řeší intimita?

R1: Jsou na všech pokojích zástěny. Intimita je plně dodržována. Ani sebe nevidí, zástěny, koupelny, cedulky na dveřích, zavírání dveří, klepání. Problém je pak, když jsme někde jinde, mimo Domov. Já to pak postrádám. Třeba v nemocnici. Děsí mne to, když to někde není.

R2: Imobilní uživatele vezeme na koupacím lehátku do koupelny přes chodbu, oblečené, přikryté.

R1: Nejdříve je cedulka na dveřích „nevstupovat“, za dveřmi je zástěna a pak teprve uživatel.

R2: Máme dva pracovníky – ošetřovatele muže. Tam kde víme, že by to té ženě nebylo příjemné, tak tam nejdu.

R1: Nejde to v opačném případě. Mezi uživateli jsou i muži, ale tam to nejde, protože většina personálu jsou ženy, kdyby si to některý pán přál, tak by to bylo těžké. Ale ženy,

když nechcous ošetřovatele muže, tak jim to umožníme. Ale naopak by to bylo těžké.

R2: Ale s tím jsme se nesetkali, že by to nějakému pánovi vadilo.

Co sexuální potřeby?

R1: Zatím jsme to neřešili. Byl tu manželský pár a ti měli svůj pokoj. Jinak jsou tu sami a partnera nemají. Ale když tak se zatáhne zástěna.

R2: Byla tu třeba paní, že za ní přijel manžel, bylo jim to umožněno, ale uživatelka nechtěla.

Mají živatele možnost vybrat si pracovníky?

R3: Mají tu možnost, ale nedokážou to říct.

R1: Většinou jen, že třeba paní nechce muže. Ale jinak ne.

R2: Tito lidé jsou vděční.

R1: My se snažíme na ně být milí, důležitá je mimika, vždy s úsměvem a s legrací.

R2: Mezi sebou si dokážou dát najevo sympatie a nesympatie.

R1: Mezi sebou na sebe reagují.

R2: Já si uvědomuju, že se jednou pán bránil, prováděli jsme večerní hygienu, ohradil se, ale vím, že to bylo mnou, měla jsem soukromý problém, vím, že jsem byla ten stroj, neřekla jsem „sundám vám trenýrky“, ale sundávala jsem mu kalhoty zezadu a on se lekl a otočil se a chtěl mne uhodit, můžu si za to sama. To byla jasná reakce, sama nemám ráda někoho zezadu.

R1: Důležité je používat tu mimiku hodně často. Já se usměju a uživatelka ví, že to je na ni. Když oni něco nechcous, tak musíme používat figle.

R3: Nebo je uplatit čokoládou.

R1: Záleží co, když potřebuji, aby jedla, tak musíme použít figl, ale když chce spát, tak ať spí. Když vím, že snídani nesnědla, a uživatelka říká „ne, mně to za chvíli jede“ tak já řeknu „v klidu se nasnídejte, jede vám to až za hodinu.“ Takový trochu herectví tady máme. Nechceme je zesměšňovat, ale ta paní se nenají, když si myslí, že jí za chvíli jede autobus. Nemůže se jí říct, že je tady v Domově, záleží jak kdy, oni by pak byli zmatení. Na ně by neplatilo, kdybychom byli striktní.

R2: Zase jsme u toho řádu. Paní chce ležet v lůžku, ale nemůže tam ležet celý den. Tak jí musím říct nějakým figlem.

R1: Chceme, aby se tady cítili jako doma.

R2: Změna je pro ně hrozná, jakákoli. Když musíme přestěhovat, tak musíme zvážit kam. Teď je v sociálních službách trend o domácí prostředí. To je pro ně chaos. Předtím byly sestry

oblečené podle barev – sestřička byla vždycky modrá, ošetřovatelka zelená, paní ve fialovém oblečení donese prádlo, to nebylo na škodu, i pro rodinu. Ted' už neví, je to chaos.

R3: Každý je jinak oblečený.

R1: I rodina, hned věděli, koho se mohou zeptat.

R2: Je to trend, ale neztotožňuji se s tím.

Jak uživatelé komunikují?

R1: Oni mluví, ale ne k věci. Komunikujeme mimikou. Na nich to taky poznáte. Když se usmějete, oni vám to vrátí, když je to naopak, poznáte to.

R2: Máme i nekomunikující.

Je vytvořen komunikační systém?

R2: Jsou vytvořeny obrázky, ale úplně to nefunguje. Oni se spíš upnou na nás.

R1: Třeba když je bolí noha. Vidím, že se neusmívá. Zeptám se: „Bolí vás noha?“ Odpoví, že ne, takže zjišťujeme, zda nemají nateklou nohu. Musíme na to přijít sami.

Jak jsou uspokojovány zdravotní potřeby?

R1: Třeba dnes byla muzikoterapie. To taky nabízíme: „Chcete jít?“ Nikdo nechce, ale jen proto, že oni nepochopí, co já chci.

R2: Nebo třeba canisterapie. Tam se vychází z toho, jestli uživatelé měli doma psa. A taky když vidí dítě, tak to jsou všichni šťastní.

R1: Hodně polohování, hnízdo, aby se člověk ohraničil, měl kožešinku v rukou, dále bazální stimulace.

A jak jsou uspokojovány volnočasové potřeby?

R1: To je velmi individuální. My si naplánujeme, co by se dalo.

R2: Tanečky, pečení cukroví, buchet.

R3: Zpívání.

R1: Důležitá je individualita, aby nebyla skupina velká. Maximum 5 lidí, ve dvou. Jinak oni nemají zájem. Musím na ně pořád mluvit, udržovat oční kontakt. Musíte se jim věnovat.

Vyjadřují lásku? Jak jim dáváte lásku? Navštěvuje rodina uživatele?

R3: Za někým rodina chodí často, za někým vůbec. Když se začnou uživatelé horšit, tak rodina si řekne, co bych sem chodil, vždyť mne stejně nepozná a nevnímá.

Ale to nikdo neví, co ti lidi vnímají nebo ne.

R1: Je špatně, když sem uživatele rodina dá a pak sem chodí často, uživatel je pak zmatený, nemá přerušeny kontakty a musí si na nás zvykat. A pak zase nepřijdou, ale zas to asi rodina cítí tak, že je nepoznají.

R2: Ale jsou tu i krásné vazby, syn přijde za uživatelkou, políbí ji přede všemi, a ostatní jí závidí, to jde vidět, ona je pak úplně jiná. Celý den nepromluví, a jak syn odchází, řekne „a ty už jdeš, ještě nechod“ , a pak zase třeba tři dny nemluví. Tady ta láska je opravdu vidět.

R1: Kontakty s rodinou jsou pořád a pořád lepší. Začíná fungovat, že sem rodiny mohou přijet s pejskem, uvařit si kafe a jsou tady jako doma.

R3: Ale taky jsou takový návštěvy, že přijdou jednou za čas, a já za minutu přijdu, jestli něco nepotřebují, a rodina už tam není, přišli se jen podívat, jestli jim babička žije.

R2: Oni mají svůj svět, ve kterém jsou spokojeni. Pro rodinu je to těžké. Ta rodina třeba potřebuje tu babičku, jenže ona nemůže fungovat. Rodina to nese těžce, nemají zpětnou vazbu. Často uživatelé nepoznají svou rodinu. Nevědí, kdo to je. Je to individuální. A lásku k nám, to poznáme, pohladí nás, dá nám pusinku, řekne: „Mám vás ráda.“

R1: Nebo slyším u výtahu „za mnou nikdo nebyl, za mnou nepřijde rodina“, a rodina stojí u výtahu a odchází po dvouhodinové návštěvě. Nejhorší je, když se uživatelka bojí rodiny, přijde její dcera a uživatelka se bojí, neví kdo to je, říká, co tady ta ženská chce, fakt neví, kdo to je.

R2: Nebo naopak nemluví tři dny, a přijde rodina a rozmluví se.

R2: My dáváme lásku najevo úplně stejně. Úsměvem, pěkně oslovujeme. Ten, kdo by to nedokázal, tak tady nemá asi co dělat.

Jak je možné uživatele seberealizovat?

R1: Každý má nějakou potřebu, nebo zjistíme, co by si přál, nemůžeme nikoho nutit.

R2: Každý sem vstupuje už s cílem. Většinou mají cíle v klidu dožít, být s ostatními v kontaktu, že nechcou být sami, nebo háčkování, čtení.

R2: Měli jsme tu paní, která vždycky ráda luštila křížovky, ale nešlo to dále rozvíjet.

R1: Jde spíše o zachování, co nejdéle zachovat banality, aby se učesala, vložím jí do ruky krém, zrcátko, neví, udržet lžici, napít se, natáhnout kalhoty, vyndat protězu. Jedná se o tyto banality. Posloucháme písničky, malujeme, povídáme si.

R3: Máme paní, která dělala celý život kadeřnici, dám jí do ruky hřebínek a řeknu jí, ať se učeše, a ona mi na to odpoví: „Ale prosím vás, to já jsem nikdy nedělala.“

R1: Jde nejvíce o zachování těch věcí, co znají, to stávající, aby byli soběstační. Sebepéče. Tímhle směrem to jde.

Jakým způsobem jsou uživatelé oceňováni?

R1: Chválit, chválit, chválit, i když se to nepovede.

R2: A přede všemi, pozvat svědky.

R1: Pochválit oblečení, tanečky, všechno.

R2: Pak nám to vrací taky, pochválí nám taky brýle, boty.

Co tedy nejvíce potřebují?

R1: Kontakt, porozumění.

R2: Řád, lásku, sounáležitost, od té se odvíjí všechno.

R1: My jsme na ně příjemný, a pak jsou i na sebe vzájemně příjemný. Když vím, že má ráda les, tak to dám k dobru. Takže pracujeme s tou anamnézou.