

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Eliška Nedomová, DiS.

*Podpůrné aktivizační činnosti v domově pro osoby se zdravotním
postížením*

Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor, Ph.D.

2022

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma „Podpůrné aktivizační činnosti v domově pro osoby se zdravotním postižením“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

Olomouc 28. 6. 2022

.....
Eliška Nedomová, DiS.

Děkuji svému vedoucímu práce PhDr. Mgr. Libor, Ph.D., za to, že si mne vzal pod svá křídla a za rady, které mi poskytnul do začátku. Chtěla bych také poděkovat pracovnícím, které se zúčastnily mého výzkumu. Zároveň také děkuji své rodině za jejich podporu a porozumění, které měli po celou dobu mého studia.

OBSAH

ÚVOD.....	5
I TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Mentální postižení	7
1.1 Klasifikace mentální retardace	8
1.2 Autonomie a komunikace	12
2 Aktivizační činnosti	14
2.1 Definice pojmu.....	14
2.2 Druhy aktivizačních činností.....	16
2.2.1 Arteterapie	16
2.2.2 Dramaterapie.....	17
2.2.3 Muzikoterapie	19
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	20
3 CÍL VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE.....	21
3.1 Cíl a dílčí cíle	21
4 METODIKA PRÁCE	22
4.1 Metoda výzkumu.....	22
4.2 Popis výzkumného vzorku	23
4.3 Realizace výzkumu	25
4.4 Metody zpracování výsledků výzkumu	25
5 Interpretace a analýza dat	26
5.1 Pohled pracovníc	26
5.2 Pohled klientek.....	31
5.2.1 Pozorování	34
5.3 Shrnutí.....	37
5.4 Limity práce	38
ZÁVĚR.....	39

BIBLIOGRAFIE.....	41
SEZNAM TABULEK	44

ÚVOD

Má bakalářská práce se bude zabývat aktivizačními činnostmi v domově pro osoby se zdravotním postižením a jejich vlivem na samostatnost klientů. Téma bakalářské práce jsem si zvolila důvodu, že jsem absolvovala jednu z praxí v rámci studia v domově pro osoby se zdravotním postižením. V průběhu své praxe jsem velmi přemýšlela nad tím, jak je samostatnost klientek ze strany domova podporována.

Cílem mé bakalářské práce je tedy zjistit, jakým způsobem jsou klienti v domově se zdravotním postižením aktivizováni a vedeni k samostatnosti, v případě zjištěných nedostatků navrhnout možnosti zlepšení.

Téma inkluze osob se zdravotním postižením je v současné době stále více aktuální. Je velká snaha o to, aby i lidé s určitou formou handicapu žili, pokud možno, samostatný život. Trendem dnešní doby je, aby lidé se zdravotním postižením, kteří by byli schopni relativně samostatného života, byli z domovů pro osoby se zdravotním postižením přerazeni do chráněného bydlení. Z tohoto důvodu je důležité, aby domovy pro osoby se zdravotním postižením klienty dostatečně vedly k samostatnosti a měly v nabídce dostatek podpůrných aktivit pro jejich individuální.

Teoretická část bude vysvětlovat pojem mentální postižení, mentální retardaci včetně dělení. Dále zde budu mluvit o pojmu „autonomie“, která se k mému tématu bakalářské práce vztahuje. Zároveň zde budu objasňovat pojem aktivizační činnost, popisovat vybrané metody aktivizačních činností z odborné literatury, z kterých budu následně čerpat v praktické části.

Praktická část se skládá z kvalitativního výzkumu. Potřebná data budu získávat prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru jak z vybranými pracovníci domova, tak z jejich klienty pro vytvoření komplexnějšího pohledu. Pro vytvoření lepšího vyobrazení samostatnosti klientek je práce doplněna o metodu pozorování. Rozhovor bude zaměřen na aktivizační činnosti v zařízení, na zjišťování jak jsou na tom klienti v oblasti samostatnosti, v jakém měřítku je zapotřebí to, aby jim pracovníci pomáhali a jakým způsobem pracovníci domova klienty k samostatnosti vedou. Pokud nalezu nějaký nedostatek, který by se v této oblasti mohl vylepšit, pokusím se navrhnout možnou cestu řešení.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální postižení

V této kapitole představím různé pohledy autorů na mentální postižení. Dále zde budu pracovat s pojmem „Mentální retardace“, kterou někteří autoři (např. Valenta) od mentálního postižení oddělují.

Mentální postižení jako takové nemá odborný význam, přesto je však toto slovní spojení velmi využíváno. (Valenta, 2013, 30 s.) Dle Hruškové, Matouška a Landischové (2005, s. 111) je mentální postižení názvem, který zahrnuje vrozené a trvalé poškození adaptačních schopností jedince. Uvádí zde definici Americké asociace pro mentálně retardované, podle které je *“mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností – komunikace, sebeobsluhu, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.”* (Hrušková, Matoušek, Landischová, 2005, s. 111) Z této definice lze vyvodit, že jde o jedince, pro které je problematické porozumění, komunikace, orientace a také mají potíže v oblasti učení. Valenta (2013, s.30) se na mentální postižení dívá ze širokého úhlu pohledu, který zahrnuje mimo mentální retardaci také tenké pásmo kognitivně sociální disability, které klienta značně omezuje zejména ve vzdělávací oblasti běžného typu škol a určuje opatření, která jsou podpůrná, edukativní i psychosociálního typu.

Vágnerová (2004, s. 24) ze mentálně postižené považuje jednotlivce, u kterých je zbrzděný vývoj schopnosti rozumu, mají různorodý vývoj v oblasti psychiky a došlo k nim k porušení v oblasti přizpůsobování. Míra a rozsah postižení je v každé z těchto oblastí individuální a tedy rozlišná. Lečbych (2008, s. 29) také klade důraz na individualitu a charakterizuje osobnost jako individuum s tělesnou a duševní schránkou, která se reprezentuje ve vztazích se společností. Lidská osobnost se právě kvůli její individualitě v obecném měřítku špatně popisuje, takže popis osoby s mentálním postižením je velmi složitý. Ti autoři, kteří se o popis snaží berou v potaz hlavně ty stránky, ve kterém je člověk s mentálním postižením oslaben.

Mentální retardace je stav, kdy nedošlo k úplnému duševnímu vývoji nebo se duševní vývoj v průběhu zastavil. Projevuje se v nedostatečně rozvinuté inteligenci, ke které dochází během vývoje. Jde zejména o motorické, řečové, poznávací a sociální dovednosti. Mentální retardace se může projevit jak samostatně nebo přidruženě s další

tělesnou či duševní nemocní. Výskyt dalších duševních onemocnění je až čtyřikrát častější než u plně zdravých lidí. (MKN-10 in Valenta, 2012 s.32)

V dnešní době existuje spousta definic mentální postižení. Všechny tyto definice spojuje, že člověk s mentálním postižením má nedostatek ve schopnosti adaptace na sociální prostředí a v intelektových schopnostech. (Valenta, 2012, s. 31).

Mentální retardace můžeme definovat následovně: „*Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální i časně postprenatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“ (Valenta, 2012, s, 31)

Švarcová (2006, s.24) se na lidi s mentální retardací dívá jako na osoby, u kterých se rozvinulo zaostávání v oblasti rozvoje psychického chování, schopnosti porozumět a poškození umění v chování, co se týče přizpůsobování, přičemž příčinou vzniku je organické poškození mozku. Valenta (2012, s. 31) také zmiňuje, že se jedná o neurčitý pojem, který má velkou spoustu definic, které spojuje to, že má jedinec vzhledem ke standartu nízké intelektové schopnosti a stejně tak je oslabeno i jeho umění přizpůsobit se sociálnímu prostředí. Tento termín se využíval po konferenci WHO, která se roku 1959 konala v Miláně a nahradil všechny pojmy, které se do této doby v této problematice používaly.

1.1 Klasifikace mentální retardace

V této podkapitole se budu věnovat klasifikaci mentální retardace. Pro klasifikaci jsem využila popis z pohledu dvou autorek a to Švarcové a Pipekové.

Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70)

Mentální postižení toho typu je charakterizováno tak, že osoby s lehkou mentální retardací obvykle dokážou používat řeč v každodenním životě, jsou schopny konverzace i přesto, že jsou schopny komunikace s opožděním. Tito lidé jsou také většinou plně nezávislí v oblasti osobní péče jako je například jídlo, mytí, hygienické návyky či oblékání, a také v oblasti praktických domácích dovednostech. Jejich vývoj je však proti „normě“ pomalejší. Mezi hlavní úskalí se řadí teoretická práce ve škole. Lidé s touto úrovní postižení mají problémy se čtením a psaním. Pro děti s lehkou mentální retardací

je prospěšné vzdělávání a výchova specifická na prohloubení a rozvoj jejich dovedností a vyrovnání jejich nedostatků. V oblasti zaměstnávání je většina osob s touto formou schopna zařazení do zaměstnání, která je spíše praktická než teoretická. (Švarcová, 2000, s. 27)

Pipeková (2010, s 292) řadí mezi charakteristické vlastnosti osob s lehkou mentální retardací mechanické myšlení a nízkou schopnost logického myšlení. Důležitá je role rodinného zázemí, protože má dobré výchovné působení a vliv na oblast socializace.

Dopady mentální retardace se projeví v případě, že je jedinec zároveň sociálně a emočně nezralý např. není se schopen přizpůsobit s požadavky manželství či výchovy dětí, má potíže se adaptovat kulturním tradicím, není schopen samostatně řešit problémy typu získání a udržení si zaměstnání nebo není schopen samostatně řešit otázku financí. Rizikové je v této skupině to, že se můžou objevit i přidružené chorobné stavy jako například poruchy chování, autismus a další poruchy vývoje, epilepsie či tělesné postižení. (Švarcová, 2000, s. 28)

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) F71

U osob se středně těžkou mentální retardací je užívání a chápání řeči značně opožděno včetně jejich konečné schopnosti v této oblasti. Opožděna a omezena je také oblast sebeobsluhy a zručnosti. Rozvoj ve škole má u osob se středně těžkou mentální retardací značné limity, avšak děti s tímto stupněm mentální retardace při odpovídajícím kvalifikovaném pedagogickém vedení jsou schopny nabýt základy počítání, psaní a čtení. Programy určené speciálně lidem s tímto stupněm mentálního postižení mohou být podkladem k vyvinutím omezeného potenciálu a k získání vědomostí a dovedností na základní úrovni. (Švarcová, 2000, s. 28)

Pipeková (2010, s. 292-293) popisuje osoby s tímto stupněm mentální retardace tak, že zvládají jednoduchou řeč, která je chudá, v některých případech je možná pouze nonverbální komunikace.

Dospělí jedinci běžně zvládají vykonat lehkou manuální práci, pokud jsou úkoly detailně koncipovány a jestliže nad sebou mají odborný dohled. Plně samostatný život je možný pouze v ojedinělých případech. Obvykle jsou osoby plně pohyblivé a také fyzicky aktivní. Ve většině případů, osoby se středně těžkou mentální retardací jsou schopny navazovat kontakty, komunikovat s druhými a také jsou schopny nenáročným sociálním aktivitám. Odlišnosti u lidí s tímto typem postižení je povaha schopností. Jsou jedinci, kteří mají

vyšší úroveň v dovednostech senzorio-motorických než v těch, které jsou zaměřené na verbální schopnosti, ale jsou také tací, kteří nejsou moc obratní, ale mají vyšší schopnost komunikace a interakce. (Švarcová, 2000, s. 29)

Pipeková (2010, s. 292) uvádí, že jsou v tomto stupni mentálního postižení přítomny další vady jako je autismus, epilepsie a další potíže v tělesné oblasti. Stejně tak Švarcová, (2000, s. 29) poukazuje na to, že je typická organická etiologie. Výrazná část je specifická dětským autismem či jinou pervazivní poruchou vývoje, která má vliv na klinický obraz a na způsob jednání s jedincem. Větší část lidí v této kategorii jsou schopni chůze bez pomoci. Někdy jsou přítomna i psychiatrická onemocnění.

Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F72)

Tento stupeň mentální retardace je v mnoho směrech podobná středně těžké mentální retardaci – zejména co se týče přítomné organické etiologie, o klinického obrazu a o přidružené stavy. Omezená úroveň schopností pod F71 je v této kategorii značně patrnější. Jedinec má výrazný stupeň poruchy motoriky či jiné přidružené vady, které ukazují přítomnost klinicky signifikantního poškození nebo vadného rozvoje ústředního nervového systému. Vzdělávání a výchova jsou výrazně omezené, ze zkušenosti však vyplývá, že včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, vzdělávací a vychovaná péče může mít vliv na rozvoj rozumových schopností, komunikačních dovedností, motoriky, soběstačnosti a celkovou kvalitu jejich života. (Švarcová, 2000, s. 29)

Pro tuto úroveň mentálního postižení je charakteristická pohybová neobratnost, velké snížení v oblasti komunikace – jednoduchá slova či žádná řeč, labilita v oblasti nálady, další somatické vady a je u těchto jedinců nutná celoživotní péče. Lidé dokáží poznat blízké osoby. (Pipeková, 2010. s. 293)

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Osoby s hlubokou mentální retardací jsou velmi těžce omezeni v oblasti porozumění požadavkům či pokynům nebo je splnit. Větší část osob s hlubokým mentální postižením jsou inkontinentní a v lepším případě jsou schopni jen rudimentární neverbální komunikace. Tito lidé mají minimální nebo žádnou schopnost pečovat o své základní životní potřeby a potřebují nepřetržitou pomoc a dohled. Výchova a vzdělávání jsou značně omezené. IQ těchto jedinců nelze změřit přesně, je pouze odhadováno, že činí méně než 20. Používání a chápání řeči bývá minimálně omezeno na splnění jednoduchých

pokynů. Je možné dosáhnout jen nejzákladnějším jednoduchým požadavkům zrakově prostorových orientačních dovedností a osoba s tímto stupněm mentální retardace se může při adekvátním vedením a dohledu minimálně na menších domácích pracích a praktických úkolech a sebeobsluze. (Švarcová, 2000, s. 30)

Lidé s hlubokou mentální retardací lze dále popsat tak, že jsou schopni jen nonverbální komunikace bez smyslu, mají závažné omezení v oblasti motoriky, nejsou schopny sebeobsluhy, vykonávají automatické pohyby, někteří zvládnout rozumět velmi jednoduchým požadavkům. Svě okolí již nedokážou rozeznat. (Pipeková 2010, s. 293-294)

Většina případů je charakteristická organickou etiologií – typické jsou neurologické či jiné tělesné nedostatky, které zasahují do hybnosti, způsobují epilepsii, poruchu sluchu a zraku. Velmi často, zejména u mobilních klientů, jsou přítomny nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, hlavně atypický autismus. (Švarcová, 2000, s. 30)

Jiná mentální retardace (F78)

Praktické použití této kategorie je možné v případě, kdy určit stupeň intelektové retardace použitím obvyklých metod je obzvláště těžké či dokonce nemožné z důvodu přidruženým sensorickým či somatickým poruchám např. u neslyšících, u nemluvicích, u nevidomých, u osob s těžkými poruchami chování, u těžce tělesně postižených osob nebo u osob s autismem. (Švarcová, 2000, s. 30)

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Jde o tzv. sociální podmíněno mentální retardaci či mentální retardaci zdánlivou, protože ke vzniku nedošlo poškozením nervové soustavy, nýbrž je vznik kvůli působení vlivu prostředí. Ve své podstatě se tedy nejedná o mentální retardaci. K této formě dochází v případě, že dítě vyrůstá v nevhodném prostředí a nedostává dostatečné množství stimulů ke svému vývoji. (Pipeková 2010, s. 290)

Tato kategorie se využívá, když je mentální retardace diagnostikovaná, ale chybí množství informací, aby bylo možné klienta přiřadit do jedné z výše uvedené kategorie. (Švarcová 2000, s. 30)

1.2 Autonomie a komunikace

V této podkapitole se budu věnovat pojmu „autonomie“ a zásady komunikace s osobami se zdravotním postižením. Pojem autonomie a komunikace se bezesporu vztahují k tématu mé bakalářské práce, takže je důležité si tyto dva pojmy přiblížit.

Nejprve si objasníme pojem autonomie. Jedná se o samostatnost skupiny, organizaci nebo jedince, kteří si stanovují cíle a pravidla potažmo jejich provedení a kontrolu. (Jandourek, 2001, s. 35) Z pohledu ergoterapie je samostatnost popisována tak, že je člověk schopen samostatného života v určitém prostředí a také zvládá samostatně provádět činnosti bez potřeby pomoci další osoby. Samostatný člověk je tedy člověk, bez většího omezení v oblasti duševní a tělesné a zvládá naplňovat sociální role, které od něho společnost očekává a dokáže vykonávat obvyklé činnosti během dne. (Krivošíková, 2011, s. 32-38)

Pichaud, Thareauová (1998, s. 44 - 45) rozdělili hraniční situace závislosti a autonomie v souvislosti se stářím. Toto dělení je dle autorů však možné vztáhnout také na lidi s mentálním postižením, kdy je zejména při těžkém postižení běžná závislost člověka na jeho okolí. Závislý člověk je ten, který si není vědom toho, co je pro něho prospěšné a nezvládá se postarat sám o sebe v každodenní životě. Naproti tomu nezávislý člověk zvládne řídit svůj život dle vlastní volby nezávisle na ostatních.

Samostatnost je bezesporu důležitá část lidského života a měla by být součástí všech lidí, včetně osob s mentálním postižením. Každému člověku má být umožněno dělat své vlastní rozhodnutí a také za tyto rozhodnutí nést odpovědnost. S tím souvisí proces, který se nazývá individualizace, kde je snaha o vytvoření cesty směrem k nezávislosti v různých oblastech ať už nezávislost na sociálních službách či rodině. (Opatřilová, Zámečková, 2005, s. 17 – 18)

Vágnerová (in Slowík, 2016 s. 119 – 120) zmiňuje, že lidé s mentálním postižením jsou v určité míře omezení v samostatnosti, hlavně v oblasti řešení běžných denních záležitostí. Je obvyklé, že je těmto lidem nutné poskytnout míru podpory, někdy i péče s ohledem na jejich individuální možnosti a stupeň postižení. Tuto míru podpory také ovlivňuje kvalita výchovně-vzdělávací péče. Zásadní je umění porozumění přáním a potřebám. Tito lidé jsou často velmi ovlivnitelní, takže je lze snadno zneužít a neumění odhadnout a hodnotit dopady svého chování.

Autonomie v osobní sféře dodává lidem pocit psychické i fyzické pohody. Získání této pohody a udržení není zcela jisté a závisí na životních podmínkách, na povaze úkolu, sociálním kontextu a čase ve kterém se klient momentálně nachází. Dále závisí na kompetencích a znacích kterými jsou posuzováni ve společnosti. Rizikové skupiny, které jsou ohroženy ztrátou autonomie jsou především staří lidé a osoby se zdravotním postižením. (Kalvach, 2011, s 35)

Rodina, výchova a vzdělání mají jednu z hlavních rolí při osamotnění člověka. Rodiče mají tendenci i dospělého člověka s mentálním postižením stavět do role dítěte, které je závislé a o kterém oni samy rozhodují. Důsledkem je, že člověka nepodporují a nevedou k vykonávání domácích prací a dalšího osamotnění. Výsledkem je, že lidé s mentálním postižením jsou minimálně samostatní a nejsou schopni provádět ani ty činnosti, které by byly v jejich možnostech. (Vágnerová, 2004, s 311)

Nyní se zaměřím na specifika komunikace s osobami se zdravotním postižením. Valenta (2013, s 67) poukazuje na to, že na začátku komunikace je přínosné, když se naladíme na rovinu člověka s mentálním postižením a svou slovní zásobu a úroveň komunikaci dotyčnému přizpůsobíme. Je dobré využívat stručných vět, které nejsou příliš složité.

Stejně jako Valenta, Hrušková (in Matoušek 2005, s. 115) dává důraz na to, aby se při komunikaci využívaly krátké věty a zamezilo se používání abstraktních a cizích slov. Důležité je také si zpětně ověřit, zda osoba, s kterou komunikujeme, nám správně porozuměla. S ohledem na to, že každý člověk je jiný, i v komunikaci je nutné brát v potaz individuální přístup.

Níže uvedu zásady, které by se v průběhu komunikace měly dodržovat dle Bendové a Zinkla (2011, s.17):

- vyhýbání použití abstraktních výrazů a cizích slov,
- podávat zpětnou vazbu,
- zvolit pomalejší tempo,
- zjistit, zda nám člověk správně porozuměl,
- dát prostor na to, aby člověk mohl odpovědět,
- upřednostňování kratších rozhovorů.

2 Aktivizační činnosti

Trávení volného času je pro osoby se zdravotním postižením velmi důležité. Smysluplné trávení volného času napomáhá rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, což přispívá k zvyšování jejich samostatnosti v životě. Využití volného času, mimo jiné, v domovech pro osoby se zdravotním postižením vyplňují aktivizační činnosti, kterých je velká škála. V této kapitole se okrajově také zmíním o zájmových činnostech,

Popis aktivizačních činností v jednotlivých službách udává zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. V tom zákoně v § 46 jsou popsány činnosti, který poskytují domovy pro osoby se zdravotním postižením. Mezi tyto činnosti patří například poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při osobní hygieně, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Vyhlášky zákona o sociálních službách č. 505/2006 sb. v § 14 výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti zahrnují nácvik psychických, motorických a sociálních dovedností a schopností, vytvoření adekvátních podmínek pro zajištění pracovního uplatnění a vzdělání, zájmové a volnočasové aktivity a pracovně výchovnou činnost.

2.1 Definice pojmu

Dle Medíkové (2011, s. 43) neexistuje přesná definice, která by popisovala co aktivizační činnosti konkrétně jsou. Definován je pouze rámec, který mají poskytovatelé sociálních služeb naplňovat podle svého uvážení. V obecné rovině můžeme ale říct, že jsou aktivizační činnosti charakteristické skupinou činností, které mají za cíl aktivity, které směřují k sociálnímu začlenění a ke strategii zvládnání těžkých situací.

Aktivizační činnosti hrají roli při obnovení sebeúcty, posílení své hodnoty i své identity a rozvíjí potřebu seberealizace. (Holeczerová, Dvořáčková, 2013, s 17) Aktivizace souvisí s neobvyklými a novými podmínkami. Většina klientů je ve schopnosti zajistit si dostatečné podmínky narušena, takže je pak na nás, abychom jim podmínky pomohli najít, nabídnout jim je či je jim pomoci sjednat. Podmínky jsou závislé na individuálních možnostech klientů a jsou voleny přiměřeně dle jejich možností. Medíková (in Matoušek, 2007 s. 97) poukazuje na to, že aktivizační programy představují nový trend, který by neměl být v roli personálu a dle jejich představ, ale naopak by měla být zajištěna jejich návaznost na individuální plán péče jednotlivého klienta.

Jedním z cílů sociálně-aktivizačních činností je zachovat stávající schopnosti a dovednosti, které klient má, případně je rozvíjet. Tyto činnosti se dotýkají emoční stránky prožívání klienta a utěšují jejich vyšší potřeby. Dalším cílem je navodit aktivitu, která klienta podporuje a napomáhá mu k překonávání překážek, které má v důsledku svého handicapu a vedou k sociálnímu začleňování. Můžeme tedy říct, že také působí preventivně před sociálním vyloučením. Nespornou roli zaujímá rodina, motivovanost a podpora. (Mlýnková, 2010 s. 100)

S aktivizačními činnostmi takové souvisí zájmové činnosti. Pávková (2014, s. 96, [online]) definuje zájmové aktivity jako podporu a rozvoj schopností i zájmů, přičemž se jedná o cílevědomou aktivitu a probuzení zájmů. Zájmové činnosti mají dle této autorky privilegium v oblasti volnočasových aktivit. Prostřednictvím zájmových aktivit se mimo jiné uspokojují potřeby jako jsou například příslušnost k sociální skupině, potřeba pohybu, potřeba seberealizace a další. Zájmy se utváří v průběhu života a mají souvislost se schopnostmi jednotlivce. Lze říct, že také patří k psychickým jevům, které jsou motivem lidského jednání a aktivizují člověka. Zájmové činnosti přispívají jak k neformální vzdělávání tak slouží jako forma zábavy, relaxace. Důležité je, že jsou na bázi dobrovolnosti.

Skupiny zájmových činností jsou široké. Pávková (2014, s. 70- 75, [online]) je dělí do těchto kategorií:

- společenskovední zájmové činnosti - pomáhají k pěstování kulturních a společenských návyků, k poznávání společenského dění a pěstování vztahu k tradicím,
- esteticko-výchovné zájmové činnosti – formují vztah k umění, podporují rozvoj fantazie, pomáhají uplatňovat estetické požadavky v běžném životě,
- pracovní-technické zájmové činnosti – utváří vztah k manuální práci, pohybové dovednosti, smysl pro spolupráci ve skupině, pomoc při volné povolání,
- sportovní a tělovýchovné činnosti – jejich výsledek je radost z pohybu, zvyšování fyzické zdatnosti, získávání vědomostí v oblasti sportu, utváření zdravého životního stylu, pohybové aktivity jako neoddělitelná část lidského života,
- přírodovědno-ekologické zájmové činnosti – prostřednictvím těchto zájmových činností dochází k prohloubení zájmu o živou i neživou přírodu, získávání nových

poznatků o přírodě, formování zodpovědnosti za ochranu životního prostředí, učení jednání, které vedou k ochraně životního prostředí.

Další dělení, které uvádí jsou krátkodobé a dlouhodobé, povrchní a hluboké, aktivní a receptivní, z hlediska společenských norem na žádoucí a nežádoucí, pravidelné či příležitostné. Pávková (2014, s. 67, [online]).

2.2 Druhy aktivizačních činností

Aktivizačních činností existuje spousta druhů. V této části se snažím blíže přiblížit alespoň část těchto činností. Jejich výběr jsem učinila na základě toho, co se nejvíce využívá v zařízení, na které je zaměřena má výzkumná část.

2.2.1 Arteterapie

Arteterapie patří k disciplínám, které se dynamicky rozvíjejí. (Géringová, 2011, s. 125) Jedná se o nejvíc rozšířenou terapii v oblasti expresivních terapií. Arteterapie nanejvýš a bezpečně a používá umělecké exprese. Dojmy, pocity, nálady a psychické stavy, které nejsou zjevné, se mohou naskytnout, být sdíleny a poté formovány zásluhovou expresní funkce, která je pro výtvarné činnosti přirozená, zejména prostřednictvím kresby. Kresba představuje důležitý prostředek komunikace a nástroj, který vyjadřuje znalosti o sobě samém jako je prožívání vztahů ve svém okolí a své vlastní prožívání. Jedná se o specifický druh jazyka, který lze použít na místo nedostatků v běžně používané komunikaci. Mimo to je kresba také diagnostická metoda, která dokáže dobře rozpoznat nerovnováhu, která se týká vývoje zejména u mládeže a dětí. (Valenta, 2012 s. 134 135)

Case a Dalley (1995, s. 9) vnímají arteterapii jako psychoterapeutický postup, který představuje projev na výtvarné bázi a je prostředek k léčbě, přičemž výsledný výtvarný výtvor není zásadní na rozdíl od procesu jeho tvorby, který je pro nás důležitou součástí.

Arteterapii jde také brát jako psychoterapeutickou či psychodiagnostickou disciplínu. Pohled z psychoterapeutické perspektivy se zaměřuje na proces tvoření klienta, na který se nahlíží jako na sebeuzdravný, kde se nebere ohled na výsledný produkt nebo výrobek. Oproti tomu psychodiagnostický pohled rozpracovává jak s procesem tvorby tak s výsledným produktem. V praxi se nejčastěji tyto dva pohledy protínají a nejsou od sebe odděleny. (Potměšilová, Sobková, 2012, s. 8)

Valenta (2012, s. 135) uvádí tyto kategorie metod arteterapie, které jsou přímo uzpůsobeny osobám s mentálním postižením:

- výtvarný projev při hudbě -působení hudby se používá buď ke ztvárnění hudby nebo ztvárnění asociace hudby,
- řízený výtvarný projev – zahrnuje intervenci terapeuta v rámci klientova výtvarného znázornění,
- volný výtvarný projev – zde hraje hlavní role spontánnost klientova výtvarného projevu,
- skupinové výtvarné činnosti – zahrnuje práci se skupinovou dynamikou,
- tematický výtvarný projev – součástí jsou témata jako je např. manželství, láska, rodina či konkrétní vztahy ve skupině, kterou je klient součástí.

Šiřková-Fabrici (2016, s. 66) rozděluje dva cíle arteterapie a to individuální a sociální. Do individuálních cílů řadí poznávání svých možností, zvýšení fantazie, nadhledu, uvolnění, zvýšení sebevímání a sebeprožívání, motivace, zvyšování osobní svobody. Mezi sociální cíle přiřazuje navázání kontaktu s ostatními lidmi, přijetí jejich hodnocení a ocenění, zapojení se do skupiny a řešení problému v rámci skupiny, přijetí a vnímání ostatních lidí, chápání vztahů a vznik sociální podpory.

Šiřková-Fabrici (2016, s.82) dále uvádí, že se prostřednictvím arteterapie u jedinců s mentálním postižením rozvíjí tvořivost a možnost být kreativní v oblastech praktického života. Cílem arteterapie u osob s mentálním postižením je navození pocitu, že v něčem uspěly i přes jejich handicap.

2.2.2 Dramaterapie

„Dramaterapii je léčebněvýchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.“
(Valenta, 2011, s. 23)

Dramaterapie dle Jenningsové (2014, s. 17) znamená použití divadelního umění v komunitních institucích a zdravotnických zařízeních jako součástí pomoci lidem s problémy či lidem, kteří bojují s nějakou formou nemoci. Dramaterapii vidí jako léčebnou formu.

Mezinárodní asociace dramaterapie USA nabízí pohled na dramaterapii jako na „*Záměrné použití dramatických/divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní a fyzické integrace a osobního růstu*“ (Langley, 2006, s. 58)

Valenta (2011, s. 133) zmiňuje, že techniky dramaterapie lze rozdělit do mnoha skupin, například dle cíle, včlenění do terapeutického procesu či podle dílčího prostředku. Dále jsou v této terapii používány techniky, které se vztahují na zahájení, pokračování a ukončení lekcí. Jedná se o aktivity, které vedou k tělesné aktivizaci, ke skupinové tvořivosti, poskytují klientům svou vlastní projekci a také podporují klientovu citovou expresi.

Valenta (2007, s. 42) popisuje tři formy dramaterapie:

- ambulanti formu – obvykle se vztahuje na soukromé praxe, speciální školy, občanská sdružení či neziskové organizace,
- klinickou formu – vztahuje se na psychiatrické léčebny, klinik či léčebny. Dramaterapie je zde brána jako doplněk k léčbě, která vychází z přesvědčení, že jakákoliv forma aktivita je lepší než klientovi pasivita,
- dramaterapie v denních stacionářích a sanatoriích – dramaterapie je zde chápána jako hlavní skupinová psychoterapeutická aktivita.

Dále Valenta (2007,s.42) uvádí dvě dělení z hlediska velikosti skupiny se kterou se pracuje:

- individuální dramaterapie – tato forma není v praxi příliš běžnou záležitostí. V České republice se téměř nevyužívá, v zahraničí se užívá především u klientů s posttraumatickým stresovým syndromem, s autismem a u klientů s mentálním postižením,
- skupinová terapie – jedná se o základní formu v dramaterapii. Hlavním aspektem je zde skupinová dynamika, která je důležitým terapeutickým prostředkem i facilitátorem.

V rámci dramaterapie s mentálně postiženými klienty je základem systematické vedení, návrat a opakování dramatických aktivit, které klienty zaujaly a je nutná praktická ukázka požadavků. (Pipeková,, Vítková, 2011, s. 103)

2.2.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie je oborem, který je řazený k uměleckým terapiím stejně tak jako arteterapie a dramaterapie. Vzhledem ke své povaze, která je interdisciplinární se tyto terapie využívají v sociální oblasti a v oblasti školství. (Břichová, Vilímek in Beníčková, 2017, s.23)

Tato terapie využívá hudebního umění s cílem změnit lidské chování, jakožto i myšlení, emoce a osobnostní předpoklady lidí na úroveň, která bude společensky přijatelná. Základem jsou hudební složky – rytmus, melodie, tempo, dynamika, takt. Hudba má působit bezprostředně a má mít vliv na člověka, na jeho osobnostní dynamiku a psychické funkce. (Valenta, 2012, s. 130 – 131)

Můžeme podotknout, že v terapii hudbou se používá hra na hudební nástroj, hudebních zážitků jakožto i zpěv a hudební interakce tak, že slouží blahu určité skupiny lidí. Tuto terapii lze použít v podstatě u veškerých cílových skupin ať už se jedná o seniory, osoby intaktní, osoby znevýhodněné či předčasně narozené děti. Oblasti využití jsou v českých sociálních službách oblasti psychoterapeutické, oblast volného času, oblast medicínská a didaktická. (Vacek, 2020, s. 10)

Jako hlavní metody muzikoterapie Valenta (2007, s. 313) uvádí:

- zpěv písní – zahrnuje kultivaci projevu řeči a je vhodný pro kontakt společnosti,
- hudební improvizace – v hlavní roli je zda spontánnost lidského projevu s čímž souvisí přirozené chování a vyjádření klienta,
- hudební vystoupení – má potenciál v oblasti seberealizace,
- hudební interpretce – principem je reprodukce známého hudebního materiálu, který klientovi pomáhá k překonávání úzkosti a strachu a dávají do jejich vyjadřování určitá pravidla a řád,
- psaní písní a kompozice hudby – slouží jako prostředek k sebeuvědomění, seberealizace a sebevyjádření a zároveň spolupráci v rámci skupiny, sdílení a porozumění ostatním.

Vacek (2020, s.11) zdůrazňuje nezastupitelnost muzikoterapie v sociálních službách vzhledem k tomu, že pomáhá kde jsou slova oslabená. Přináší do stereotypního prostředí nové věci a zpestření, které působí proti napětí a má zklidňující účinky, které přináší pohodu. Napomáhá pro vznik pocitu atmosféry domova, prostředí, ve kterém klienti mohou být bezprostřední, bez přetvářky a mohou vyjádřit sebe sama.

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 CÍL VÝZKUMNÉ ČÁSTI BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

3.1 Cíl a dílčí cíle

V teoretické části byly na základě odborné literatury ukotveny pojmy, které se vztahují k tématu osob s mentálním postižením, k aktivizačním činnostem a k samostatnosti.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit jakým způsobem jsou klientky v domově se zdravotním postižením aktivizovány a vedeny k samostatnosti, v případě zjištěných nedostatků navrhnout možnosti zlepšení.

Hlavní výzkumná otázka, kterou jsem si stanovila tedy koresponduje s cílem této práce a její znění je následující: Jsou klientky v domově se zdravotním postižením vedeny k samostatnosti?

Dále jsem si stanovila 3 dílčí cíle:

1. Jakým činnostem se klientky v zařízení věnují?
2. Jaké schopnosti a dovednosti mají klientky v oblasti soběstačnosti a samostatnosti?
3. Jakým způsobem pracovnice vedou klientky k samostatnosti?

Záměrem je popsat to, jak míru samostatnosti vidí a podporují pracovnice domova pro osoby se zdravotním postižením, ale také pohled klientech samotných.

Hypotéza, kterou jsem si stanovila před výzkumem:

Domov pro osoby se zdravotním postižením vytváří takové podmínky, které vedou k individuálnímu rozvoji samostatnosti jednotlivých klientů v rámci jejich možností.

4 METODIKA PRÁCE

V následující části bude objasněna metodika práce, která zahrnuje popis výzkumného vzorku, realizaci výzkumu, metodu zpracování výsledků a interpretaci a analýzu dál. V závěru je uvedeno shrnutí výsledků a také zmiňuji limity práce.

4.1 Metoda výzkumu

Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu. Hendl (2005, s. 50) popisuje tuto metodu výzkumu jako proces, při kterém jde o nalezení porozumění, jehož základ tvoří metodologické tradice či průzkum lidského nebo sociálního problému. Člověk, který výzkum provádí se snaží o vytvoření obrazu, který je komplexní, podává informace prostřednictvím výpovědi účastníků výzkumu a zkoumá různorodé typy textů. Celkový výzkum se provádí v podmínkách, které jsou přirozené.

Doplňující metodu polostrukturovaného rozhovoru jsem zvolila pozorování. Vybrané klientky jsem pozorovala během jejich běžného dne. Zaměřila jsem se zejména na to, jakých aktivizačních činností se v domově účastní a v jakých úkonech jsou samostatné. Reichl (2009, s. 94) popisuje zaměření pozorování vědeckého typu na systematické a organizované sledování projevů prostřednictvím smyslů, přičemž jde o záměrnou aktivitu. Jedná se o sledování aktuálních fenoménů, prvků či určitých aspektů.

Druh pozorování, který jsem v rámci svého výzkumu zvolila se nazývá dle Hendla (2005, s. 201) jako nezúčastněné a strukturované kdy výzkumník je v co nejmenší míře v hovoru s vybranými objekty, přičemž snahou je dostat záznam o chování buď jedinců v rámci skupiny či pouze jedince. Výhodou je, že tento způsob není ovlivnitelný citovým postojem pozorovatele. Na druhou stranu nevýhodou je složitější získávání informací účastníků o jejich postojích. S ohledem na omezení této metody je doporučováno její využití v kombinaci s rozhovorem s respondentem. Právě proto jsem se tuto metodu rozhodla využít jako doplněk k hlavní výzkumné metodě, tedy k polostrukturovanému rozhovoru.

4.2 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek se z jedné části skládal z řad pracovníků domova pro osoby se zdravotním postižením a z druhé části ze samotných klientů domova. Zařízení je rozděleno na 6 oddělení. Zaměstnanci byly vybrány na základě toho, aby ve výzkumu byl zástupce z každého oddělení. Další podmínkou bylo, aby se pracovníci podílely na přímé péči o klienty a měli tak o jednotlivých klientech přehled. Celkově jsem tedy vybrala 6 zaměstnanců, přičemž se jednalo pouze o ženy, protože v přímé péči v tomto zařízení nepracuje žádný zástupce mužského pohlaví.

V tomto zařízení jsou rovněž klienty pouze ženy. Klientky, které byly vybrány do výzkumného šetření musely splňovat určité podmínky. V první řadě se jednalo o to, aby s nimi byl možný provést rozhovor s ohledem na míru jejich mentálního postižení a omezení ve verbální komunikaci. V tomto byla nápomocná klasifikace mentálního postižení, která je uvedena v teoretické části v kapitole 1.1. Klasifikace mentální retardace. Dalším kritériem bylo to, aby se vybrané klientky byly schopny účastnit aktivizačních činností vzhledem k tomu, že v zařízení jsou i klientky, které jsou plně imobilní s hlubokou mentální retardací. Při výběru výzkumného vzorku byly nápomocné i pracovnice domova, které mi podaly informace o jednotlivých klientkách. Ve finále bylo k mému výzkumu vybráno 6 klientek. Dá se říct, že se jednalo o kvótní výběr vzorku. Základem tohoto výběru je znalost struktury souboru. Na počátku se stanovují znaky, ve kterém se vzorek bude shodovat. Jde tedy o výběr, který je účelový a nenáhodný. (Grosová, 2004 s. 142 – 143, [online])

Prostřednictvím dvou níže uvedených tabulek blíže popisují výzkumný vzorek vybraných pracovníků a klientek pro jejich bližší představu.

Tabulka 1: Výzkumný vzorek klientek

	Pracovní pozice	Doba pracovního poměru
Pracovnice 1	Pracovnice v soc, službách	15 let
Pracovnice 2	Pracovnice v soc. službách	20 let
Pracovnice 3	Pracovnice v soc. službách	10 let
Pracovnice 4	Pracovnice v soc. službách	11 let
Pracovnice 5	Pracovnice v soc. službách	9 let
Pracovnice 6	Pracovnice v soc, službách	10 let

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 2: Výzkumný vzorek klientek

	Věk	Doba pobytu v zařízení	Klasifikace mentálního postižení
Klientka 1	54	Padesát let	F70
Klientka 2	45	Třicet devět let	F71
Klientka 3	65	Šedesát tři let	F70
Klientka 4	38	Dvacet osm let	F70
Klientka 5	58	Padesát čtyři let	F71
Klientka 6	35	Třicet dva let	F70

Zdroj: vlastní zpracování

4.3 Realizace výzkumu

Výzkum jsem realizovala v jednom z domovů pro osoby se zdravotním postižením. Kvůli ochraně osobních údajů bude toto zařízení ponecháno v anonymitě. Vše proběhlo po předchozí domluvě se sociální pracovnící domova. Toto zařízení se specifikuje na poskytnutí péče pouze ženám od 18. let. Kapacita klientů, kterým zde může být poskytnuta pomoc je 75 klientek.

4.4 Metody zpracování výsledků výzkumu

Rozhovory jsem zaznamenala na nahrávací zařízení prostřednictvím mobilního telefonu. Rozhovory jsem následně převedla z mluvené formy do písemného textu. Poté jsem zpracovala data do formy, která byla přehlednější. Vybrala jsem zde hlavní části, které byly důležité pro tento výzkum. Nejprve tedy došlo k transkripci. Následně jsem jednotlivé data zpracovala do určitých kategorií. Tyto kategorie byly vytvořeny na základě stanovených výzkumných otázek. Poté jsem přešla k metodě kódování. V rámci výzkumných otázek jsem si stanovila hesla, která vyjadřovala dané kategorie. Způsob kódování, který jsem zvolila byl s pomocí barevného vyznačení textu pomocí hesel, které jsem si zvolila. V průběhu jsem si dělala poznámky, které mi pomohli utvořit celiství náhled. (Skutil, 2011, s. 216-225)

5 Interpretace a analýza dat

Tato část je zaměřena na analýzu a výsledky dat, které jsem v rámci empirického šetření získala v konkrétním domovu pro osoby se zdravotním postižením. Poznatky byly získány pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pracovníci a klientkami zařízení. Tato kapitola bude tedy rozdělena na dvě dílčí části – jedna zaměřena na pohled pracovníků, druhá na pohled klientek. Obě části budou poté rozděleny do kategorií, které jsem si stanovila při analýze dat. Část nazvaná „pohled klientek“ je dále rozšířena výzkumnou metodou pozorování, jak jsem již popisovala v kapitole 4.1. Metoda výzkumu.

5.1 Pohled pracovníků

1. Kategorie: Aktivizační činnosti

V této kategorii jsem se zaměřovala na otázky týkající se aktivizačních činností, které nabízí toto zařízení.

Na otázku „*Kolik klientek se účastní aktivizačních činností v zařízení?*“ Pracovnice 1 odpověděla: „*V našem sociálním zařízení se na našem oddělení, kde jsou schopnější klienti, zúčastňuje zhruba polovina což je asi deset klientek, z toho samotného oddělení, které jsou schopny těchto aktivizačních činností.*“ Pracovnice 2 na tuto otázku uvedla: „*Na našem oddělení kde je deset klientek, tak tam se vlastně zúčastní asi pět, šest podle toho, kde jsou nasměrované. Jako jestli do muzikoterapie nebo do malování.*“ Pracovnice 3 sdělila toto: „*Na našem oddělení je 8 klientek, z toho jsou dvě imobilní. Do dílem chodí pouze jedna klientka, ostatní klientky o návštěvu díle nemají zájem. Třeba na procházky ale bereme všechny klientky. Imobilní bereme na vozíky.*“ Pracovnice 4 odpověděla takto: „*V našem oddělení je deset klientek. Osm klientek je plně imobilních, dvě klientky do dílem chodit nechtějí a na procházky taky ne. Když je hezky, tak chodí před domov na lavičku.*“ Pracovnice 4 uvedla toto: „*U nás je deset klientek. Imobilní jsou dvě klientky. Dílny navštěvují čtyři klientky, protože by ostatní klientky v dílnách nevydržely, protože nedokážou udržet pozornost. Za teplého počasí chodí na procházky všechny klientky kromě imobilních.*“, Pracovnice 6 tuto otázku uzavřela takto: „*Na našem oddělení je patnáct klientek. Dílny navštěvuje osm klientek. Tři klientky se střídají v práci v kuchyni a čtyři klientky pomáhají v prádelně.*“

Další otázka, kterou jsem položila byla „*Jaké aktivizační činnosti domov nabízí?*“ Pracovnice se ve svých odpovědích shodovaly. V konečném výsledku uvedly, že je v rámci areálu budova, kde jsou dílny určené k aktivizačním činnostem. Tato budova je rozdělena na keramickou dílnu, textilně-výtvarnou dílnu a na dílnu ručních prací. Dále v zařízení probíhá muzikoterapie a dramaterapie. Dříve v zařízení probíhala i Canisterapie, která byla z důvodu pandemie koronaviru zastavena. Pracovnice 2 poukázala na to, že právě „*Canisterapie byla mezi klientkami velmi oblíbená.*“ Pracovnice 5 ve své odpovědi také zmínila, že jsou klientkám poskytnuty různé formy perličkových koupelí.

Co se týče pohybových aktivit, pracovnice uvedly, že je součástí zařízení „*posilovna*“, kde jsou dva rotopedy a elliptical. Když je však pěkné počasí, s klientkami se chodívá na procházky, zejména do parku, který je součástí zařízení nebo po vesničce. Jedna klientka v domově zvládá jezdit na kolečkových bruslích a dvě klientky umí jezdit na kole, takže v létě jezdívají v rámci areálu. Pracovnice 4 v odpovědi zmínila akci „*Vítání léta*“: „*...a v rámci pohybových aktivit dochází i k nácviku vystoupení na tzv. Vítání léta, které v zařízení probíhá každý rok. Na tuto akci si schopnější klientky cvičí různá vystoupení, např. pohádku O červené Karkulce. Na tuto akci jsou vždy pozváni rodinní příslušníci, je zde i tombola a různé hry jak pro klientky tak pro ostatní. Také je součástí živá hudba, takže si klientky mohou i zatancovat. Je tady vždycky supr atmosféra. Ted' bude vlastně 11. června.*“

V odpovědi na otázku: „*Zda probíhají aktivizační činnosti i mimo prostředí zařízení?*“ Pracovnice 1, 2, 5,6 ve svých odpovědích zmínily, že své klíčové klientky někdy berou do města, kde jdou s klientkami např. na zákusek a na kávu, přičemž klientky samotné komunikují s číšníkem a vybírají si, co si dají. Pracovnice 4 a 3 odpověděly, že aktivizační činnosti probíhají primárně v zařízení s ohledem na to, že jsou na jejich oddělení klientky, které potřebují vysokou míru podpory.

Do této kategorie jsem také zařadila dotaz: „*Jaké aktivizační činnosti jsou dle Vás nejoblíbenější?*“ Pracovnice se v podstatě shodly na tom, že jsou v rámci dílen velmi oblíbené keramické a textilní dílny. Povedené výrobky klientek se vystavují na místních výstavách a také se posílají na různé soutěže, kterých se zúčastňují domovy tohoto typu. Mezi oblíbené činnosti také patří procházky. Pracovnice 6 uvedla: „*Když je hezky, klientky jsou moc rády, když s nimi jdeme na procházku a mohou se podívat po vesničce. To bych taky určitě zařadila mezi jedny z nejoblíbenějších činností.*“

2. Kategorie: Samostatnost

V této kategorii jsem se zaměřila na to, zda klientky v zařízení nějakým způsobem pomáhají a také na otázku, která souvisí s oblastmi, ve kterých je nutná pomoc pracovníc.

První otázka v této kategorii byla: „*Podílí se klientky na chodu zařízení?*“ Pracovnice 1, která je na oddělení, kde jsou soběstačnější klientka na dotaz uvedla: „... *klientky jsou schopny kolem sebe udělat pořádek vlastně.. v pokoji.. po snídani, po obědě, po večeři uklízí stoly, uklízí nádobí, samy dávají do myčky.. prostě se postarají o to, aby to oddělení bylo čisté. Jedna klientka v sobotu vždycky udělá větší pořádek, to znamená, že utře prach, všechno dá do pořádku a jinak po sobě jsou schopny si takto uklidit. Třeba i ustlat postel je taková každodenní činnost, kterou by měly zvládnout všechny klientky z mého oddělení.*“ Podobnou odpověď uvedly takové pracovnice 2 a 6. Pracovnice 3, 4, 5 se shodly na tom, že se klientky na jejich oddělení příliš na chodu zařízení nepodílí, protože toho nejsou ze zdravotního hlediska schopné. Nicméně klientky, které jsou schopnější se snaží zapojovat např. tím, že si ustelou postel po tom, co je k tomu pracovnice vyzvou.

Pracovnice shodně sdělily, že mají vyhraněné zejména pátky na úklid, takže některé klientky již automaticky v pátek po snídani vezmou kyblíky a jsou nachystané, ale některé klientky je nutné opakovaně upozorňovat na to, je „*den úklidu.*“ Pracovnice 4 uvedla, že „*některé klientky se nedokáží zorientovat v těch dnech, že je ten den kdy by se mělo začít uklízet.*“

Doplňující otázkou jsem se zeptala na to zda se klientky také podílí na vaření. Všechny pracovnice přiznaly, že se v poslední době s klienty téměř nevařilo, avšak některé schopnější klientky pomáhají v kuchyně s přípravou oběda. V rámci této otázky pracovnice 6 zmínila tzv. „*cvičný byt*“, který je v zařízení. Tento byt simuluje garsonku o rozloze 1+1 s veškerým potřebným zařízením. : „*Tak v rámci jednoho oddělení je součástí cvičný byt... vaří tam, pečou tam... není to nic složitého.. dělají třeba kompoty s dohledem pracovnice...*“ Pracovnice 5 navíc uvedla: „*Kromě tohoto vaření a pečení v rámci oddělení, se někteří na chodu oddělení také podílejí přímo v kuchyni, kde dělají pomocné práce, umývají nádobí...*“

Kromě uklízení pokojů a pomoci v kuchyni jako další aktivity pracovnice uvedly, že schopnější klientky pomáhají v prádelně, kde třídí a rozváží prádlo po odděleních.

Celkově všechny pracovnice zdůrazňovaly, že je ve většině případech nutný dohled nad klientkami. Pracovnice 4 kladla důraz na to, že z jejího oddělení se na chodu zařízení nejsou schopny podílet žádné klientky vzhledem k jejich stupni mentálního postižení. Opět se tedy jedná o velmi individuální záležitost.

Na otázku „*V jakých oblastech potřebují klientky pomoc?*“ pracovnice sdělily podobné odpovědi. Uvedly, že je míra potřeby pomoci závislá na stupni mentálního postižení jednotlivých klientů a jedná se tedy opět o individuální záležitost. V zařízení jsou klientky, které potřebují pomoc i v orientaci v rámci areálu. V případě, že jdou do dílen je někdy nutné, aby je pracovnice doprovodila. Velká část klientů potřebuje pomoc ve všech základních oblastech života od hygieny, krmení, oblékání a svlékání. Pracovnice se také shodly, že i klientky s menší mírou mentálního postižení potřebují pomoc v oblasti financí, protože neznají hodnotu peněz. Ve většině případech je nutné, aby pracovnice do místního obchůdku klientky doprovodily a pomohly jim s nákupem.

3. Kategorie: Podpora pracovníků

Klíčovým pro tuto kategorii bylo zjistit, jaká je podpora pracovníků v rámci samostatnosti klientek.

Položená otázka „*Jakým způsobem vedete klientky k samostatnosti?*“ Pracovnice 1, 2, 5,6 reagovaly v podobném duchu. Pracovnice uváděly příklady toho, že když vezmou své klíčové klientky do města, tak se je snaží nechat věci vyřizovat samostatně. V případě potřeby jim poradí či navedou jak se mají například zeptat kolik daná věc stojí a podobně. Pracovnice 1 v části své odpovědi sdělila: „*No a taky na kde jakou činnost.. třeba i na psaní stížností máme pro klientky vypracované piktogramy... je to pro ty, které tomu rozumí... Klientky dělají ve směs to, co mi děláme. Když my s nima půjdeme třeba jabka, tak ony ony budou chtít taky. Spíš to dělají tou nápodobou, ale samostatná, asi tady není tak žádná klientka, která by si řekla, že si udělá kompot sama.*“ Pracovnice 2 uvedla: „*... taky když s klientkou jdu do cukrárny nebo na zmrzku, tak ji nechávám, aby si sama vybrala a mluvila s tím číšníkem...*“ Pracovnice 5 odpověděla toto: „*Třeba když jedu jako klíčový pracovník do města nakupovat, tak klientku s sebou vezmu a snažím se jí nechat, aby si věci vybrala sama a taky aby si u poklady sama zaplatila. Potřebné peníze klientce dávám.*“ Pracovnice 6 mimo jiné zmínila toto: „*No.. a třeba já mám zrovna jednu klientku, která umí číst a psát a píše mi vždycky dopisy... co potřebuje koupit... píše mi vždycky seznam toho, co by chtěla nakoupit.*“

Pracovnice 3 a 4 sdělily, že je téměř nemožné vést klientky z jejich oddělení k samostatnosti kvůli vysoké míře jejich mentálního postižení.

Pracovnice se dále shodly na tom, že co se týká starání se o jednotlivé pokoje klientek, tak jsou to právě primárně klientky, které mají tuto povinnost. „... *Jako když je třeba tak klientky navedeme nebo ukážeme co a jak dělat... u některých je nutné je vždy alespoň slovně navést k určité činnosti, protože by je to samotné ani nenapadlo i kdy je to, dalo by se říct, taková rutina.*“

V rámci této kategorie jsem se také ptala na otázku, zda s klientky probíhá nácvik ovládnání mobilního telefonu, počítače či například puštění trouby. Pracovnice se ve své podstatě opět shodly na tom, že klientky k technologiím netíhnou a nemají zájem se učit jak je ovládat. Mobilní telefon klientkám pomáhá ovládat služba. Pracovnice 2 sdělila: „*Kdysi byly ve školičce počítače, že.. tam chodily, ale tam byly jen nějaké obrázky nebo nějaké hry nebo.. něco takového jednoduchého.*“ . Pracovnice 5 poukázala na toto: „*Ony jsou schopny si samy vytočit číslo třeba na rodinu, ale pak jsou schopny si taky ten mobil tak zablokovat, že potom musí prostě za službou, aby jim s tím pomohla.*“

Samostatnost v oblasti sebezpečí zhodnotily tak, že víc než polovina klientek potřebuje v nějaké části sebezpečí pomoci a je zde jen opravdu malá část těch, kteří zvládnout sebezpečí samostatně. „... *Ony ví, že třeba po snídani půjdeme do koupelky a každému zvlášť musíme pořád říkat .. zubní kartáček... oni nejsou schopny si samy najít ani vlastně svoje věci ze svého košíku... svůj kartáček. Některé nejsou schopny ani si ho vytáhnout.*“ Pracovnice uvedly, že i toto slovní pobízení je třeba u sprchování nebo oblékání. Pracovnice 1, 2, 5 6 sdělily, že mají na oddělení klientky, které se například zvládnout samostatně osprchovat, ale z důvodu bezpečnosti je nutné, aby jim ve sprše nachystaly protiskluzovou podložku a podobně, protože by toto klientky samotné nenapadlo.

Oblast oblékání záleží na míře mentálního postižení klienta. Všeobecně pracovnice nechávají schopnější klienty, aby si oblečení chystaly samostatně. Stává se, že klientky neodhadnou oblečení adekvátně k počasí, takže pracovnice klientce vysvětluje, že by jí bylo moc chladno či teplo. Například když je teplo a klientka si vezme svetr, tak pracovnice poukazuje na slunce, případně ukáže slunce pomocí piktogramu, tak aby klientka pochopila, že se má samostatně převléknout.

5.2 Pohled klientek

Vzhledem k mentálnímu postižení klientek bylo nutné upravit otázky tak, aby pro ně byly srozumitelné. Snažila jsem se o tvorbu jednoduchých otázek, bez abstraktních pojmů a dala jsem klientkám dostatečný prostor na to, aby se mohly vyjádřit. V podstatě jsem využila doporučení pro komunikaci, které mám uvedené v kapitole 1.2. Autonomie a komunikace. Z praxe jsem zjistila, že pracovnice domova jsou pro klientky „tety“ takže jsem v rozhovoru zaměnila slovo „pracovnice“ právě za toto vyjádření.

1. Kategorie: Aktivizační činnosti

Zde jsem zjišťovala jaké aktivizační činnosti klientky v domově navštěvují. Chtěla jsem také získat komplexnější obraz o tom, co je baví a co umějí.

Na otázku: „*Do jakých dílen chodíte?*“ Klientka 1 odpověděla: „*Já chodím Lence malovat trička, polštářky a tašky.*“ Klientka 2 sdělila: „*Já ty dílny tak střídám.. baví mě kreslit... hlavně na ty trička.. ale třeba umím i vyšívát, takže... no... dycky se domlouvám s tetama kam zrovna půjdu.*“ Klientka 3 na toto odpověděla: „*No.. a já dělám s papírem. Kreslím a tak.*“ Klientka 4 odpověděla: „*Já třeba ráda vyšívám a taky poslouchám kazety.*“ Klientka 5 se vyjádřila takto: „*Já mám ráda to kreslení na polštáře... ale i když jsme s tetama dělaly takové látkové kočičky...ty byly moc pěkné. No... a tak nejvíc chodím do té šicí dílny, kde šijeme...*“ Klientka 6 uvedla toto: „*Já ráda dělám s hlinou... třeba domeček a taky ráda nacvičuju různé tančení... teď bude 12.června Vítání Léta a na to nacvičujeme... přijede třeba i rodina.. to se těším.*“

Otázku „*Jaké činnosti máte nejvíc rády?*“ Klientky v podstatě odpovídaly dle toho, jaké aktivizační činnosti v domově navštěvují. Klientky 1 a 5 odpověděly, že nejradši malují. Klientka 2 sdělila, že nejradši kreslí. Klientka 3 uvedla, že si ve volných chvílích ráda kreslí na papír. Klientka 4 řekla, že když má chvílku, tak si moc ráda poslouchá různé kazety, klientka 6 opět reagovala, že jí nejvíc baví práce s hlinou.

Kromě těchto aktivit se klientky také shodly na tom, že mají moc rády procházky, na které chodí buď samostatně nebo ve skupince s pracovníci a dalšími klientky, kteří potřebují pomoc pracovníků. Klientka č. 1 si také vzpomněla na Canisterapii: „*No.. a chodily k nám taky dva pejsci... dávala jsem jim kokyna a hladila je.. to byla paráda, ale teď tu nebyly dlouho...*“

2. Kategorie: Samostatnost

Do této kategorie jsem zařadila otázky, které se týkají samostatnosti klientek. Zaměřila jsem se zejména na to, zda v domově nějakým způsobem pomáhají, zda samostatně opouští areál zařízení například do obchodu. Během rozhovoru jsem se ptala na další otázky v reakci na odpovědi klientek.

Otázka „*Staráte se o své pokoje?*“ Celkově klientky sdělily, že se o své pokoje musí starat samostatně, což zahrnuje ustýlání postelí, utírání prachu a vytírání podlahy. Klientka 1 řekla toto: „*No... my si v pokojčcích musíme držet čisto...samy si tu utíráme prach i podlahu, abychom tady neměli binec. Musíme přece žít v čistotě.*“

Na otázku „*Jak pomáháte na oddělení tetám?*“ .“ Klientka 1 sdělila: „*No.. já podávám nádobi do myčky a vytahuju... pak dávám židle navrch pak dule. Pomáhám v prádelce... rozbáším třeba na oddělení cisté prádlo.*“ Klientka 4 odpověděla, že se střídá v prádelně s klientkou 1. Klientka 2 uvedla: „*No... tak já třeba chodím do kuchyně... pomáhám paním kuchařkám třeba s krájením brambor... nebo mrkve.. to mě baví.*“ Stejně tak v kuchyni pomáhá klientka 6. Klientka 3 reagovala: „*No...třeba já vařím pro všechny vždycky kafe... zapínám tu varnou konvici.*“ Klientka 5 uvedla: „*Já utírám stoly .*

Položila jsem také otázku, „*Jestli v zařízení společně vaří?*“ bylo shodně sděleno, že v poslední době již dlouho nevařily. Klientky řekly, že je to škoda, protože je vaří bavilo. Klientka 4 také poukázala na to, že si snídani částečně klientky připravují: „*Tety nám nachystají snídani na talíř... a my si to pak už mažeme samy.. třeba chleba si natřeme marmeládou.*“ Dále klientka 1,2,3,4 a 5 sdělily, že spotřebiče jako je mikrovlnná trouba či elektrický sporák samostatně neobsluhují, protože se toho bojí. Jen klientka 6 uvedla: „*Tety nám to ukazovaly... já si to zkusila a šlo to.*“

Následovala otázka, „*Zda samy odpouští domov a chodí mimo areál?*“ Všechny klientky na tuto otázku daly kladnou odpověď. Uvedly, že samostatně chodí do místního obchůdku. Každý měsíc dostávají od sociální pracovnice 100 Kč, s kterými můžou disponovat. Klientka 1 navíc uvedla, že sama chodí na poštu s balíky, když je potřeba. Těchto šest klientek společně taky chodí do kostele, který je součástí areálu. Klientka 5 řekla: „*V sobotu nebo v neděli jdeme... tam chodíme taky společně samy bez tet.. to už víme kde to je, tak tam chodíme.*“

V souvislosti na nakupování jsem se zeptala na otázku, „*Jestli si uvědomují, co si za tu stovku můžou všechno koupit?*“ Ani jedna klientka nedala kladnou odpověď. Všechny dotazované klientky nedokáží určit hodnotu peněz. Dále na tuto otázku klientky shodně uvedly, že jim prodavačka vždy nabídne určité zboží, které si mohou za danou částku koupit.

Klientky, se kterými jsem udělala rozhovor také vlastní svůj mobilní telefon. Dle jejich odpovědí lze říct, že je samostatně umí používat na volání na známá čísla, například se dovolávají rodině nebo kamarádkám. Složitější úkony nezvládají. „... *Vždycky zmáčknu nebo vypnu.*“ Klientky si také dokážou samostatně zapnout televizi či rádio.

Oslovené klientky také samostatně zvládnou vykonat veškerou hygienu, od čištění zubů až po sprchování. Sdělily, že u těchto úkonů nepotřebují žádný dohled pracovníc, protože to zvládnou.

3. Kategorie: Podpora pracovníc

Tuto kategorii jsem zařadila, abych zjistila v čem klientky potřebují pomoc a na koho se primárně obrací v případě, že potřebují něco vysvětlit.

Položila jsem otázku „*Jak vám tety pomáhají?*“ Z odpovědí klientek vyplynulo, že pomoc pracovníc v podstatě nepotřebují, protože jsou v základních oblastech soběstačné. Klientky se v odpovědi shodly, že ve sprše potřebují pomoc s umýváním vlasů, protože nedokážou odhadnout množství šamponu.

Další otázka byla „*Jak vám tety vysvětlují věci, které jsou pro vás obtížnější?*“ Klientky 2 odpověděly: „*No.. tak třeba když mi něco nejde, tak se mi to teta nejprve snaží ukázat.. jakože předvést... když mi třeba nejde v dílně ustrihnout papír, tak mi to teda jako ukáže... a pak to zkouším sama.*“, Podobnou odpověď uvedly i ostatní klientky. Klientka 3 navíc sdělila: „*No.. a když jsme před tím vařily a nevěděla jsem jak zapnout troubu, tak... tety nám ukázaly takový... jako kdyby leták s tím, co máme dělat první... třeba když jsme pekly buchtu... tak mi to teda četla a společně jsme troubu zapnuly... já se sama trouby bojím.*“ Klientka 6 také svou odpověď doplnila: „*No, a když jsem třeba pekly... tak nám tety ukazovaly co máme dělat podle takových názorných obrázků... no... bylo tam přesně nakresleno, co a jak dělat... tety to s námi před pečením dycky procházely... ty obrázky byly moc hezké a líp jsem to podle nich pochopila.*“ Použití piktogramů také zmínila klientka 1,3,4,5.

5.2.1 Pozorování

S klientkami, se kterými jsem udělala rozhovor jsem strávila celý den, kde jsem pozorovala jejich činnost a samostatnost. V rámci pracovních dílen jsem se také zaměřila na pozorování aktivit, které klientky vykonávají, případně v čem v dané aktivitě potřebují pomoc.

Klientka 1

Klientka je usměvavá a komunikativní. Když ráno vstala, tak si ustlala postel a samostatně provedla ranní hygienu. Následně si ze skříně nachystala věci a převlékla se. V jídelně sundala židle. Jednotlivé komponenty snídaně – rohlík, máslo a marmeládu si klientka zvládla sama namazat. Až se všichni nasnídaly, klientka dala všechno nádobí do myčky. Cestu do pracovních dílen klientka taktéž zvládla samostatně bez potřeby doprovodu. V dílně se věnovala malování polštářku. Pracovnice klientce nachystala potřebné barvy na textil, ty by klientky sama nepoznala. Kreslení barvy poté bylo v celkové roli klientky. V pracovních dílnách byla potřeba, aby pracovnice klientce připomínala pitný režim. V poledne se vrátila zpět na oddělení, kde si snědla naservírovaný oběd a poté dala špinavé nádobí od všech klientů do myčky. Myčku následně zapnula. Po odpoledním klidu šla klientka opět na chvíli do dílen a pak se šla projít po parku. Po návratu na oddělení do večere poslouchala rádio. Před večerí klientka uklidila nádobí z myčky. Večeři opět sama snědla a posbírala nádobí do myčky. V jídelně zvedla židle. Večerní hygienu zvládla klientka také samostatně.

Klientka 2

Klientka je moc ráda ve společnosti lidí. Ráno si samostatně ustlala postel, provedla ranní hygienu a oblékla se. Komponenty snídaně – chleba s pomazánkou si klientka zvládla namazat a následně sníst samostatně. Po snídani se klientka vydala do kuchyně, kde pomáhala s přípravou oběda. Klientka zvládla nakrájet mrkev a brambory. Tato činnost šla klientce pomalu, nicméně ji zvládla. Před obědem se klientka vrátila zpět na oddělení, kde si následně snědla oběd. Po obědě klientka zamířila do dílny. V dílně se zeptala pracovnice, co může dnes vytvářet. Pracovnice klientce nabídla vyšívání, s čímž klientka souhlasila. Poté pracovnice klientce nachystala potřebné věci – plátýnko se vzorem, nitě a jehlu. Klientka sama nezvládla navléct nit do jehly, takže to provedla pracovnice. Samotné vyšívání pak zvládla. Když klientka skončila v dílně, tak šla

na oddělení do společenské místnosti, kde se bavila s ostatními klientkami. Večeři klientka zvládla sníst sama, stejně tak samostatně provedla večerní hygienu.

Klientka 3

Klientka je veselá a sdílná. Ráno si automaticky ustlala postel, provedla ranní hygienu. Poté si ze skříně vytáhla oblečení, které si oblékla. Poté šla do jídelny, kde klientkám, které chtěly, uvařila kávu – připravila hrnky, dala do nich kávu, zapnula varnou konvice a poté kávu zalila. Nachystanou snídani si stihla do připravit -namazala si chleba máslem a dala na něho salám. Následně snídani sama snědla. Po snídani šla klientka společně s klientkou 5 do dílny. V dílně se klientka rozhodla pro malování s vodovkami. Pracovnice klientce nachystala papír, štětec a vodu. Klientka poté samostatně pracovala, věděla jak se vodové barvy používají. Na oběd se klientka opět společně s klientkou 5 vydala zpět do oddělení. Oběd snědla samostatně. Po odpoledním klidu se již klientce nechtělo vracet do dílny, raději šla ven na houpáčku a bavila s dalšími klientkami. Odpoledne opět vařila kávu těm, kteří chtěly. Večeři klientka opět snědla samostatně. Následovala večerní hygiena – pracovnice musela dát do sprchy protiskluzovou podložku, na kterou klientka zapoměla. Provedení hygieny a převléknutí do pyžama poté klientka zvládla sama.

Klientka 4

Klientka je ze začátku ostýchavější, avšak když si zvykne je upovídána. I tato klientka si po probuzení ustlala postel a naplnula prostěradlo. Poté si udělala ranní hygienu, nechystala si oblečení a převlékla se z pyžama. Sama přešla do jídelny, kde si dochystala nachystanou snídani – namazala si rohlík máslem a dala na něho sýr. Po snídani šla klientka pomáhat do prádelny. V prádelně klientka pomáhala dávat prádlo do pračky, a poté čisté prádlo rozvázela po jednotlivých oddělení, takže je její orientace velmi dobrá. Klientka se poté vrátila na své oddělení na oběd, který si sama naporcovala a snědla. Po odpoledním klidu šla klientka do dílen, kde si domluvila s pracovníci, že bude dnes vyšívat. Pracovnice klientce nachystala plátno, jehlu a nitě, přičemž si klientka zvládla nit sama navléknout a poté vyšívala. Když skončily dílny, tak se klientka vrátila na svůj pokoj, kde si pustila rádio. V čase večeře klientka přešla do jídelny, kde se najedla. Následovala večerní hygiena a převléknutí do pyžama, což klientka zvládla samostatně.

Klientka 5

Klientka si ráda povídá s lidmi a je velmi otevřená. I tato klientka si ráno nejprve ustlala postel a šla vykonat ranní hygienu, kterou zvládla samostatně. Klientka se poté převlékla do oblečení. I když bylo poměrně chladno, klientka si vzala pouze tričko s krátkým rukávem, takže byla upozorněna pracovníci, že by si měla obléknout mikinu či svetr. Klientka tak učinila. Snídani si klientka zvládla dochystat samostatně – namazala si chleba s máslem a pomazánkou, kterou měla připravenou na talíři. Poté společně s klientkou 3 šly do dílen. Klientka šla do šicí dílny, kde se pustila do přišívání knoflíku na maňáska. Klientka samostatně nezvládla navléct nit do jehly, takže tak učinila pracovnice. Klientka si občas nebyla jistá, zda zašívání dělá dobře, takže se obracela na pracovnici, která ji vždy poradila a názorně ji přišívání knoflíku ukazovala. V čase oběda šla klientka společně s klientkou 3 zpět na oddělení, kde se samostatně najedla. Po obědě na papír psala seznam věcí, které by chtěla nakoupit – mýdlo, kapesníky, čokoládu. Seznam poté předala své klíčové pracovnici. Klientka si poté zapnula televizi a do večere se dívala na filmy. Na večeri se klientka odebrala do jídelny, kde se najedla. Následně provedla večerní hygienu a poprosila pracovníci, aby ji umyla vlasy.

Klientka 6

Klientka je veselé povahy a často se usmívá. Tak jako v předchozích případech, i tato klientka si po probuzení ustele postel a poté provádí ranní hygienu. Po hygieně se převlékla do oblečení a jde do jídelny. Také tato klientka si zvládla na snídani namazat rohlík s máslem a šunkou, který měla nachystaný na talíři. Po snídani šla klientka do dílny do místnosti, která je určena k pohybovým aktivitám. Zde probíhal nácvik na akci „Vítání léta“, kde klientky předvedou vystoupení. Společně s dalšími klientkami nacvičovali scénku, kde měla klientka dávat špekáčky na papírový talířek a předávat je ostatním. Klientce nácvik šel poměrně snadno a bylo zjevné, že jí to moc bavilo. Poté se vrátila na oddělení, kde si dala oběd. Po odpoledním klidu šla klientka za pracovníci, které sdělila, že si zajde do místního obchodu na něco sladkého. Následně šla tedy samostatně do obchodu, kde si za pomoci prodavačky vybrala co si může se svůj obnos peněz koupit. Klientka se následně vrátila zpět do domova, kde zůstala venku s dalšími klientkami. V čase večere klientka přešla do jídelny, kde se samostatně najedla. Po večeri vykonala hygienu.

5.3 Shrnutí

Výzkum mé bakalářské práce se zaměřuje na aktivizační činnosti v domově pro osoby se zdravotním postižením a jakým způsobem jsou klientky vedeny k samostatnosti. Část analýzy a interpretace dat je s ohledem na zvolenou metodu rozdělena na dvě hlavní části, a to na pohled pracovnice a pohled klientek. Rozhovory jsou poté rozděleny do samostatných kategorií. Pohled klientek je dále obohacen a formou metody pozorování.

První kategorie se zaměřuje na aktivizační činnosti v domově. Pracovnice ve svém výčtu zmínily dílny, které jsou součástí zařízení. Je zde keramická dílna, dílna ručních prací a výtvarně textilní dílna. V rámci tohoto domova probíhá také muzikoterapie a dramaterapie. V odpovědi mě zaujal fakt, že dříve v zařízení probíhala Canisterapie, která byla oblíbená, ale zatím stále nedošlo k její obnově. Tento fakt potvrdily i klientky ve svých odpovědích. Zajímavým faktem je počet klientek, které navštěvují dílny. Z celkového počtu 75 klientek do dílen chodí pouze 29 klientek, což není ani polovina. Oblíbené činnosti pracovnice označily textilní, keramické dílny a procházky v čem si shodují i odpovědi od klientek. Hezká je i zmínka o každoroční akci „Vítání léta“, na které klientky nacvičují vystoupení pro své rodiny a širokou veřejnost. Prostřednictvím této akce lze lidem přiblížit, že i osoby s nějakou formou handicapu, jsou v podstatě stejní jako všichni ostatní.

Otázky v kategorii 2 byly cílené na samostatnost klientek. S odpovědi můžu konstatovat, že se klientky aktivně podílí na chodu zařízení. Ve výčtu byly zmíněny aktivity typu úklid pokoje, utírání stolů, úklid nádobí. Klientky zde také pomáhají v prádelně a kuchyni. Důležitým faktem je, že samostatnost klientek se odvíjí od stupně jejich postižení a pomoc pracovníků je velmi individuální záležitostí. Dle odpovědí zaměstnankyň lze konstatovat, že je v zařízení velký počet klientek, který se bez pomoci personálu neobejdou. Dále bych vyzdvihla fakt, že si schopnější klientky chodí samy nakupovat do místního obchodu, chodí na poštu a dává se jim prostor pro samostatné jednání. Z odpovědí jak pracovníků tak klientek vyplývá, že v nakupování potřebují pomoc, protože nedokážou určit hodnotu peněz. Vybrané klientky také vlastně svůj mobilní telefon, kde umí ovládat základní funkce, zvládnout zapnout televizi i rádio.

Kategorie 3 je zaměřena na podporu pracovníků. Z odpovědí můžu říct, že se pracovníci celkově snaží o to, aby klientky byly samostatné a opět ke klientkám přistupují dle jejich individuálních schopností. Pracovníci se snaží klientkám srozumitelnou formou vysvětlit

věci či činnosti, kterým klientky nerozumí. Používají k tomu názorných ukázek a také využívají piktogramů, což je pro klientky dle provedených rozhovorů přínosné.

5.4 Limity práce

V průběhu času, který jsem věnovala své bakalářské práci, jsem si také začala všímat limitů, které má. S ohledem na to, že jsem využila metodu polustrukturovaného rozhovoru, jsou výsledky práce velmi subjektivní a odvíjí se od odpovědí, které jsem získala od vybraných respondentů. Pro větší přesnost výsledků by byl třeba udělat tento výzkum z větším počtem respondentů.

Jsem si také vědoma určitých zásad, která komunikace s osobou s mentálním postižením má, avšak ne vždy se mi tyto zásady dařily dodržovat na 100%. V průběhu rozhovorů s klientkami se mi také stávalo, že klientky odbíhaly od tématu, takže jsem je musela vracet zpět, což pro mě bylo občas náročné a nestačila jsem se poté dostat k některým doplňujícím otázkám, abych postoj klienta pochopila v hlubší rovině. Nedostatek vidím také v pozorování, které probíhalo s každou klientkou pouze jeden den. Pro získání konkrétnějších poznatků by jistě bylo třeba pozorování několikrát zopakovat.

Výsledky výzkumu tedy nelze použít jako univerzální, avšak i přesto jsem přesvědčena o tom, že poznatky, které jsem získala mohou být zajímavé pro zařízení domovů pro osoby se zdravotním postižením.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou klientky v domově se zdravotním postižením aktivizovány a vedeny k samostatnosti, v případě zjištěných nedostatků navrhnout možnosti zlepšení. Hlavní výzkumná otázka byla formulována takto: Jsou klientky v domově se zdravotním postižením vedeny k samostatnosti?

V teoretické části byly vysvětleny pojmy, které se k mé práci vztahují. Tyto pojmy byly vysvětleny citacemi autorů, kteří se touto problematikou zabývají.

Praktickou část tvoří kvalitativní výzkum přičemž byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která byla doplněna o metodu pozorování. Výzkum byl rozdělen do dvou částí a to na „pohled pracovníc“ a „pohled klientek.“ Na základně získaných odpovědí lze konstatovat, že jsou klientky dostatečně vedeny k samostatnosti. Klientky mají v rámci domova své povinnosti, podílí se na chodu zařízení. Pracovnice za klientky nedělají věci, které klientky samotné zvládnou a také se jim snaží vysvětlit věci, kterým nerozumí. Samozřejmostí je, že vše probíhá na základně individuálních schopností klientek.

K hlavnímu cíli jsem si poté zvolila tři dílčí cíle. První dílčí cíl jsem formulovala takto: Jakým činnostem se klientky v zařízení věnují? Z rozhovorů a také prostřednictvím pozorování vyplynulo, že klientky mají možnost vyplnit svůj část v pracovních dílnách, které jsou zaměřené na práci s keramikou, textilem a na ruční práce. V rámci zařízení je také „posilovna“, která je určena k pohybovým aktivitám. Oslovené klientky se také podílí na chodu zařízení. Pomáhají v kuchyni a v prádelně. Klientky také rády chodí na procházky a některé také navštěvují kostel.

Druhý dílčí cíl byl stanoven takto: Jaké schopnosti a dovednosti mají klientky v oblasti soběstačnosti a samostatnosti? Podle odpovědí pracovníc je v domově velké spektrum klientek s různou mírou podpory od plně imobilních klientek až po klientky s lehkým mentální postižením. Vybrané respondentky jsou v podstatě soběstačné v základních oblastech života. Jsou si také schopny samostatně dojít do místního obchůdku. Získané informace poukazují na to, že v oblasti financí mají klientky problém a nedokážou určit ani základní hodnotu peněz.

Třetí a poslední dílčí cíl zněl takto: Jakým způsobem pracovnice vedou klientky k samostatnosti? Lze konstatovat, že se pracovnice snaží zvyšovat samostatnost klientek.

V případě, že klientka něco nedokáže nebo si neví rady, ví na koho se obrátit a pracovnice jí to názorně vysvětlí, případně používá piktogramy, což klientkám pomáhá.

Hypotéza, kterou jsem si stanovila byla dle provedeného rozhovoru a pozorování naplněna. Ačkoliv se v domově pracovnice snaží vést klientky k samostatnosti a daří se jim to, jako prostor pro zlepšení bych viděla v oblasti finanční gramotnosti, která má v samostatnosti velkou roli. Bylo by dobré, kdyby pracovnice prováděly formou nácvik nakupování a snažily se prostřednictvím piktogramů klientkám tuto oblast víc přiblížit. Doporučila bych také obnovení Canisterapie, která byla u klientek velmi oblíbená.

BIBLIOGRAFIE

- BENDO VÁ Petra a ZINKL Pavel. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing.
- BENÍČKOVÁ, Marie. 2017. *Muzikoterapie a edukace*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4238-0.
- CASE Caroline a Tessa DALLEY. 2005. *The handbook of art therapy*. New York, NY: Taylor & Francis Group. ISBN 0-415-04381-6
- GÉRINGOVÁ Jitka. 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton. ISBN 9788073873943.
- HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha : Portál. ISBN 80-7367-040-2. 303.022.
- HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HRUŠKOVÁ Hedvika a MATOUŠEK Oldřich a LAMDISCHOVÁ Erika. 2005. „*Sociální práce s lidmi s mentálním postižením*“. In: MATOUŠEK Oldřich. a KOLÁČKOVÁ Jana a KODYNOVÁ Pavla. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X
- JANDOUREK Jan. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-535-0.
- JENNINGSOVÁ, Sue. 2014. *Úvod do dramaterapie: Divadlo a léčba Ariadnina nit*. Praha: Jalna. ISBN 978-80-86396-79-8
- KALVACH, Zdeněk. 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. 2001. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699- 1.
- LANGLEY, Dorothy. 2006. *An Introduction to Dramatherapy*. United Kingdom : SAGE Publications. ISBN 9780761959779.
- LEČBYCH Martin. 2008. *Mentální retardace v dospívání a mladá dospělost*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-2071-4

- MATOUŠEK, Oldřich. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich a KODYNOVÁ Pavla a KOLÁČKOVÁ Jana. 2005. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- MLÝNKOVÁ, Jana. 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar. a ZÁMEČNÍKOVÁ, Dana.2005. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3718-0.
- PÁVKOVÁ, J. 2002. *Pedagogika volného času*. Praha: Portál
- PICHAUD, Clément A THAREAU, Isabell.1998. *Soužití se staršími lidmi*. Vyd. 1. Portál. ISBN 80-7178-184-3
- PIPEKOVÁ, Jarmila, VÍTKOVÁ, Marie. 2001. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. Brno : Paido. ISBN 80-7315-010-7.
- PIPEKOVÁ Jarmila. et al., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přep. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0
- POTMĚŠILOVÁ, Petra a Sobková, Petra. 2012. *Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy*. ISBN 987-80-244-3120-8
- REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1, Praha: Grada Publishing, a. s., ISBN 978-80-247-3006-6.
- SKUTIL Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-778-7.
- SLOWÍK Josef., 2016. *Speciální pedagogika*. 2. akt. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271- 0095-8.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. 2016. *Základy arteterapie*. Rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-802-6210-436.
- ŠVARCOVÁ, Iva. 2000. *Mentální retardace :vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7178-506-7
- VACEK Tomáš, časopis Sociální služby, článek Což takhle dát si hudbu aneb Muzikoterapie v praxi, říjen

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH a kol. 2012. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA Milan a MULLER Oldřich. 2013. *Psychopedie*. Praha: Parta. ISBN: 978-80-7320-290-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3

Právní normy

Zákon č. 108/2006 Sb. [o sociálních službách]

Vyhláška č. 505/2006 Sb.. [Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách]

Internetové zdroje

GROSSOVÁ, Stanislava. 2002. *Marketing: principy, postupy, metody* [online]. 1. Praha: Vysoká škola chemicko-technická v Praze, 2002 [cit. 2022-05-22]. ISBN 60-7080-505-6. Dostupné z: http://147.33.74.135/knihy/uid_isbn-80-7080-505-6/pages-img/001.html

PÁVKOVÁ, Jiřina. 2014. *Pedagogika volného času* [online]. [cit. 2022-06-23]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/180657-Pedagogika-volneho-casu.html>

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výzkumný vzorek klientek..... 24

Tabulka 2: Výzkumný vzorek klientek..... 24