



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Adaptační proces u dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče

Bakalářská práce

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Václava Křenková

Vedoucí práce: Hana Konečná, doc. PhDr. Ing. Ph. D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem Adaptační proces u dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2019

.....

Poděkování

Ráda bych srdečně poděkovala vedoucí mé bakalářské práce doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph. D., za odborné vedení, trpělivost a cenné rady, kterých si velmi vážím. Dále bych chtěla poděkovat všem asistentům a rodičům dětí, kteří se podíleli na tvorbě mého rozhovoru. Nakonec bych chtěla věnovat poděkování rodině, hlavně mému synovi a manželovi za podporu během studia i při tvorbě bakalářské práce.

Adaptační proces u dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče.

Abstrakt

Kombinované postižení lze charakterizovat jako kombinaci dvou a více druhů různě závažných postižení u jedince. Kombinované vady, vícenásobné postižení či multihandicap jsou synonymem pro kombinované postižení. Toto postižení lze rozdělit do dvou skupin. První skupinou je vrozené kombinované postižení, které vzniklo v průběhu těhotenství, během či krátce po porodu nebo na základě genetického podkladu. V druhé skupině je vícenásobné postižení získané během života.

Tyto děti, přestože mají uděleno do vínku nějaké postižení, mají právo na důstojné zacházení a plnohodnotný život. Jelikož práce s dětmi bývá pro jejich rodiče často fyzicky i psychicky náročná, je zde odlehčovací služba, která umožní rodičům dočasný odpočinek nebo čas pro zařízení si některých důležitých osobních záležitostí. Tato změna není rozhodně pro dítě jednoduchá. Zvyknout si na nové prostředí, nové lidi a jiný denní režim, nežli jsou zvyklé z domova.

Teoretická část bakalářské práce definuje adaptační proces, zabývá se charakteristikou a dělením postižení a vysvětluje pojem kombinované postižení. Věnuje se dětské mozkové obrně. Dále se zabývá respitní péčí, její historií a jejím významem pro osobu pečující, i o kterou je pečováno. V teoretické části rovněž vysvětlují pojmy osobní asistent a osobní asistence.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak probíhá adaptační proces dětí s kombinovaným postižením v rámci respitní péče nebo odlehčovací služby. Pro teoretickou část byla zvolena metoda kvalitativní výzkumná strategie. Metodou získávání dat byly semistrukturované rozhovory, které jsem vedla s asistenty a rodiči dětí, a pozorování. Metodou zpracování dat byla kvalitativní obsahová analýza.

Z mé práce vyplynulo, že není možné vyhovět všem klientům, aby se zachovaly zažité životní návyky z domova pro lepší adaptaci. Nicméně, jak vyšlo z výzkumu, každý asistent se plně věnuje své práci a využívá všechny možnosti k tomu, aby adaptace dětí na pobyt probíhala co nejkvalitněji.

K druhému cíli, který zněl: zhodnotit spokojenost rodičů s programem respitní péče či odlehčovací služby, bych uvedla, že všichni tázaní rodiče jsou velmi spokojeni se službami respitní péče.

Výsledky mé práce mohou posloužit k lepšímu vývoji a zlepšování kvality programů respitní péče. Dále při výuce nových sociálních pracovníků nebo je lze použít v odborných publikacích.

Klíčová slova

Adaptace, respitní péče, odlehčovací služba, kombinované postižení

The children adaptation process with multiple disabilities in the program of respite care.

Abstract

The combination of two or more kinds of differently severe disabilities in an individual is characterized as a multiple disability. When this term is used, it usually means combined defects, multiple disabilities or multi handicaps. This kind of disability can be divided into two groups. There is either a congenital multiple disability which already occurred in pregnancy, shortly after birth or it is based on genetical background. Or there is another group of multiple disabilities, those which acquired during life.

Disabled children, despite their differences, have right to be treated in a decent way and live a full life. Work with disabled children is often both physically and mentally demanding for their parents. Therefore there is a special relief service which helps parents to rest temporarily or gives them time for managing their personal duties and important matters. Although this change is definitely not easy for a child. It involves getting used to a new environment, new people and a different daily routine to the one which they are used to at home.

The theoretical part of this work defines the adaptation process, deals with the characteristics and division of disabilities and also explains the concept of multiple disability. It focuses on cerebral palsy. Furthermore, it deals with respite care, its history and its importance for the caring people as well as for those who are cared for. I also explained the terminology of a personal assistant and personal assistance in that section.

The aim of my bachelor thesis was to find out how the process of adaptation of children with multiple disabilities within respite care or relief service work. I chose the qualitative research strategy method for the theoretical part. I used the method of semi-structured interviews for collecting data. I made the interviews with assistants and parents, I also used the method of observation in a group. Then I put all the gained data together and made a qualitative analysis.

My work has shown that it is not possible to comply all clients in order to maintain their living habits from home for better adaptation. However, as the research shows, all

assistants are fully dedicated to their work and use all the opportunities to make the adaptation as pleasant and high quality as possible.

My other objective was to assess the parents' satisfaction with respite care or relief services. After the questioning I would say that all the interviewed parents are content with the care services.

The results of my work can help the improvement and development of respite care programs. It is also applicable while teaching new social workers or useful for professional publications.

Keywords

Adaptation, respite care, relief service, multiple disabilities.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	11
1.1 Kombinované postižení.....	11
1.1.2 Etiologie	12
1.1.3 Klasifikace	13
1.2.4 Dětská mozková obrna	13
1.2 Postižení obecně.....	15
1.2.1 Zrakové postižení	16
1.2.2 Sluchové postižení.....	16
1.2.3 Tělesné postižení	17
1.2.4 Mentální postižení	17
1.3 Adaptační proces	18
1.3.1 Komunikace, klíč k úspěchu.....	19
1.4 Respirní péče/odlehčovací služba	19
1.4.1 Historie respirní péče.....	22
1.5 Osobní asistent	23
1.6 Osobní asistence.....	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	26
2.1 Cíl práce	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
3 Metodika	27
3.1 Výzkumné metody	27
3.2 Zkoumané skupiny	28
3.3 Realizace výzkumu	29
3.4 Metody zpracování dat.....	29
4 Výsledky	31
4. 1 Osobní asistenti	31
4. 1. 1 Adaptace dětí v programu respirní péče	31
4. 1. 2 Odpovědi asistentů	31
4. 1. 3 Vlastní pozorování.....	35
4. 1. 4 Odpověď na první výzkumnou otázku	35
4. 2 Rodiče dětí s kombinovaným postižením	37
4. 2. 1 Spokojenost rodičů s respirní péčí.....	37

4. 2. 2 Vlastní pozorování.....	37
4. 2. 3 Odpovědi rodičů	37
4. 2. 4 Odpověď na druhou výzkumnou otázku	38
Diskuse.....	39
Závěr	42
Seznam použité literatury	44

Úvod

Téma bakalářské práce Adaptační proces u dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče bylo zvoleno na základě mé odborné školní praxe při centru Arpida. Vždy jsem tíhla k dětem s postižením a jednou bych s nimi ráda pracovala. Dále jsem chtěla širší veřejnosti ale třeba i studentům sociální práce přiblížit význam a smysl respitní péče neboli odlehčovací služby.

Zdravotní postižení u dětí s sebou nese mnoho věcí, na které si musí lidé kolem nich zvyknout. Ať jsou to rodiče, kteří slyší diagnózu svého dítěte jako první, sourozenci, děti ve školkách, školách, jejich učitelé, víceméně celé okolí dítěte s postižením. Často jsou tyto děti vnímány jako „divné“, často nejsou veřejností přijaty. Na tuto skutečnost by měla být připravena rodina, ale i poskytovatelé sociálních služeb, kteří poskytují zařízení pro děti s postižením.

Dítě s kombinovaným postižením, které je umístěno do programu respitní péče, pak musí bojovat s novými životními podmínkami, prostory i novými lidmi. S adaptací by mu mělo okolí pomoci, aby si dítě co nejlépe a nejrychleji zvyklo na tyto skutečnosti.

Adaptační proces by měl být zvolen co nejšetrněji k opečovávanému dítěti, využívající program respitní péče. Proto, aby byl tedy vhodně zvolen, je zapotřebí, aby sociální pracovník měl vědomosti a znalosti zejména ve zdravotně-sociální oblasti. Předpoklad pro správný průběh adaptačního procesu je například i empatický přístup pracovníka k dítěti.

Rodiny dětí s postižením musí přizpůsobit svůj život dítěti, které se jim narodilo postižené. A i přesto, že rodina své dítě miluje, zvyklo si na jeho „nedokonalosti“, je mnohdy bez pomoci druhých na konci svých sil. Proto jsou zde, mimo jiné, respitní pobyty, které v tíživých situacích, rodině nabídnou pomocnou ruku.

Pokud se rodina rozhodne využít respitní péči, je důležité, aby proběhla bezproblémová adaptace. Každé dítě je jiné, každé reaguje na novou situaci jinak, proto je důležitá správná komunikace jak s dětmi s postižením, tak i s jejich rodiči.

1 Současný stav

Kombinované postižení lze charakterizovat jako kombinaci dvou a více druhů, různě závažných postižení u jednoho jedince. Kombinované postižení se dá rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou vrozená kombinovaná postižení, která vzniknou během těhotenství, v průběhu porodu, či krátce postpartálně nebo na základě genetického podkladu. Druhou skupinou jsou vícenásobná postižení získaná průběhem života. Dále se můžeme setkat s podobnými označeními pro kombinované postižení jako jsou kombinované vady, vícenásobné postižení nebo multihandicap. Péče o tyto děti není jednoduchá, náročná je jak na psychickou, tak i na fyzickou zdatnost rodičů. Proto jsou zde programy respitní péče a odlehčovací služby, které mají za úkol krátkodobě ulevit rodičům nebo opatrovníkům, kteří o tyto děti pečují trvale.

Názor společnosti na lidi s tělesným, mentálním či kombinovaným postižením se mění ale poměrně pomalu.

I Švarcová (2006) uvádí, že představy „normálních“ lidí o mentálně postižených jsou stále opředeny mnoha nejasnostmi, předsudky a často i neopodstatněnými obavami, z čehož vyplývá rozpačitý někdy dokonce až nepřátelský postoj společnosti k jedincům s mentálním postižením. Někteří „normální“ se stále domnívají, že postižení by měli být „odklizeni“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním na očí.

1.1 Kombinované postižení

Autor Slowík (2007) uvádí synonyma pro kombinované postižení, která jsou všeobecně známa, jsou jimi postižení více vadami a vícenásobné postižení.

Votava (2005), uvádí, že za kombinovaná postižení se označují ta, kde se k mentálnímu postižení přidává jiné postižení, např. tělesné, smyslové postižení.

V této době se vícenásobná postižení u jedinců stávají častým tématem. I definice se, od autorů knih, zabývajících se touto problematikou, často liší a stále není žádná přesná definice k běžnému každodennímu používání. Autorka L. Ludíková (2005, s. 8) ve své knize uvádí, že: „*Kategorie osob s kombinovanými vadami představuje ze všech úhlů pohledu nejsložitější skupinu, která ale je současně stále ještě nejméně propracovanou oblastí speciálně pedagogické teorie i praxe. Základem je vymezení filosofie pojmání osob s kombinovanými vadami. Teoreticko-filosofická východiska mohou být různá a ta*

se potom aplikují do speciálně-pedagogické teorie i praxe. Nejčastějšími přístupy jsou biologický, behaviorální, kognitivní, psychoanalytický, fenomenologický.“

Osoby s kombinovaným postižením představují nemalou část naší populace. Kvůli mimořádné různorodosti a variabilitě příznaků a projevů, kterou se vyznačují, není možné početně určit výskyt jedinců s tímto postižením v naší populaci (Renootiérová, Ludvíková et al.,2003).

Pro kombinované postižení z hlediska speciální pedagogiky obecně platí, že patří mezi závažná. Důvodem jsou jednotlivá omezení, která se u jedince s postižením vzájemně násobí. Proto je pak často za potřebí hledat velmi specifické alternativní způsoby, které mohou naplnit jeho potřeby. Na osoby s postižením je potřeba nahlížet jako na osoby se zachovalými schopnosti a jistými možnostmi a nehodnotit jejich omezenost a vady. Jejich zachovalé schopnosti je zapotřebí maximálně využít k lepší integraci do společnosti (Slowík, 2007).

1.1.2 Etiologie

Kombinované postižení je pochopitelně velmi různorodé. Nelze jednoznačně určit jeho příčiny. I přesto, že nejčastěji nejtěžší příčiny pocházejí již z prenatálního stádia vývoje, je možné tyto příčiny hledat i v dalších obdobích lidského života (Ludvíková, 2005).

Podle autorky Monatové (1995), je známé, že nejčastěji jsou kombinovaným postižením postihnuty děti, které přišli na svět předčasně anebo byl jejich příchod na svět doprovázen řadou komplikací, kdy porod neprobíhal hladce. Dále se autorka zabývá příčinami kombinovaného postižení, kdy vznik postižení, který lze zaznamenat v každém věku jedince přisuzuje i dědičnosti.

Spoluúčast více druhů postižení u jedince je většinou zapříčiněna genetickými odchylkami a někdy se ukazují v kombinaci mnoha příznaků, tedy syndromů (Trnerův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom, Pataův syndrom). Počáteční vady lze někdy velmi těžce stanovit, přesto se některá postižení vyskytují poměrně často, některá nikoliv, jiná jen ve výjimečných případech (Slowík, 2007).

1.1.3 Klasifikace

Jako složité téma uvádí autor Slowík (2007) členění kombinovaných vad. Jelikož je diagnostika složitá, je i velmi obtížné jedince s kombinovaným postižením rozdělit a dále klasifikovat vady, které mají jedinci s vícenásobným postižením. Za nejčastější kombinaci postižení považuje autor sloučení mentálního a tělesného postižení a někdy i připojení smyslových vad. U jedinců s mentálním postižením se skoro ve všech případech vyskytuje i narušená komunikační schopnost, která ovlivňuje řeč postiženého jedince.

Monatová (1994) ve své publikaci pojednává o diagnostice vícenásobného postižení, při níž se pozornost zaměřuje na pečlivé přezkoumání každé vady s určením, která bude poté hodnocena jako primární. Podle výsledků této diagnostiky se poté volí výchovné postupy a školská zařízení.

Žáci s kombinovaným postižením se pro potřeby resortu školství rozdělují do tří skupin. První skupinu spojuje mentální retardace jako dominantní vada, která je determinujícím fenoménem pro nejvýše dosažitelný stupeň vzdělání a pro dosažitelnou míru výchovy. Druhou skupinu tvoří kombinace smyslových, řečových, tělesných vad a do této skupiny spadá i specifická skupina hluchoněmých dětí. Třetí, poslední, skupinou jsou děti s poruchami autistického spektra (Jakobová, 2007).

1.2.4 Dětská mozková obrna

Definici dětské mozkové obrny (dále jen DMO) popisují ve své knize Lesný a Špitz (1989), jako poškození mozku vzniklé již v ranném období dítěte. Toto postižení se nejčastěji projevuje vývojovými poruchami hybnosti.

DMO je vážné onemocnění, kdy jeho vznik může sahat už do prenatálního období dítěte, např. infekce matky v prvních třech měsících těhotenství nebo mnohočetné těhotenství (Seidl, 2015). Infekcí u matky během těhotenství jsou například toxoplazmoza, zarděnky či herpes (Pešová, Šamalík, 2006). Dále, například jak uvádí Lesný (1989), jsou častou příčinou mnohé problémy v těhotenství, jako je například

silné krvácení v prvním trimestru. Neblahý vliv na vývoj dítěte má i užívání toxických látek v těhotenství (alkohol, nikotin, drogy), nadměrné užívání léků či rentgen.

V dnešní době, i přes maximální péči o těhotné ženy, mají okolnosti v perinatálním období veliký význam pro vznik DMO (Lesný, Špitz, 1989).

Vznik DMO je ale možný i během porodu neboli v perinatální fázi těhotenství, a to například u předčasného porodu, přenášených dětí nebo porod s pomocí kleští (Seidl, 2015). Kraus (2015) uvádí, že nejčastější perinatální příčinou DMO jsou porody dětí s velkou novorozeneckou váhou, zdlouhavé porody, překotné porody či přemíra v užití analgetik a anestetik u rodičky.

Dále je možný vznik DMO u dětí po porodu, tzv. postnatální období. A to například při úrazech hlavy dítěte (Seidl, 2015). V postnatálním období je mozek dítěte nejvíce náchylným orgánem. Jeho poškození může vzniknout i při poranění či onemocnění zcela jiných orgánů v těle. Mозek dítěte si musí zvykat na řadu obtížných a komplikovaně vedených mechanismů, jako je například stálá teplota či hladina cukru v těle (Pešová, Šamalík, 2006).

DMO má jeden typický znak a to, že toto postižení nepokračuje, ale častou rehabilitací je možné, aby docházelo ke zlepšení stavu u jedinců s tímto postižením (Seidl, 2015).

Podle Krause (2005) DMO spadá pod cerebrální poruchy hybnosti. Mezi znaky patří svalové napětí, neschopnost provést volní pohyb, kvůli narušení pohybového aparátu.

Rozlišuje DMO na:

- 1) centrální (úplná), kdy je poškozen mozek a mícha,
- 2) periferní (neúplná), která postihuje periferní nervovou soustavu,
- 3) smíšenou,
- 4) psychogenní.

Důležitou známkou, neprogresivního onemocnění DMO, je motorické postižení, které často doprovází další projevy. Jsou jimi epilepsie, poruchy zraku, učení, mentální retardace či inkontinence (Kraus, 2005).

Slowik (2007) rozděluje DMO do dvou skupin:

První skupinou jsou spastické formy, při níž se svalstvo na končetinách křečovitě stahuje a povoluje. Pokud jsou křečemi postižené dolní končetiny, jedná se o tzv. diparézu. Hemiparéza postihuje obě končetiny na pravé nebo na levé polovině lidského těla. Kvadruparéza postihuje obě ruce i obě nohy najednou. Vzácnější formy, kdy zcela ochrnují části těla jsou o paraplegie, hemiplegie, kvadruplegie.

Druhou skupinu tvoří dyskinetická forma, která se projevuje mimovolnými zpomalenými pohyby. Mezi vzácnější formu patří ataktická, která způsobuje poruchu rovnováhy a celkově ovlivňuje pohyb. Kombinace obou skupin je tzv. smíšená forma (Slowik, 2007).

Osoby s tak těžkým tělesným a mentálním postižením, potřebují k lepšímu vnímání okolního světa tělesnou blízkost. Jak dále uvádí autorka Hájková (2008), dotek je nejdůležitější prvek ke správné komunikaci s těmito jedinci.

Vlivem zvýšené lékařské péče u novorozenců a zlepšené péče vůbec paradoxně pacientů s DMO přibývá. V dnešní době přežívají jedinci, kteří v době dřívější umírali na poranění nervového systému (Seidl, 2015).

1.2 Postižení obecně

Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – ICIDH), je dokument, který definuje pojmy, jako je vada, porucha, postižení.

„Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.“

„Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.“

„Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.“

1.2.1 Zrakové postižení

Zrakovým postižením rozumíme snížení zrakových funkcí. Kvůli poškození zraku je ovlivňována kvalita běžného života osoby se zrakovým postižením (Nováková, 2011).

Poruchy zraku lze hodnotit podle určitých kritérií:

- **Podle stupně postižení** – nevidomé osoby se slepotou, zbytky zraku, slabozrakost, tupozrakost, šilhavost,
- **Podle trvání** – poruchy s krátkou dobou trvání, dlouhou dobou trvání a recidivující poruchy,
- **Podle doby vzniku**-získané a vrozené
- **Podle etiologie** – funkční a orgánová vada (Nováková, 2011).

Z psychologického hlediska zrakové postižení ztěžuje jedinci přijímat vizuální informace z okolí. Zraková vada tedy ovlivňuje celou osobnost postiženého. Působí na jeho psychický i fyzický vývoj. (Hamadová a kol., 2007).

Vědní disciplína, která se věnuje osobám se zrakovým postižením a jejich začleňováním do společnosti, se nazývá tyflogie. Věda, která se zabývá výchovou a vzděláním těchto postižených osob se nazývá tyflopédie (Nováková, 2007).

1.2.2 Sluchové postižení

Je důležité v rámci správné terminologie rozlišovat poruchy sluchu a sluchové postižení (Strnadová, 2002). Sluchová porucha je dočasná a lze ji odstranit. Může vzniknout mechanickou příčinou (poranění bubínku) nebo např. při akutních onemocněních způsobené záněty. Na rozdíl od sluchové poruchy je sluchové postižení trvalé a nevléčitelné. Ale za pomoci kompenzačních pomůcek lze toto postižení do určitého bodu korigovat. Proto je sluchové postižení považováno za sociální důsledek a ztráta sluchu ovlivňuje kvalitu života postiženého. (Langer, 2013).

Speciálně pedagogickou disciplínou je surdopedie zabývající se vzděláním a výchovou. Zabývá se rozvojem jedinců s postižením sluchu. (Pipeková, 2006). Dále surdopedie

poskytuje speciálně pedagogickou terminologii, pro lepší orientaci ve světě sluchového postižení. Uvádí metody pro výchovu a přístupy vhodné pro rozvoj a komunikaci osob se sluchovým postižením. (Potměšil, 2003).

1.2.3 Tělesné postižení

Tělesné postižení, stejně, jako každé jiné postižení, život neusnadňuje a zasahuje do všech jeho částí. Jak do soukromého života, tak i do pracovního. Lze jej charakterizovat jako sníženou schopnost pohybu. Tělesné postižení nemá však vliv jen na tělesný vývoj, ale i na ostatní části vývoje, zejména smyslové a rozumové a to proto, že svaly postiženého dítěte slábnou z důvodu nedostatku pohybu a jejich nerovnoměrného zatěžování. Tělesně postižené dítě bohužel nemá dostatek příležitostí ověřovat poznatky, které získá díky neporušeným smyslům (Renotierová, 2003).

Tato doba charakterizuje tělesné postižení jako dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž má poruchy hlavně anatomické, orgánové nebo funkční, a které není možné přes jakoukoliv léčbu úplně odstranit nebo jenom zmírnit (Novosad, 2011).

Základní znak tělesného postižení uvádí autor Zikl (2011), a to omezenou schopnost pohybu. Tento druh omezení je často spojován i s jinými postiženími. Dále rozděluje tělesné postižení na vrozené či získané. Získané tělesné postižení může vzniknout třeba v důsledku vážného onemocnění nebo při úrazu. V tomto případě jde o postižení pohybového ústrojí, kdy jedinec přijde důsledkem nějakého poranění třeba o končetinu, ale ve většině případech je to onemocnění neurologické, kdy jde nejčastěji o dětskou mozkovou obrnu.

1.2.4 Mentální postižení

Vágnerová (2008) definuje mentální postižení jako postižení, které je geneticky získané a projevuje se snížením rozumových schopností. Tyto snížené schopnosti se projevují převážně v porozumění ve svém okolí a v přizpůsobení se do požadované míry. Dále autorka uvádí neschopnost docílit požadovaného stupně intelektu i přes správnou stimulaci jedince s mentálním postižením.

Hlavními znaky je tedy omezenost v rozvoji myšlení a v komunikačních schopnostech, snížená schopnost učit se a správné adaptace v běžném životě (Vágnerová, 2008).

Klasifikace mentální retardace dle stupně postižení je uvedena v desáté revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) v oddílech F70-F79. Stupeň mentálního postižení je zde posuzován na základě výše inteligence a schopnost přizpůsobit se a zvládnání společensky kulturních požadavků na jedince.

- F70 Lehká mentální retardace – IQ 50-69.
- F71 Střední / středně těžká mentální retardace – IQ 35-49.
- F72 Těžká mentální retardace – IQ 20-34.
- F73 Hluboká mentální retardace – IQ nejvíce 20.
- F78 Jiná mentální retardace.
- F79 Neurčení mentální retardace (Mezinárodní klasifikace nemocí)

1.3 Adaptační proces

Autoři Harris a White (2013) definují adaptační proces jako asimilaci jedince, organizace či kultury vnějším podnětům.

Podle Hrozenské (2008) adaptace znamená přizpůsobit se odlišným, změněným nebo novým okolnostem a podmínkám. Autorka vnímá adaptaci jako jeden ze základních mechanismů, jak se vyrovnat se stresem.

Adaptační proces je podle autora Palána (2002), vzájemné působení osoby s jeho okolím či prostředím, kde je jedinec nucen k vyrovnání se se změnami a přizpůsobit se jim.

Adaptace patří mezi pojmy velmi široké, vyjadřuje vyrovnávání, obnovování rovnováhy u jedince a jeho prostředí. Tento proces se může týkat obnovování mezi osobností a prostředím, fyzické rovnováhy a vnitřní rovnováhy organismu a osobnosti. Je spojen s uspokojováním základních tělesných, psychických a sociálních potřeb. Adaptace může mít podobu pasivní (akomodace – přizpůsobování se), či podobu aktivní (asimilace - přizpůsobování si). Potřeby a jejich proces uspokojování bývá často spojen s různými překážkami, potížemi nebo problémy, které jsou ale přirozenou součástí člověka. Přesto, že tyto problémy a komplikace k životu neodmyslitelně patří, jejich přemíra může přerůst přes možnosti člověka a jeho adaptace se může zhroutit. Tyto nepříznivé

důsledky se mohou projevit v chování, prožitcích i na jeho zdravotním stavu (Zacharová et al., 2007).

1.3.1 Komunikace – klíč k úspěchu

Slovu komunikace, přeloženo z latinského *communicatio*, můžeme rozumět jako spojení, sdělování, přenos či spolupráce. Je to určitá forma k udržování mezilidských vztahů. Při komunikaci je ovlivňován rozvoj osobnosti. Komunikace znamená i způsob, při kterém je ovlivněna komunikace mezi lidmi přenosem informací. Komunikační kanál je cesta, při které dochází k výměně informací. Významnou a podstatnou roli, kterou má komunikace v životě lidí, nelze nikdy významně ocenit. Žádná společnost bez komunikace nemůže správně žít a vyvíjet se (Klenková, 2006).

Je důležité, aby asistenti vnímali jedince s postižením jako celek, snažili se pochopit jeho potřeby v plném rozsahu (Procházková, 2014).

Pro správnou a úspěšnou adaptaci je zapotřebí plná podpora rodiny ze strany asistentů (Padney, Agarwal, 2013). S tvrzením se shodují i autoři McGinty, Worthington, Dennison, (2008), že pro správné začlenění, adaptaci je nutné vytvořit pevný a otevřený vztah mezi rodiči a pečující osobou.

1.4 Respirní péče/odlehčovací služba

Respit care, je anglický pojem, který vznikl v 60. letech v USA. Český překlad je úlevová či odlehčovací péče. Už z názvů úlevová či odlehčovací vyplývá, že se jedná o péči, která má rodině, či blízké osobě pečující o dítě s postižením, značně ulevit od každodenní péče (Novosad, 2000).

Respitní péči autorka Mlýnková (2011) označuje jako úlevovou péči, kterou lze provádět v domácím prostředí anebo v místě určeném pro respitní pobyty po domluvenou dobu. V době, kdy je jedinec na pobytu respitní péče, má rodina, která pečuje o jedince s postižením možnost, zajít k lékaři, odjet na dovolenou nebo trávit čas odpočinkem. Jedinci na respitních pobytech je dána veškerá péče jako v domácím prostředí. I autor Jankovský (2006), prezentuje ve svém díle, že respitní péče napomáhá rodině, aby se vrátila ke svému prvotnímu zaměstnání a ulevila si od psychické i fyzické péče o dítě s postižením. Dítě, díky této službě nemusí být umístěno do ústavní péče a zůstává ve svém přirozeném prostředí, které je mu známé a blízké.

„Respitní péče, nebo taky úlevová či odlehčující, je vlastně takovou péčí o pečující. Pomáhá lidem, dlouhodobě pečujícím o postiženého (často rodinného příslušníka). Jejím cílem je ulehčit situaci pečujícím. Poskytnout jim prostor pro načerpání nových sil a energie. Existují její různé formy. Ať už jako péče přímo doma, kdy pečující nahradí vyškolený profesionál a rodina tak může odjet třeba na dovolenou. Nebo formou krátkodobého umístění klienta v nějakém pobytovém zařízení (Čakiová, 2014).

Odlehčovací službu popisují i autorky Antonová, Kubáčková, Marková a Slámová (2018). Smyslem této péče je poskytnout lidem, kteří se starají o své blízké ať už z důvodu vysokého věku nebo kvůli nějakému postižení, potřebný odpočinek.

V zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách je definice odlehčovací služby. Tyto služby mohou být terénní, ambulantní nebo pobytové. Pobyty jsou pro jedince, kteří mají sníženou soběstačnost kvůli zdravotnímu postižení nebo věku. Přestože se o jedince stará rodina v jeho známém prostředí, tato služba poskytuje blízké osobě potřebný čas a odpočinek.

- **Terénní** – je prováděna v přirozeném prostředí klienta, kdy asistent dochází k němu domů. Tento způsob je vhodný pro jedince, kteří mají nějaký zdravotní problém a nemohou opustit svůj domov.
- **Ambulantní** – jedinec dochází za službami v daném zařízení sociálních služeb. Tato forma služeb neposkytuje ubytování.
- **Pobytová** – služba, kdy osoba využívá pobytu mimo svůj domov.

Autor Novosad (2000) určuje ve své knize čtyři základní modely, které se používají v USA i v Evropě.

- První model – odehrává se v přirozeném prostředí osoby s postižením, nejčastěji doma, kdy se rodině a osobě pečující nabídne odborná i laická pomoc. Asistent, který dochází do rodiny, neovlivňuje chod domácnosti. Jedinec s postižením je však ochuzen o rozvíjení sociálních kontaktů.
- Druhý model – dítě je v jakési formě připomínající pěstounskou péči. Druh poskytované péče je mimo domov a rodina, do které je umístěno dítě, je školená zvláštním edukačním programem.

- Třetí model – odborná péče, která je poskytovaná v kolektivu sociálních zařízení, jako jsou například denní stacionáře. Tato služba umožňuje využití dovozů i odvozů dětí domů.
- Čtvrtý model – dlouhodobý pobyt dětí s postižením mimo svůj domov. Tento druh respitní péče je pro osoby s těžkým postižením či vážně nemocným. Tyto osoby jsou pod stálým lékařským dohledem. Služba je realizována především v nemocnicích či ošetrovatelských zařízeních.

Paragraf 44 popisuje základní činnosti respitní služby:

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu zahrnuje pomoc a podporu při podávání jídla a pití, oblékání a svlékání, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík a pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu.
- Při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu je zajišťována pomoc při úkonech osobní hygieny, základní péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC.
- Další činností při poskytování odlehčovacích služeb je poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy (pomoc při zajištění stravy nebo při její přípravě). Do úkonů vztahujících se k ubytování, v rámci pobytové formy služby, je zahrnut také úklid, praní a drobné úpravy prádla a ošacení a žehlení.
- V rámci odlehčovacích služeb je také zprostředkováván kontakt se společenským prostředím, což zahrnuje doprovázení (do školy, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové aktivity apod.) a pomoc při obnovení či upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách, které podporují sociální začleňování osob.
- Sociálně terapeutické činnosti vedou k rozvoji či udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, jež podporují sociální začleňování osob.
- Odlehčovacími službami je také poskytována pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (pomoc při vyřizování běžných záležitostí a při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a zájmů).

- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti představují nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností a podporu při zajišťování chodu domácnosti.

Klíčovými osobami respitní péče podle Šafránkové (2004) jsou koordinátor respitní péče, asistent, rodiče či pečovatel a jedinec s postižením.

Koordinátor je taková spojka mezi rodinou postiženého, asistentem a klienty respitní péče. Úkolem koordinátora je docílit toho, aby veškeré potřeby všech zúčastněných byly naplněny. Dohlíží na kvalitu provedené práce a péče respitního pobytu. Zajišťuje přehlednost evidence žadatelů o službu a tím řídí pobytovou službu s ohledem na kapacitu uchazečů. Průběžně kontroluje a hodnotí dění na pracovišti a je nucen řešit náhlé situace. Je prostředníkem mezi rodinou a asistentem, kdy koordinátor předává informace asistentům a naopak. Od asistentů získává zpětnou vazbu o chodu respitní péče a o jednotlivých uživateli (Šafránková, 2004).

Asistent pracující v respitní péči má důležité úkoly, a to především smysluplně naplánovat a naplnit čas, který tráví s klientem. Podpořit jedince s postižením hlavně v jeho soběstačnosti. Do určité míry plnit přání klientů a organizovat vhodné aktivity, které jsou klientovi velmi blízké. Nároky, jako jsou vyspělost, profesionalita, úcta k lidem a chuť pomáhat, jsou kladeny i na koordinátora respitní péče (Šafránková, 2004).

Rodiče nebo pečovatel o osobu s postižením jsou v neustálém fyzickém i pracovním vyčerpání. Někdy to pro ně znamená starost na 24 hodin denně. Z toho vyplývá, že se od základů změní jejich rodinný styl života. Pověštině případů se pečujícími osobami, jak dále uvádí autorka Šafránková (2004), stávají ženy. Pečující osoba potřebuje odpočinek k nabrání nových sil. Proto je tu možnost respitních pobytů, které zabraňují úplnému vyčerpání pečujících osob a slouží jako prevence syndromu vyhoření.

1.4.1 Historie respitní péče

Druh respitní péče je poměrně mladý. Jeho vznik se začal rozvíjet na základě vývoje společnosti. Rodina, která byla považována za základní jednotku společnosti, byla v minulosti hlavní institucí, která fungovala na základě vzájemné pomoci mezi více generacemi. Typické bylo, že mladé rodiny žily pospolu se svými rodiči a někdy i prarodiči, a proto nebylo nutné vyhledávat pomoc zvenčí. U modelu dnešní rodiny to

nebývá už často zvykem, a proto péče o postižené dítě často připadá na jednoho z rodičů, nejčastěji na matku, kdy je otec tím, kdo rodinu zajišťuje po finanční stránce. Řešením této situace bylo umístění dítěte do ústavní péče (Dvořáková, 1998).

Na základě těchto skutečností se v 60. letech 20. století v USA a evropských vyspělých zemích setkáváme s formulací respitní péče. V těchto letech byla prosazována hnutí proti vylučování zdravotně znevýhodněných občanů, za občanská práva a důstojné chování s osobami s postižením. Jak uvádí dále autorka Dvořáková (1998), každá lidská bytost může rozhodovat o svém životě, kde a jak bude žít a pokud jde o dítě, má právo strávit svůj život ve své rodině.

Na základě těchto úvah byla zformulována tato východiska:

- Dítě, které se narodí s nějakým postižením, nebo osoba, která ke svému postižení přijde během života, má právo žít svůj život v okolí mu blízkém. Pokud není jeho stav podmíněn lékařskou péčí, je pro tohoto člověka nejlepší pobyt v přirozeném prostředí, kterým nejčastěji bývá domov.
- Když se rodina rozhodne, že se o osobu s postižením bude starat, je třeba si uvědomit, že tato rodina, respektive člen rodiny, má nárok na odpočinek, nabrání potřebných sil a kulturní život. Jeho povinností není vzdát se svých práv z důvodu pomoci blízké osobě. Pouze osoba, která je odpočínutá, zregenerovaná a asociálně aktivní je schopna se postarat o druhého, bez jakékoliv duševní či zdravotní újmy na své straně ale i na druhého (Kracíková, 2000).

Proto v roce 1986 schválil americký kongres „prohlášení o dočasné péči o zdravotně handicapované a o péči v krizi“. Repitní péčí se mohly inspirovat ostatní země (Dvořáková, 1998).

1.5 Osobní asistent

Pro zralost asistenta v sociálních službách je podle autorek Kelnarové a Matějkové (2014) velmi důležité sebepoznání. Je zapotřebí, aby si asistent uvědomil to, jak ho okolí vnímá, jaké má o něm mínění a jakou má hodnotu. Dále je podle autorek důležité sebepojetí, což znamená představit si sám sebe, jak se vidíme a vnímáme.

Autorky dále uvádějí že, asistentovi by neměla chybět znalost práv a zákonů a odbornost ve vykonávané práci. Je velmi důležité, aby měl asistent přehled o používaných metodách, standardech a dokumentacích v daném zařízení

Autoři Kuhligerová a Friedel (2007) zmiňují vlastnosti a dovednosti, které by měl mít každý asistent v sociálních službách:

- komunikace,
- důvěra v sebe sama,
- vcítění se do druhých,
- schopnost spolupracovat,
- být schopen přijímat negativní hodnocení,
- logické myšlení,
- být důvěryhodný,
- touha po poznání nových věcí,
- emoční vyrovnanost,
- upřímnost,
- trpělivost.

Hrozenská a Dvořáčková (2013) předpokládají za důležité ochotu pomáhat a motivaci k práci. Pro pracovní výsledky pracovníka v pomáhajících profesích je potřebná vyzrálost, odpovědnost, empatie, ochota, společenské jednání a osobnostní rysy.

1.6 Osobní asistence

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách:

Dle paragrafu 39 je osobní asistence popisována jako terénní služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost, a to z několika důvodů, jakými jsou například vysoký věk, chronické onemocnění nebo zdravotní postižení, jejichž situace si žádá výpomoc a péči jiné osoby. Služba je poskytována bez časového omezení, je poskytována v přirozeném sociálním prostředí konkrétní osoby a při činnostech, které osoba pro uspokojení svých potřeb vyžaduje.

Osobní asistence, jako služba terénního charakteru obsahuje dle zákona především tyto základní úkony: pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc osobě při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti.

Následují zde i pomoci při výchovné, aktivizační i vzdělávací činnosti. Důležité je rovněž zmínit i pomoc při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce bylo popsat proces adaptace dětí s kombinovaným postižením, které užívají službu respitní péče či jinou odlehčovací službu. Dále zhodnotit spokojenost rodičů s programem.

Chtěla jsem zjistit, jaký vliv má poskytovaná péče asistentů v odlehčovacích službách na adaptaci dětí s kombinovaným postižením. Zda docházelo ke zlepšení zažitých životních návyků z jejich přirozeného prostředí.

2.2 Výzkumné otázky

Stanovila jsem si dvě základní otázky.

Otázka č. 1: Jak probíhá proces adaptace dětí s kombinovaným postižením, které jsou v programu respitní péče nebo odlehčovací služby?

Otázka č. 2: Jak jsou rodiče dětí s kombinovaným postižením spokojeni s programem respitní péče nebo odlehčovací služby?

3 Metodika

3.1 Výzkumné metody

Pro mou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii.

Podle Chráska (2016) je kvalitativní výzkum známý tím, že se opírá o subjektivní známky lidského vnímání a jednání. Tento druh výzkumu se zabývá zejména detailním popisem zkoumaných aspektů více do hloubky než jiné druhy výzkumů. (Hendl, 2008).

Jak uvádí autor Creswell (2008), je nutné si před zahájením samotného výzkumu zvolit téma a hlavní zkoumanou otázku. V tomto případě se jedná o pružný způsob výzkumu, kdy se mohou otázky dále upravovat během sběru dat a následující analýzy.

Hlavní metoda získávání dat pro mou práci byl semistrukturovaný rozhovor, který jsem vedla s asistenty pracujícími v odlehčovacích službách a s rodiči, kteří tuto službu využívají.

Mezi vedoucí prvky semistrukturovaného rozhovoru patří flexibilita při sběru informací, který tento druh rozhovoru skýtá. Důležité je správně vytvořit jednoduchou osnovu či sepsat důležité body a okruhy a vhodně definovat účel výchozích otázek. (Hendl, 2008)

Před začátkem si semistrukturované rozhovory vyžadují promyšlenější přípravu. Předem si stanovíme otázky, kterých není potřeba se nutně držet, ale je-li potřeba a možnost, otázky položíme. Je důležité pochopit, jak to tázaný skutečně myslí, proto jsou kladeny doplňující otázky a doptáváme se respondenta, abychom se dostali více do hloubky daného problému. (Miovský, 2006). Dále autor uvádí, že je důležité si uvědomit dosažitelnost cíle a mít promyšlené otázky, které jsou správně formulované a ve správném pořadí. Dále autor klade důraz při rozhovoru na srozumitelné a jasné vyjadřování. Být taktní a odhadnout vhodnost používání odborných výrazů.

Kutnohorská (2009) popisuje, že u semistrukturovaného rozhovoru hrají roli i vnější okolnosti, například prostředí, v němž probíhá rozhovor či doba. Jednou z výhod tohoto druhu rozhovoru je jeho kreativita.

Dále jako doplňující metodu získávání dat jsem zvolila pozorování. Pozorovatelem jsem byla já, při plnění školní praxe a následného pracovního uplatnění přímo v sociálním zařízení s respektivní péčí.

Zúčastněné pozorování Smolík (2010) vysvětluje jako metodickou techniku pozorování, při níž výzkumník sleduje cílovou skupinu interně, tzn.: z pozice člena.

Pro proces zúčastněného pozorování musíme učinit čtyři základní kroky. Prvním krokem je vstup do terénu a zahájení kontaktu s účastníky. Druhým krokem sledujeme co největší škálu dějů v dané skupině. Zaznamenání informací a všech detailů je třetím krokem zúčastněného pozorování a v neposlední řadě, čtvrtým krokem, je vyhodnocení pozorování a analýza poznatků (Smolík, 2010). Toto jsou znaky, které v sobě nese kvalitativní metoda získávání dat.

3. 2 Zkoumané skupiny

Z důvodu určitého postižení a věku dětí se nedá s nimi dobře mluvit na téma mé bakalářské práce, proto jsem si jako první zkoumanou skupinu zvolila asistenty, kteří tráví čas s dětmi v programu respitní péče nebo odlehčovací služby. Zajímala jsem se především o to, jak dlouho respondenti pracují jako asistenti v odlehčovacích službách, jak pomáhají dětem s postižením k adaptaci na nové prostředí a zda sledují během pobytu dětí nějaké změny, například v chování či se děti zlepšují ve vykonávání některých činností. Kladla jsem jim například tyto otázky: Mají nějaký vliv na adaptační proces zažité životní návyky dětí s postižením? Jak pomáháte dětem s postižením k jejich úspěšné adaptaci? Na mé otázky odpovědělo 10 asistentů.

Tabulka č.: 1, Sociodemografické údaje – osobní asistenti

SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE – OSOBNÍ ASISTENTI				
Asistent	pohlaví	věk	vzdělání	délka praxe
A1	žena	23	studuje	2 roky
A2	žena	22	studuje	1 rok
A3	žena	26	Bc.	3 roky
A4	žena	24	DiS.	2 roky
A5	žena	25	DiS.	2 roky
A6	žena	24	DiS.	2 roky
A7	žena	22	studuje	6 měsíců
A8	žena	26	Bc.	2 roky
A9	žena	25	Bc.	3 roky
A10	žena	25	DiS.	1 rok

zdroj: vlastní výzkum

Také jsem pozorovala, jak asistenti komunikují s klienty a jejich rodiči a zajímají se o individualitu klienta.

Druhá skupina respondentů bylo 5 rodičů dětí s kombinovaným postižením. Z rozhovorů s rodiči jsem se nejvíce zajímala o to, zda jsou se službami spokojeni.

3. 3 Realizace výzkumu

Výzkum jsem prováděla v centru ARPIDA v Českých Budějovicích. V něm se od roku 2015 do března roku 2016 zahajoval pilotní projekt respitních pobytů. Kvůli velikému zájmu uživatelů a jejich rodin byly právě roku 2016 zaregistrovány Odlehčovací služby při centru ARPIDA, jakožto služba pobytová a sociální. Tato služba poskytuje nepřetržitou pracovní činnost dle přání a potřeb dětí s postižením a jejich rodin.

V Arpidě jsem vykonávala svou praxi a poté jsem tam pracovala rok jako asistentka v programu respitní péče. Proto jsem své respondenty znala a rozhovory probíhaly v přátelském kruhu.

Na místě, kde jsem prováděla rozhovory, pracuje okolo 30 asistentů. Jelikož nepracují všichni najednou, ale pracují na směnný provoz, bylo nemožné se se všemi potkat v jeden den. Ani přes časté docházení na odlehčovací službu při centru Arpida jsem se se všemi asistenty nesečkala, pouze s 10 asistenty bylo možné vést rozhovory.

S rodiči jsem se setkávala při příjezdu na odlehčovací službu, kde začínal pobyt jejich dětí, nebo naopak na konci pobytu, kdy si své děti vyzvedávali. Ale pouze 5 rodičů mi bylo ochotno krátce odpovědět na mou otázku.

Všichni mí respondenti byli před začátkem rozhovorů seznámeni s cílem mé bakalářské práce a souhlasili se zapisováním poznámek během rozhovorů.

3. 4 Metody zpracování dat

Rozhovory asistentů jsem si řádně zapisovala. Při zpracovávání rozhovorů jsem vypustila některé méně důležité části, které nepatřily k tématu. Vedla jsem si také průběžné zápisy svých pozorování. Hlavní metoda zpracování získaných dat byla kvalitativní obsahová analýza zapsaných rozhovorů a zapsaných poznámek a pozorování.

Při kvalitativním zpracování dat byla použita metoda vytváření trsů. Tato metoda napomáhá k seskupení určitých výroků do skupin. Skupiny vznikají podle vzájemné podobnosti mezi identifikovanými body. Srovnávání dat je základním úkolem metody vytváření trsů (Miovský, 2006).

Opakovaně jsem své zápisky pročítala, pracovala s nimi, hledala v nich odpovědi na své výzkumné otázky.

4 Výsledky

Výsledky prezentují ve dvou podkapitolách, odpovídajících dvěma výzkumným otázkám. V první podkapitole se zaměřují na adaptaci dětí a ve druhé na spokojenost jejich rodičů.

4. 1 Osobní asistenti

Úspěšnost adaptačního procesu záleží hlavně na osobních asistentech, kteří pracují v programech respitní péče.

4. 1. 1 *Adaptace dětí v programu respitní péče*

Asistenty pracující v odlehčovací službě jsem nechala vyprávět o tom, co si myslí o adaptaci dětí na službu, kterou vykonávají. Každé dětské postižení je specifické, proto by měl být specifický i proces adaptačního procesu přímo pro konkrétní dítě. Zajímalo mě také jestli délka praxe asistenta nějak souvisí s kvalitou adaptačního procesu.

4. 1. 2 *Odpovědi asistentů*

Otázka č.1

Mají nějaký vliv na adaptační proces zažité domácí návyky dětí s postižením?

Z odpovědí respondentů-asistentů bylo zřejmé, že zažité životní návyky z jejich domova, mají velký vliv na přizpůsobení se v jiném prostředí. Nejčastěji uváděli neklidnost a nervozitu při prvních pár hodinách i dní.

Jak odpověděl asistent č. 1: *„Ano, na začátku pobytu bývají nervózní, hodně věcí nezvládá dělat samo, čeká, až asistent danou činnost udělá za něj, například oblékání.“* Asistent popsal situaci, kdy se dítě nechtělo, při vstupu na pobyt, odtrhnout od rodičů a bylo těžké ho přesvědčit.

Asistent č. 2: *„Nejsem tu tak dlouho, nechala jsem si poradit od ostatních asistentů, co které dítě má rádo. Hodně s nimi chodíme ven a když prší, něco vyrábíme, taky vaříme, a to je hodně baví.“*

Asistent č. 3 uvádí: *„je to velmi individuální, některé děti se adaptují snadno, některé mají několik hodin či dní problém.“* Asistent dále uvedl i příklady, kdy se dítě u oběda

rozplakalo. Důvodem bylo, že dostal pití v jiném hrníčku, než bylo zvyklé z domova. A často se mu to stávalo i při oblékání, když si určité dítě nechtělo něco obléknout.

Asistent č. 5 odpověděl: *Ano, určitě, nějakou dobu trvá, než si uživatel zvykne i na nové prostředí, a i na asistenty.*“

Souhlasil i asistent č. 6, který uvádí že: *„Ano, dítě je na začátku pobytu velmi neklidné. Nechce někdy jíst.“* I když asistent přiznal, že servírované jídlo dětem někdy nechutná, nebo na něj nemají chuť.

Asistent č. 7 uvedl, že: *„Je to hodně individuální, většina uživatelů nás asistenty už zná nebo se jenom chvíli rozkoukávají*

Naopak asistent číslo 4 uvedl: *„Někdy je dítě při pobytu klidnější, než jak ho rodiče prezentují.“* Asistent se často setkával s příklady, které si protřečili s výroky rodičů. Uváděl například cestu autobusem nebo vlakem, nelehké usínání či časté noční buzení.

Přestože se asistenti v odlehčovacích službách snaží vyhovět všem dětem, respektovat jejich návyky, není to vždy možné.

Jak uvádí asistent číslo 9: *„Ano mají, ale když je dítě zvyklé z domova vstávat v 8 a ostatní uživatelé ho vzbudí dřív, je často neklidný a nepříjemný.“* Asistent číslo 10 odpověděl: *„Ano mají a veliký. Když dítě něco naučíme, dost často to při dalším pobytu neumí, třeba oblékání nebo samo jíst.“*

Zajímavá odpověď byla od asistenta č. 8, který uvedl, že: *„Jednou jsem zaznamenala, že dítě během pobytu nemělo žádný epileptický záchvat, i přesto, že matka na tyto záchvaty upozorňovala.“*

Otázka č. 2

Jak pomáháte dětem s kombinovaným postižením k jejich úspěšné adaptaci?

Asistent dbal hodně na individualitu člověka. Názory dětí mu byli velkou pomocí při plánování aktivit. Například popisoval nákupy v obchodním centru s dospívající holčičkou, které si obě náramně užili. Asistent č.1: *„Spolu s ním se domlouváme na trávení volného času, co ho baví, co by chtělo dělat, v čem se chce případně zlepšit, záleží samozřejmě na tom, co zvládne udělat, snažíme se ho motivovat k činnosti,*

ptáme se, co se mu líbí a co ne, věnujeme mu svou pozornost a hodně si hrajeme, procházíme se.“

Asistent č. 2: „Volím aktivity přizpůsobené zájmům dítěte, tak aby se cítilo spokojeně a strávený čas mimo domov si užilo. Jsou děti, které mají rády procházky, v okolí Arpidy, jsou opravdu hezké rybníky, a tak dost času trávíme tam.“

Asistent č. 3: „Snažím se nejprve zjistit všechny dostupné informace o dítěti, jeho onemocnění, zvyklosti, co ho baví a co ne. Potom to aplikuji při pobytu.“ Popisuje například způsob ukládání dítěte do postele, kdy je důležité dodržovat postupnost daných věcí: večerní hygiena, převléknutí do pyžámka, pohádka v televizi a uložení do postele.

Asistent č. 4: „Vyslechnu rodiče a nechám si od nich poradit, jak komunikují, pracují či si hrají s dítětem, a to potom používám i tady.“

Asistent č. 5: „Vymýšlíme společně program, aktivity, které dělají uživatele nejraději a snažím se být kreativní. Chodíme s nimi i do společnosti na různé kulturní akce, například do kina, vzdělávací výstavy nebo koncerty.“ Asistent popisoval zážitek z hokejového zápasu. S dítětem jeli městskou hromadnou dopravou ke stadionu, kde už bylo spousta fanoušku. Dítě si samozřejmě nezapomnělo vzít šálu s logem hokejového týmu, kterému fandí. Dále komentovalo každý krok hráčů a při brance hlasitě vykřikovalo. Pro dítě jsou hokejové zápasy důležité, a je jasné, že se k pobytům rádo vrací, jelikož rodiče nemají vždy čas vyrazit s ním.

Asistent č. 6: „Řídím se informacemi, které máme od rodičů.“ Asistent od rodičů rád vyzvídá zájmy, koníčky, aktivity. Nejvyhledávanějšími aktivitami a zálibami dětí je podle asistenta výlety za kulturou, procházky, povídání si, vaření, koukání na televizi.

Asistent č.7 uvádí příklady, kdy je zapotřebí dodržovat denní režim, na který jsou děti zvyklé. Uvedl, že koukali večer na televizi a jeden chlapec začal zívát a být neklidný. Když asistent kouknul do papírů bylo jasné proč. Dítě bylo zvyklé chodit spát v 7 a bylo už po půl 8.

Asistent č. 8: „Každé dítě je jiné, a když potom máme tři děti, je těžký vyhovět všem. Ale hodně dětí má rádo něco vyrábět nebo koukat na televizi. A určitě výlety mimo pobyt, to

myslím, že si děti vždycky užívají.“ Asistent č. 9: „Nejradši s dětmi vyrábím, myslím, že je to hodně baví. Ale trávíme i hodně času venku.“

Asistent č. 10: „Radíme se s rodiči, hodně dětem pomáhá, když si přivezou třeba nějakou hračku z domova, která jim domov připomíná. Pokud je to možný, domlouvám se s ním na aktivitách, který ho baví.“

Všichni asistenti se shodovali na tom, že při adaptaci hraje velkou roli i postižení dítěte. Nejvíce zmiňovali děti na vozíku. S těmito dětmi se musí vymýšlet speciální program, zaměřený na menší fyzickou zátěž. Například krátké projížďky kolem Arpidy, výtvarné tvoření či vaření.

Z odpovědí asistentů vyplývalo, že adaptace závisí i na postižení dítěte. Předkládám proto přehled postižení dětí, s nimiž asistenti pracovali v době mého výzkumu.

Tabulka č.: 2, Druhy postižení dětí a jejich kompenzační pomůcky

Asistent	Kombinované postižení	Kompenzační pomůcka
A1	fyzické, často s kombinací mentálního postižení	dle druhu postižení
A2	dětská mozková obrna, mentální postižení	bez kompenzační pomůcky
A3	dětská mozková obrna, zrakové a sluchové	brýle
A4	dětská mozková obrna	bez kompenzační pomůcky
A5	dětská mozková obrna	invalidní vozík
A6	dětská mozková obrna, sluchové postižení	naslouchátko
A7	tělesné, mentální postižení	bez kompenzační pomůcky
A8	mentální, zrakové	bez kompenzační pomůcky
A9	dětská mozková obrna, zrakové	brýle
A10	dětská mozková obrna	bez kompenzační pomůcky

zdroj: vlastní výzkum

4. 1. 3 Vlastní pozorování

Při mém pozorování jsem jsi všimla častých aspektů u dětí s postižením. Častým projevem při nástupu byla viditelná nervozita a neklid, která se u dětí projevovala například tím, když nám jedna z maminek předávala dítě do programu respitní péče s dětskou mozkovou obrnou. Holčička byla velmi rozrušená, plakala a vydávala zvuky, které běžně vydává při stesku. Naopak byly i situace, kdy se děti na pobyt a na asistenty těšily a sdílely své nadšení již mezi dveřmi. Častá reakce těchto dětí byla: „tak co budeme dělat, co bude v plánu?“ A přitom zapomněly i na rozloučení s rodiči. Dle mého názoru záleží i na momentálním psychickém rozpoložení každého dítěte, záleží na tom, jak se dítě ráno vzbudilo, jestli nebylo nějakým způsobem rozrušené atd. Zažila jsem i situaci, kdy dítě přišlo v doprovodu rodičů velice nervózní, ale při zjištění, že je ve službě jejich oblíbený asistent, tak tuto skutečnost přijalo nakonec v pohodě, a to se projevilo okamžitou změnou nálady.

Po dobu mé přítomnosti v programu respitní péče jsem ale nezažila žádné dítě, které by se neadaptovalo.

Na základě toho, že asistenti jsou zkušenými pracovníky, které práce s dětmi naplňuje, byly tyto procesy vcelku úspěšné. Všimnula jsem si toho, že asistenti si bystře všímají každého dítěte, a pokud vycítí, byť drobnou změnu jejich nálady, okamžitě na to reagují změnou aktivity či činnosti.

4. 1. 4 Odpověď na první výzkumnou otázku

Odpověď na výzkumnou otázku: Jak probíhá adaptace dětí s kombinovaným postižením je závislá na více bodech.

V prvním bodě je důležité, aby si osobní asistent převzal dítě od rodičů. Je nutné, aby získal informace o jeho nemocech, diagnózách, zvycích, náladách, oblíbených aktivitách, díky kterým bude schopný započít adaptační proces u dítěte s kombinovaným postižením.

Aby byl adaptační proces úspěšný a poměrně rychlý, je potřeba, aby ho osobní asistent při prvních chvílích pobytu seznámil s prostředím, kde dítě nyní bude trávit určitý čas, aby mu představil například hernu, pokoj, kde bude spát, jídelnu, hřiště atd. Neméně

důležité je i seznámení s ostatními osobními asistenty ve službě a aby poznal i další děti, které jsou současně s ním zařazeny do programu respitní péče.

Průběh adaptačního procesu je zkvalitněn i tím, že většinou připadal jeden asistent na jedno dítě. To znamená, že byl schopný rychleji poznat konkrétní dítě a na základě toho mu přizpůsobit adaptační proces.

V poslední fázi úspěšné adaptace na nové osoby a prostředí je i předání dítěte rodičům. Shrnout jim informace o tom, jak probíhaly první chvíle dítěte v programu respitní péče, jak bylo naladěné, jestli bylo šťastné, mělo radost, nebo bylo uplakané. Zmínit se i o tom, jak dítě spalo, co mělo k jídlu, jaké dělali činnosti, jestli asistenti podali léky, které dítě užívá atd. A na základě nálady dítěte a informací od asistentů se odvíjí spokojenost rodičů s respitní péčí nebo odlehčovací službou.

Určitě je důležité, aby osobní asistent v co nejkratším čase rozpoznal změny v psychickém rozpoložení dítěte a na základě toho byl schopný započít adaptační proces. Proto je i nezbytné, aby asistent při převzetí dítěte od rodičů převzal informace o jeho aktuální náladě. V případě vhodně zvoleného adaptačního procesu došlo k okamžitému zabavení dítěte, které díky tomu kolikrát ani nezaznamenalo odchod jeho rodičů.

Dle mého názoru určitě i záleží na délce praxe asistenta, protože asistent, který je zapojen do adaptačního procesu déle, umí reagovat na každé dítě individuálně. Určitě sem patří i schopnost asistenta improvizovat, a aby mohl touto schopností vládnout, musí být vzdělaný, v problematice orientovaný a mít nastudované případové kazuistiky. Ačkoliv zmiňují faktory jako vzdělání nebo délka praxe, tak je primárně důležitá láska k dětem a chuť jim pomoci při urychlení jejich adaptace, protože člověk, který je sice vzdělaný, ale bez zájmu o práci, neodvede tak kvalitní adaptační proces. Každý den navíc strávený s dítětem je pro asistenta velikým přínosem. Dítě během této doby poznává, ví, jak reaguje na určité situace a díky tomu asistent přizpůsobuje adaptační proces přímo dítěti na míru.

4. 2 Rodiče dětí s kombinovaným postižením

Kvalitu adaptačního procesu jsou schopni zhodnotit hlavně rodiče dětí s kombinovaným postižením.

4. 2. 1 Spokojenost rodičů s respitní péčí

Hodnocení spokojenosti rodičů proběhlo na základě osobního pozorování a vyhodnocením odpovědí rodičů na mé otázky v rozhovoru.

4. 2. 2 Vlastní pozorování

Při mém ročním působení v odlehčovacích službách jsem měla možnost být u pěti předání dítěte rodičům osobním asistentem.

Převážně všichni rodiče byli při prvním předání dítěte do programu respitní péče nervózní. Nevěděli, co mají očekávat, a hlavně jak to budou zvládat jejich ratolesti. Díky bezvadnému přístupu osobních asistentů jsem si všimla, že se rodiče po vysvětlení toho, co se s dětmi přibližně bude dít vcelku uklidnili. Navíc v osobním dotazníku každé rodiny bylo uvedené telefonní číslo na rodiče dítěte, kdyby se něco dělo, vyzvedli by si jej.

Nebylo jednoduché se s rodiči při převzetí dítěte domluvit ohledně rozhovorů, protože většinou pospíchali domů kvůli dalším povinnostem, a kvůli tomu jsou odpovědi rodičů tak stručné. Nicméně se rodiče s dětmi vraceli rádi.

Dále rodiny dětí s postižením posílali pochvalné a děkovné dopisy. Jak nám asistentům například poslala jedna maminka s tím, že děkuje za spokojenost dítěte na pobytu a oceňuje i to, že její syn zvládnul horka, které často nesnáší dobře. Ujišťuje, že její syn bude pravidelným klientem.

Další mamince, které byly zaslány fotky z výletu na zámku Hluboká, děkovala za celotýdenní péči o jejího syna, za výlet, na který se její syn moc těšil, a ještě doma jí o něm vyprávěl a byl moc spokojený.

4. 2. 3 Odpovědi rodičů

Odpovědi rodičů mě velmi potěšily. Jak uvádí rodič č. 1: „*Služby jsou vážně skvělé, když potřebuji něco nutného zařídit, využiji tuto službu.*“

Rodič č. 2: „*Jsem rád že jsou tu tyto služby, nemám strach dítě dát do odlehčovacích služeb, má manželka si díky nim může přivydělávat.*“ Dále rodič č. 2 chválí práci asistentů, spolehlivé a ochotné jednání.

Rodič č. 3: „*O respitní péči jsem se dozvěděla od kamarádky a službu využíváme opravdu často. Jsem spokojená.*“

Rodič č. 4: „*Můj syn se vrací z pobytu opravdu spokojený, myslím si, že bude pravidelným klientem těchto služeb.*“

Rodič č. 5: „*Ano, jsme spokojeni, službu využíváme poměrně často.*“

4. 2. 4 Odpověď na druhou výzkumnou otázku

Přestože jsou odpovědi rodičů kvůli jejich spěchu domů tak strohé, tak i díky pochvalným dopisům zaslaných na naše emailové adresy jsem přesvědčena o tom, že jsou rodiče dětí s kombinovaným postižením v programu respitní péče spokojeni a nic by na něm neměnili. Díky respitní péči jsou schopní si vyřídit mnoho věcí v osobním životě, a hlavně si odpočinout a načerpat další síly na péči o své postižené dítě.

Diskuse

Cílem bakalářské práce na téma: Adaptační proces u dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče bylo zmapovat, jak probíhá adaptační proces u dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče a zjistit míru spokojenosti rodičů s programy respitní péče.

Výzkumné šetření probíhalo v průběhu roků 2016 formou mého vlastního pozorování a 2018 formou rozhovoru, který jsem vedla s osobními asistenty zapojenými do programu respitní péče, a rozhovorů, který jsem vedla s rodiči dětí s kombinovaným postižením.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 10 osobních asistentů a celkem 5 rodičů. Pro naplnění cíle jsem si zformulovala dvě výzkumné otázky, tedy otázku č.1 a otázku č. 2.

Rozhovor pro osobní asistenty, kteří jsou zařazeni do programu respitní péče, byl veden tak, aby díky němu bylo možné charakterizovat postup adaptačního procesu a zjistit do jaké míry mají schopnost ovlivnit adaptační proces zažité návyky klientů. Hlavní téma rozhovorů byla dvě: jak osobní asistenti pomáhají dětem s kombinovaným postižením k jejich úspěšné adaptaci a jestli mají nějaký vliv na průběh adaptačního procesu domácí zvyklostí dětí s kombinovaným postižením.

Po rozhovoru s osobními asistenty jsem odpovědi zpracovala a doplnila je o informace, které jsem zjistila vlastním pozorováním. Získaná data jsem pak analyzovala.

Každá osoba s postižením je jedinečná, a proto i práce s ním musí být přizpůsobena k individualitě každého jedince (Kutnohorská et al.,2011)

Z mého výzkumu vyplývá, že je důležité, aby asistenti znali před nástupem dětí na pobytovou službu všechny okolnosti, které mohou ovlivnit dítě při adaptaci a snažili se mu tuto dobu, kterou tráví mimo domov, co nejvíce ulehčit. Protože znát koníčky dětí, jejich zvyklosti, ale i jejich životní příběhy je nemalou součástí ke správné adaptaci dětí s postižením.

Z osobní zkušenosti vím, že k úspěšné adaptaci je zapotřebí komunikovat s rodinou a znát kazuistiku daného uchazeče o pobyt. Je dobré, abychom o dítěti věděli, co má rád, co rád dělá, jí, jaký má koníček. Tyto informace se získávají od rodičů postiženého dítěte. Jak uvádí Plevová a Slowik (2010), rodina při adaptaci dítěte hraje důležitou roli,

a proto je v zájmu dítěte, aby pracovníci spolupracovali s rodinou a podíleli se na vytváření vzájemné důvěry. I mí respondenti – asistenti se ve svých odpovědích shodují, že k úspěšné adaptaci je potřeba účast rodiny a její podpora. Potvrzuje to i Matoušek (2003), který ve své knize uvádí, že prvním a většinou i jediným zdrojem podpory, byla už v dávných dobách, rodina. Také Paulík (2010) uvádí, že hlavním zdrojem opory je hlavně rodina, kde tolerance, pomoc či podporování v základních činnostech tvoří velkou část jejích úkolů a má podíl na vytvoření pocitu bezpečí a jistoty již od raného dětství. Dále autor uvádí že, je z určitých pozorování zřejmé, že pro lidi, kteří jsou v nouzové situaci, je pozitivní rodinná vazba a společenská vazba, důležitou součástí jejich úspěšné adaptace.

Asistenti sbírali informace od rodiny a radili se, aby docházelo k co nejlepšímu přizpůsobení se dětí na nové prostředí, lidi i jiný denní režim. Volí koníčky a aktivity, které jsou přizpůsobeny zájmům dítěte. Často chodí do přírody, sledují televizi, vaří nebo tvoří nějaké výrobky podle aktuálního období. Dále se asistenti radí se samotnými dětmi, co se jim líbí, co mají rádi a jak tráví svůj volný čas. Jak uvádí autorky Mahrová a Venglářová (2008), pro lepší začlenění do společnosti dětí s postižením je zapotřebí zohlednit jejich individuální možnosti a od pomáhajících profesí, jako jsou asistenti, se očekává plná podpora a individualita.

Asistenti mi dále odpovídali na otázku, zda mají nějaký vliv na adaptační proces zažité životní návyky dětí s postižením. Rodina je jedinečné místo, kde se přirozenou cestou dostává určitých podnětů a zkušeností a kde se děti učí každý den přístupu k realitě a osvojuje si základní zkušenosti ve svém sociálním chování. (Jůva, 2003)

Rodina byla před zahájením pobytu svého dítěte seznámena se službami odlehčovacích služeb. I přes psaná pravidla programů respitní péče jsou tyto služby individuální a vždy přizpůsobeny potřebám a přáním uživatelů. Každá osoba prožívá své onemocnění individuálně, protože každá bytost je jedinečná a neopakovatelná (Kopecká, 2015). Přesto se asistenti shodují, že zažité životní návyky dětí hrají velkou roli v adaptačním procesu. Asistenti často uváděli individualitu každého dítěte. Nejčastěji zmiňovali změnu v chování při prvním nástupu, dále uváděli činnosti, které se na pobytu naučí a při dalším nástupu je dítě neumí.

Otázka č. 2: Jak jsou rodiče dětí s kombinovaným postižením spokojeni s programem respitní péče nebo odlehčovací služby.

Nejtěžší chvíle po narození postižného dítěte přicházejí právě pro rodiče. Jsou to právě oni, kteří se musejí vyrovnat s touto situací. Tato rodina žije v neustálém, společností podporovaném, tlaku. Postoje lidí vnímá na každém kroku. V čekárně u doktora, na zastávkách, dětském hřišti či na obyčejné procházce městem (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009). I pro tento důvod je tu odlehčovací služba, aby to rodičům, byť na malou chvíli, ulehčila. Proto se pro mou druhou otázku zdrojem informací stali rodiče dětí s postižením. Nejvíce mě zajímalo, zda jsou rodiče spokojeni se službou Odlehčovací služeb.

Všichni rodiče, kteří mi ochotně odpověděli byli se službami velmi spokojeni. Jak uváděla většina rodičů, Odlehčovací služba je pro ně velikou oporou a pomocí. Služby odlehčovací služby využívají poměrně často. Dále chválí asistenty.

Důležitým tématem při tvorbě mé práce byl způsob komunikace asistentů s klienty a jejich rodinou. Jak uvádí autoři Saldert a Forsgren (2016) pro lepší komunikaci je zapotřebí poznání sebe samého. Potvrzují to i autoři Cojocar a Popovici (2009), kteří říkají, že klíčem k úspěchu je dobrá komunikační schopnost, využívaná nejen k poznání osob ve svém okolí, ale i sebe samého. Z ročního působení v centru Arpida vím, že asistenti z malé části nahrazují rodinu, proto je důležitý srdečný a pozitivní přístup. Vytvořit si důvěru k dětem a k jejich rodině. Právě nepřátelský, nedůvěryhodný a necitlivý přístup, může vést ke špatné adaptaci.

Závěr

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak probíhá adaptační proces dětí s kombinovaným postižením v rámci programu respitní péče neboli odlehčovací služby. Jako další úkol mé bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou rodiče spokojeni se službami odlehčovací služby v centru Arpida v Českých Budějovicích.

Měla jsem stanovené dvě výzkumné otázky:

Otázka č. 1: Jak probíhá proces adaptace dětí s kombinovaným postižením, které jsou v programu respitní péče nebo odlehčovací služby?

Otázka č. 2: Jak jsou rodiče dětí s kombinovaným postižením spokojeni s programem respitní péče nebo odlehčovací služby?

Metodou získávání dat byly semistrukturované rozhovory s 10 asistenty a 5 rodiči, využila jsem také pozorování.

Z mého výzkumu vyplynulo, že asistenti při centru ARPIDA, jsou velmi aktivní při pomoci s adaptací. Všichni tázaní asistenti se pilně věnují studováním jednotlivých kazuistik dětí, které navštěvují odlehčovací služby, domlouvají se s rodiči dětí na podobném denním režimu, který mají stanovený doma. Poté se ho snaží aplikovat i při pobytu. Při pomoci s adaptací asistenti nejčastěji odpovídali aktivitami, které podporují správný průběh adaptačního procesu. Byli to například procházky do přírody, kulturní akce ale i vaření a ruční tvorbu.

Z mého vlastního pozorování soudím, že chování asistentů je k dětským uživatelům velmi vstřícné, ochotné, klidné a pozitivní. I přesto že práce s dětmi s postižením není jednoduchá jsou zde asistenti na správném místě. Jak jsem mohla z mého pozorování vidět, je správná komunikace a vřelý přístup, nejen k dětem ale i k rodičům, velmi důležitý a odráží se v lepší adaptaci dětí na nové prostředí a asistenty.

Z odpovědí rodičů týkající se spokojenosti vyplynulo, že všichni tázaní rodiče jsou spokojeni se službami odlehčovací služby. Nejčastěji využívají službu kvůli odpočinku, kterého se jim mnoho nedostává při starání se o své dítě s postižením.

Každé dětské postižení s sebou nese řadu změn a otázek hlavně pro rodinu a její blízké okolí. V odlehčovacích službách, které umožňují dočasné relaxování pro rodinu dítěte,

jde převážně o správnou adaptaci dětí s postižením. Ke správné adaptaci je potřeba snaha asistentů a rodiny dětí. Bez časté domluvy a vzájemné komunikace mezi rodiči dětí a asistentů není možné, aby docházelo k bezproblémové adaptaci.

I přesto, že mé výsledky nemohou posloužit k obecným závěrům, protože má zkoumaná skupina nebyla reprezentativní, myslím, že tyto informace mohou posloužit jako prospěšné pro asistenty a odborníky v odlehčovacích službách.

Seznam použité literatury

- 1) ANTONOVÁ, B., KUBÁČKOVÁ, P., MARKOVÁ, A., SLÁMOVÁ, R., 2018. *Praktický průvodce koncem života*. Albatros Media a.s, 160 s. ISBN 8026612914.
- 2) BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I., 2002. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 798 s. ISBN 8072610643.
- 3) COJOCARU, I., POPOVICI, I., 2009. Aspects regarding the application of the code of professional ethics in pharmacist-patient communication. *Revista Romana de Bioetica*. 7(3). 76-87. ISSN 15835170.
- 4) ČÁKIOVÁ, J., 2014. Respitní péče [online]. Národní informační centrum pro mládež [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/respitni-pece>
- 5) *Disabilities and their Families*. Psychiatr Q. 2008. 79:193-203. DOI 10.1007/s.11126- Dostupné z: <http://iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol17-issue3/I01734145.pdf>
- 6) DVOŘÁKOVÁ, K., 1998. Starý dementní člověk v rodině. Praha. Diplomová práce. Filosofická fakulta UK.
- 7) HÁJKOVÁ, V., 2009. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením: monografie*. Praha: Somatopedická společnost, ISBN 978-80-904464-0-3.
- 8) HAMADOVÁ P., KVĚTOŇOVÁ L., NOVÁKOVÁ Z., 2007. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- 9) HARRIS, J., WHITE, V., 2013. *A Dictionary of Social Work and Social Care*. Oxford: Oxford University Press. Oxford paperback reference. ISBN 978-0-19-954305-2.
- 10) HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 774 s. ISBN 9788073676865.
- 11) Hendl, J., 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

- 12) HROZENSKÁ, M., 2008. *Sociální práce so staršími lidmi*. Turany; Osveta, 181 s. ISBN: 978-80-8063-282-3.
- 13) CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-5326-3.
- 14) JAKOBOVÁ, A., 2007. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 101 s. ISBN 978-80-7368-488-4.
- 15) KEJKLÍČKOVÁ, I., 2011. *Logopedie v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-247-2835-3.
- 16) KELNAROVÁ, J., 2009. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty-4.ročník*. Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-247-2831-5.
- 17) KLENKOVÁ, J., 2006. *Logopedie*. Praha: Grada, 228 S, ISBN 80-247-1110-9.
- 18) KRACÍKOVÁ, O., 2000. *Srovnání péče v některých typech zařízení poskytující respitní péči seniorům*. Praha. Diplomová práce. Filosofická fakulta UK.
- 19) KRAUS, J., a kol., 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 348 s. ISBN 80-247-1018-8.
- 20) KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 21) LANGER, J., 2013. *Základy surdopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 109 s. ISBN 978-80-244-3702-6.
- 22) LESNÝ, I., ŠPITZ, J., 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. SPN, 229 s. ISBN 8004229220.
- 23) LUDÍKOVÁ, L., 2005. *Kombinované vady*. Studio Nakladatelství Olomouc, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.
- 24) MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 25) MATOUŠEK, O., 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Grada Publishing, 384 s. ISBN 80-7178-548-2.

- 26) MCGINTY, K. WORTHINGTON, R. DENNISON, W. *Patient and Family*
- 27) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 2018. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2019-04-29]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.htm>
- 28) MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 29) MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
- 30) MONATOVÁ, L., 1994. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita, 202 s. ISBN 80-210-1009-6.
- 31) NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetřovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
- 32) NOVOSAD, L., 2000. *Základy speciálního poradenství*. Portál, 160 s, ISBN 80-7178-197-5.
- 33) NOVOSAD, Libor., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- 34) PADNEY, S., AGARWAL S., 2013. *Transition to Adulthood for Youth with Disability: Issues for the Disabled Child and Family* (s. 41-45) ISSN: 2279-
- 35) PALÁN, Z., 2002. *Základy andragogiky*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského. ISBN 80-86723-03-8.
- 36) PEŠOVÁ, I., ŠMALÍK, M., 2006. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada Publishing, 152 s. ISBN 80-247-1216-4
- 37) PIPEKOVÁ, J., 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- 38) PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada Publishing, 256 s. ISBN 978-80-247-2968-8.

- 39) POTMĚŠIL, M., 2003. *Čtení k surdopedii*. Brno: Masarykova univerzita, 217 s. ISBN 80-244-0766-3.
- 40) Praha: Karolinum, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 41) PROCHÁZKOVÁ, E., 2014. *Práce s biografii a plány péče*. První vydání. Praha: Mladá fronta, 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.
- 42) RENOOTIÉROVÁ, M. LUDÍKOVÁ, L. a kol., 2003. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 290 s. ISBN 80-244-0646-2.
- 43) SALDERT, C., FORSGREN, E., HARTELIUS, L., 2016. Teaching medical students about communication in speech-language disorders: Effects of a lecture and a workshop. *International Journal of Speech-Language Pathology*. 18 (6). 571-579. ISSN 1143975.
- 44) SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi: 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
- 45) SLOWÍK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 160 s. ISBN 978-
- 46) SMOLÍK, J., 2010. *Subkultury mládeže, uvedení do problematiky*. Praha: Grada Publishing, 288 s. ISBN 978-80-247-2907-7.
- 47) STRNADOVÁ, V., 2002. *Úvod do surdopedie. Studijní texty pro distanční a kombinované postižení*. Liberec: Technická univerzita, 63 s. ISBN 80-7083-564-8.
- 48) ŠAFRÁNKOVÁ, P., 2011. Klíčové osoby v komplexu služeb respitní péče. *Speciální pedagogika*. 14(1), 28-43. ISSN 1211-2720.
- 49) ŠVARCOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 198 s. ISBN 80-736-7060-7.
- 50) VÁGNEROVÁ M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L., 2009. *Náročné mateřství*. Praha: Karolinum, 336 s. ISBN 978-80-246-1616-2.
- 51) VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

52) VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Celebritami proti své vůli--*. Praha: Triton, 2011. ISBN 978-80-7387-447-6.

53) VOTAVA, J. a kol., 2005. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd.

54) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Zákony pro lidi.cz* [online], částka 37/2006 [cit. 2019-04-29].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20190401>

55) ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie-Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 232 s. ISBN: 978-80-247-20-68-5.

56) ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-80-247-3856-7.