

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická



ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Liberec 2020

Bc. Alena Horáková



Mladá žena s vícenásobným postižením

Závěrečná práce

Studijní program:

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků

Studijní obor:

Speciální pedagogika

Autor práce:

Bc. Alena Horáková

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Korych

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání závěrečné práce

Mladá žena s vícenásobným postižením

Jméno a příjmení: **Bc. Alena Horáková**
Osobní číslo: P18C00033
Studijní program: DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků
Studijní obor: Speciální pedagogika
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: **2018/2019**

Zásady pro vypracování:

Cíl závěrečné práce: Zjistit schopnosti mladé ženy s vícenásobným postižením, žít svůj život mimo ústav, ve kterém celý život vyrůstala.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhotovení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování, pozorování.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.
PIPEKOVÁ, J. et al. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 3., rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.
ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 4. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-889-0.
VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
VÍTKOVÁ, M. (ed.) Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Korych
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

3. dubna 2019

Předpokládaný termín odevzdání:

20. prosince 2019

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 3. dubna 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svou závěrečnou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé závěrečné práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé závěrečné práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li závěrečné práce nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má závěrečná práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

13. května 2020

Bc. Alena Horáková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu mé závěrečné práce za cenné rady a připomínky, které mi v průběhu realizace poskytl. Velké dík patří také klientce sociální služby, která mi dlouhou dobu věnovala svůj čas. Bez ní by tato práce nemohla nikdy vzniknout.

Anotace

Závěrečná práce popisuje mladou ženu s vícenásobným postižením, která větší část svého života prožila v ústavní péči a touží žít svůj život v běžném přirozeném prostředí tak, jako běžná populace. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část objasňuje základní pojmy, které souvisí s tělesným a vícenásobným postižením mladé ženy, část kapitoly je věnována popisu výchovy v ústavním zařízení a osobní asistenci. Praktická část obsahuje anamnézy, popis dlouhodobého pozorování a vyhodnocení dotazníkového šetření.

Klíčová slova: Dětská mozková obrna, osobní asistence, vícenásobné postižení.

Annotation

The thesis describes a young woman with multiple handicap who has experienced a bigger part of her life in institutional care and longs for living her life in an ordinary and natural environment as normal population. The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical one clarifies the basic terms which are connected with the young woman's physical and multiple handicap. A part of the chapter focuses on a description of education in an institutional facility and personal assistance. The practical part contains the case history, description of long - time observation and evaluation of questionnaire inquiry.

Key words: Children cerebal palsy, personal assistance, multiple handicap.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 Trvalé zdravotní postižení	11
1.2 Dětská mozková obrna	12
1.2.1 Příčiny vzniku (etiologie).....	12
1.2.2 Formy dětské mozkové obrny	13
1.2.3 Charakteristika dětí s dětskou mozkovou obrnou	13
1.2.4 Výchova dětí s dětskou mozkovou obrnou	14
1.3 Vícenásobné (kombinované) postižení	17
1.4 Osobní asistence	21
1.5 Metody výzkumu	22
2 KAZUISTIKA	23
2.1 Osobní anamnéza	23
2.2 Rodinná anamnéza	24
2.3 Zdravotní anamnéza	24
2.4 Školní anamnéza	26
2.5 Ústavní anamnéza	27
3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	29
3.1 Vyhodnocení dotazníku.....	29
3.2 Záznam dlouhodobého pozorování schopností klientky	30
3.2.1 Osobní hygiena	30
3.2.2 Zvládání běžných úkonů o vlastní osobu	31
3.2.3 Samostatný pohyb.....	32
3.2.4 Zajištění stravování.....	33
3.2.5 Péče o domácnost	34
3.2.6 Zajištění kontaktu se společenským prostředím	35
3.2.7 Seberealizace	36
3.2.8 Péče o zdraví a bezpečí – rizika.....	37
3.2.9 Uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí	38
4 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ.....	39
ZÁVĚR.....	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42
SEZNAM PŘÍLOH.....	43
Příloha č. 1: Zázpis z dotazníkového šetření.....	43
PŘÍLOHY	44

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

Aj.	a jiné
Atd.	a tak dále
CDS	Centrum denních služeb
CNS	Centrální nervový systém
DK	Dolní končetiny
DMO	Dětská mozková obrna
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
HK	Horní končetiny
MR	Mentální retardace
Např.	na příklad
OA	Osobní asistence
OZP	Osoba se zdravotním postižením
SOU	Střední odborné učiliště
Tj.	to jest
ZŠ	Základní škola
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s potřebou průvodce
ZVŠ	Zvláštní škola

ÚVOD

Autorka pracuje s osobami s vícečetným postižením již 38 let. Výchova osob s handicapem byla po řadu let její hlavní prací. Měla možnost poznat, jak je náročné zvládnout obyčejné každodenní starosti, pokud je člověk omezen tělesným nebo mentálním handicapem. Za ta léta se setkala nejen s různými formami a stupni tělesného nebo mentálního handicapu, ale také s různým sociálním prostředím a stylem výchovy rodin, ve kterých dítě vyrůstá.

Pro svou závěrečnou práci oboru Speciální pedagogiky si autorka vybrala kazuistiku mladé ženy s vícenásobným postižením, která větší část svého života prožila v ústavní péči a touží žít běžný život tak, jako běžná populace. Každý zdravý člověk přemýšlí o tom, že se od rodičů odstěhujete. Řada osob s tělesným nebo mentálním postižením bydlí se svými rodiči nebo v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, i když jsou již dospělí.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá objasněním pojmu DMO, rozebírá problematiku postižení a možnosti dalšího rozvoje osob s vícenásobným postižením. Cílem praktické části je zjistit dosavadní schopnosti mladé ženy k samostatnému životu ve všech životně důležitých oblastech.

Ke zpracování kazuistiky autorka použila tyto metody a techniky: analýza odborné literatury, dlouhodobé pozorování, rozhovor a dotazníkové šetření schopností ženy s vícenásobným postižením ke zjištění potřeb, které bude nutné zajistit pro její plynulý běžný život.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Trvalé zdravotní postižení

„Trvalé zdravotní postižení v podobě poškození organismu nebo jeho funkcí negativně ovlivňuje schopnosti člověka existovat a vyvíjet aktivity směrem k prostředí, zvládat nejrůznější životní úkoly. To znevýhodňuje a poškozuje postavení člověka ve společnosti, dochází k poruše jeho vztahu s prostředím, což sebou přináší problémy psychologického i sociálního charakteru, dochází k poškozování kvality života postižených.“ (Ludíková a kol. 2005, s. 7)

„Osoby se zdravotním postižením mohou mít různý typ a různý stupeň postižení. Významné hledisko je také očekávaný vývoj v čase, tedy zda lze očekávat postupné zlepšení, zda je stav stacionární, anebo zda se očekává další horšení postižení. Dále může být podstatný rozdíl mezi postižením od narození či získaným v časném dětství a postižením získaným později.“ (Votava a kol. 2003, s. 13)

Podle typu postižení rozeznáváme tyto hlavní skupiny:

- tělesné postižením (lidé s poruchou hybného ústrojí)
- zrakové postižení
- sluchové postižení
- postižení vnitřními chorobami
- mentální postižení (i postižení duševní a poruchy autistického spektra)
- demence
- psychiatričtí pacienti
- samostatné těžší poruchy řeči
- kombinovaná postižení. Za kombinovaná postižení se označují ta, kde se mentální postižení přiřazuje k jinému, např. tělesnému (Votava a kol. 2003, s. 15).

Tělesné postižení

U osob s tělesným postižením se jedná především o poruchy hybného ústrojí, ale také i poškození nervového ústrojí. Tělesná postižení rozděluje na vrozená a získaná. Diagnóza osob s tělesným postižením spadá do oblasti neurochirurgie, ortopedie, traumatologie nebo revmatologie. Od raného dětství je nejčastějším postižením **dětská mozková obrna**, vrozený rozštěp míchy, poruchy růstu aj. (Votava a kol. 2003, s. 16).

Z hlediska příčin a projevů členíme tělesné postižení na:

- **deformace** – vrozené vykloubení kyčlí, nesprávného držení těla skolióza a kyfóza, poškozením svalového vlákna, které je podmíněno zevními faktory či geneticky – myopatie,
- **malformace** – patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin,
- **amputace** – odnětí části končetiny od trupu, kdy nejčastější příčinou jsou úrazy,
- **obrnny** – dětská mozková obrna – DMO, infekční obrna, Parkinsonova nemoc, traumatické obrny, cévní mozková příhoda apod.,
 - **parézy** – částečné ochrnutí s narušením nervosvalového přenosu a snížením či omezením hybnosti i motorické koordinace,
 - **plegie** – úplné ochrnutí, ztráta hybnosti (Michalík 2011, s. 190).

1.2 Dětská mozková obrna

„Dětská mozková obrna patří mezi nečetnější neuro-vývojová onemocnění. Je neprogresivním, leč ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku.“ (Kraus a kol. 2005, s. 21)

1.2.1 Příčiny vzniku (etiologie)

DMO vzniká před porodem, během porodu nebo krátce po něm. Při odhalení pravé příčiny DMO je však důležité znát formu, průběh těhotenství, průběh porodu a celkovou anamnézu dítěte od narození po současnost. Důležitá je také doba, kdy se projeví první příznaky onemocnění.

- **Prenatální příčiny** – asfyxie porodu, je to období od počátku těhotenství do porodu. Na rozvoj plodu má v častém stádiu těhotenství vliv infekční onemocnění matky, vysoký krevní tlak, silné krvácení matky, vliv toxických látek – alkohol, drogy, nikotin, užívání některých farmak, otravy z jídla, rentgenové záření.
- **Perinatální příčiny** – období během porodu a bezprostředně po něm. V současné době se vlivem kvalitní zdravotní péče daří zabránit úmrtí novorozenců s nízkou porodní váhou.
- **Postnatální příčiny** – období po porodu (nejsou tak časté) – vlivy, které poškozují mozkovou tkáň (úrazy hlavy, infekce CNS, záněty mozkových blan, dušení, otravy, novorozenecká žloutenka, infekce, meningokokové infekce (Michalík 2011, s. 197, 198).

1.2.2 Formy dětské mozkové obrny

K definitivnímu stanovení formy DMO dochází v průběhu kojeneckého věku, ojediněle během druhého roku, nebo i déle. Je způsobeno vývojem a zráním nervového systému (Kraus a kol. 2005).

Spastická forma – abnormálně zvýšené svalové napětí – hypertonie, narušení vzájemného propojení a souhra svalů mezi napětím a uvolněním (Vítková 2004, s. 175).

- **Diparetická forma** – nejčastější forma DMO, spastická forma obou dolních končetin, která vzniká v dětství, dříve, než začne dítě chodit. Hlavní příčina je nízká porodní hmotnost.
- **Triparetická forma** – jedná se o postižení tří končetin (dvou horních a jedné dolní, nebo jedné horní a obou dolních). Výrazně je zasaženo motorické postižení, mentální retardace případně se někdy vyskytuje epilepsie
- **Kvadruparetická forma** – nejtěžší forma DMO, oboustranná spasticita horních i dolních končetin. Vlivem postižení dochází k postižení jemné i hrubé motoriky, formu doprovází těžká mentální retardace, epileptické záchvaty, dysartrie, hydrocefalus. Dítě je zcela závislé na pomoci a mívá obtíže s výživou (Kraus a kol. 2005, s. 74 – 79).
- **Hemiparetická forma** – spastické jednostranné postižení pravé nebo levé poloviny těla – levostranné nebo pravostranné poškození hybnosti dolních i horních končetin (Michalík 2011, s. 199).

Nespastická forma – je charakteristická absencí svalového napětí. Vyznačuje se neschopností správně provést volní pohyb a koordinovat pohyby těla. Znakem jsou mino-volní bezděčné pohyby.

- **Hypotonická forma** – svalová ochablost a abnormální rozsah pohybu ve velkých kloubech.
- **Dyskinetická forma** – hybnost není rušena obrnou, ale vůlí nepotlačitelnými pohyby. Je charakteristická pomalými hadovitými pohyby končetin i trupu se stáčením hlavy a grimasováním – atetóza. Zdánlivě vyvolává dojem mentální retardace, přestože tomu většinou tak není a je značně stigmatizující (Michalík 2011, s. 200).

1.2.3 Charakteristika dětí s dětskou mozkovou obrnou

Prvotním a určujícím znakem je porucha hybnosti. Porucha hybnosti a narušení přívodu smyslových podnětů, zejména v dětství, zbrzdí rozvoj poznávacích procesů dítěte. Dochází

k nerovnoměrnému zpomalování a omezování psychického vývoje v závislosti na nedostatečné zkušenosti. Ve snížené aktivační činnosti se projevuje stereotypie a nedostatek podnětů. Děti se jeví jako nezralé a infantilní (Říčan, Vágnerová 1991).

Klinické projevy DMO

- **Emoční projevy** – citové projevy mají neadekvátní intenzitu a délku trvání, projevuje se labilita, dráždivost a infantilita.
- **Poznávací schopnosti** – dochází ke snížení rozumových schopností, snížení inteligence, nedostatek pohybu vede k omezení a nedostatku zkušeností
- **Poruchy percepce** – jsou projevem specifického poškození mozku, jsou spojeny s poškozením zraku či sluchu.
- **Poruchy řeči** – projevuje se dysartrie. Jde o poruchu artikulace různého stupně.
- **Poruchy pozornosti** – časté problémy s koncentrací, přesouváním a rozdělováním pozornosti (nesoustředěnost, krátkodobost).
- **Poruchy paměti** – ovlivněna pozorností a větší unavitelností.
- **Poruchy učení** – jsou důsledkem poškození mozku, projeví se až ve školním věku
- **Poruchy chování** – různá forma DMO a odlišná výchova mají bezprostřední vliv na rozvoj sociálního chování (Vágnerová 2004, s. 148 – 151).

1.2.4 Výchova dětí s dětskou mozkovou obrnou

Výchova je celoživotní proces. Život s jakýmkoli zdravotním postižením se vyznačuje řadou omezení, znevýhodnění a nesnází, které je nutno respektovat. Jde především o omezení množství i kvality různých podnětů a o redukci zkušeností, zejména sociálního charakteru. Lidé s tělesným postižením se musí vyrovnávat s řadou somatických, psychických, citových a sociálních aspektů svého postižení. Na druhé straně však může postižení působit i jako výzva k mobilizaci sil u postiženého jeho okolí, zejména jeho rodičů. Postižení lze chápat jako náročnou životní situaci. Organismus i okolí reaguje řadou aktivních i únikových technik. Vlivem postižení dochází vždy ke změně poznávacích a smyslových schopností, dochází ke změně získávat informace o okolním světě. Tento rozsah je závislý na formě a stupni postižení handicapované osoby, ale také na vlivu prostředí, ve kterém osoba vyrůstá a jak dostatečné podněty dostává (Vágnerová, HadjMaoussová 2003, s. 24 – 27).

Rodina má zásadní vliv na vývoj a formování osobnosti dítěte. Určuje základní předpoklady a první nejdůležitější sociální zkušenosti. Vzájemné vztahy dítěte a rodičů bývají

narušeny už v raném věku, kdy se rodiče musí vyrovnat s postižením. Problém je vnímán na pozadí budoucnosti, kterou pro ně dítě s DMO nemá. Mnohdy cítí rodiče pocit viny za neschopnost dítě dostatečně milovat, ztrácí trpělivost s neobratností a neschopností dítěte a na výchovu rezignují. Dítě nemá potřebu nových podnětů a má minimální zájem o učení. Jestliže rodiče nehledají cesty rozvoje a nedosahují viditelných výsledků, jejich kontakt se redukuje na uspokojování organických potřeb. Dítě se harmonicky nerozvíjí, protože nejsou dostatečně a trvale uspokojovány jeho základní životní potřeby psychické a fyzické (Vágnerová 2004, s. 164, 165).

Fáze vývoje prožívání a chování rodičů:

- 1. Fáze šoku a popření** – subjektivní reakce na nepřijatelnou skutečnost, že dítě není zdravé – hledání viny.
- 2. Fáze bezmocnosti** – rodiče prožívají pocit viny a hanby – hrouť se jim představa budoucnosti, postupně hledají pomoc.
- 3. Fáze postupné adaptace a vyrovnání s problémem** – období hledání pomoci a informace, negativní emoční reakce stále přetrvává (smutek, deprese, strach o budoucnost, pocity hněvu).
- 4. Fáze smlouvání** – rodiče začínají akceptovat skutečnost, ale s nadějí částečného zlepšení.
- 5. Fáze realistického postoje** – dochází ke smíření, plány a budoucnost rodiny mají reálnější představu – problémy se školní docházkou, volba povolání atd. (Vágnerová 2004, s. 167, 168).

„Ke smíření s postižením dítěte však nedochází ve všech případech“ (Vágnerová 2004, s. 168).

Narození postiženého dítěte do rodiny otřese rodičovskými představami. Každou rodinu naplňuje příchod dítěte velkým očekáváním zdravého a krásného dítěte. Co si budeme nalhávat, každý z nás si přeje zdravé a krásné dítě. Život rodiny je rázem rozdělen na dvě části. Na ten, který byl předtím, a ten, který začal poté. Pohled na postižené dítě v řadě lidí vyvolává rozpaky, soucit a vinu. Stále mezi námi žijí děti a lidé, kterým osud nedopřál prožít dětství ve vlastní rodině s milujícími a chápavými rodiči. Pro mnohé z nás, kteří jsme vyrostli v běžné fungující rodině, je těžké si představit, čím takové děti procházejí, co prožívají, jak vůbec žijí. Pro

všechny je to zásah, který poznamená jejich psychiku i život. Přestože je v současné době ústavní péče stále více zavrhována, přesto je pro mnohé jediným útočištěm a řešením (Horáková 2014, s. 31, 33).

Ústav je zařízení, které vychází z nutnosti řešit svízelnou životní situaci osob s handicapem. Cílem je pomoc v oblastech života, které jedinec není schopen samostatně zvládat. Ústavní výchova je vhodná v případech, kdy nelze jiným způsobem poskytnout přiměřenou péči nebo pomoc. Je to pobytové zařízení poskytující týmovou specializovanou péči – ubytování, stravování, rehabilitaci, odbornou ošetrovatelskou péči, terapeutickou péči, vzdělávání, výchovu a volno-časové aktivity (komplexní péči). Ústav je kolektivní zařízení, má svůj organizační řád a klienti zde nemívají dostatečný prostor pro své soukromí a identitu. Jejich osobnost proto bývá poznamenána deprivačními vlivy, tendencí k izolaci, nerespektováním individuálních potřeb a malou motivací k samostatnému životu. Důležitým faktorem proto rozvoj jejich osobnosti a kvalitní život je vytvoření hodnotného programu a podnětného prostředí (Novosad 2006, s. 45).

Pro práci vychovatele, učitele či pracovníka sociálních služeb je nezbytná vysoká míra porozumění životní situaci handicapovaného dítěte. Má-li být pedagog tím, kdo dokáže pomoci překonávat důsledky postižení, přispívat k osobnostnímu rozvoji a přiměřenému sebehodnocení handicapovaného dítěte nebo dospívajícího, potřebuje hledat odpovědi na řadu otázek. Jak si své znevýhodnění uvědomuje, jak je prožívá a jak se s ním vyrovnává? Jak vidí své další životní šance, příležitosti a jaký přístup očekává od svého okolí? Potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sebeúcty, potřeba seberealizace, potřeba poznání, učení a také otevřená budoucnost. Důležité je pokusit se, dle možností, začlenit jej do běžného společenského života tak, aby byly naplněny základní psychické a sociální potřeby. Je to mravenčí práce a výsledky nejsou vidět hned. Vychovatelé nesou zodpovědnost za proces jeho sebeurčení. Dítě se učí mnoha postojům a dovednostem vedoucím k sebeurčení. I když intelektuální schopnosti mentálně handicapovaného člověka jsou sníženy, může prožít život plnohodnotný život (Vágnerová 2004).

Krčková „V přístupech k tělesně postiženým dětem se musíme oprostit od běžných představ o tom, co má dítě umět v určitém věku a snažit se o opravdový individuální přístup.“ (Říčan a kol. 1991, s. 340)

1.3 Vícenásobné (kombinované) postižení

„DMO je primárně centrální poruchou regulace hybnosti, ale často bývá kombinována s jinými poruchami, např. zraku, sluchu, řeči, a rozumovými schopnostmi. Určitým způsobem ovlivňuje veškeré psychické projevy. Prožívání, uvažování i chování.“ (Vágnerová 2004, s. 148)

Z historického hlediska se s rozvojem speciální pedagogiky měnil i přístup k definování a charakterizování kombinovaného postižení. V současné době dochází k humanizaci v přístupu společnosti k zaměření na potřeby jedince a jeho podporu. V popředí je především postižený jedinec a jeho potřeby. V odborné literatuře se tak nejčastěji setkáváme s označením kombinované postižení či kombinované vady, vícenásobné postižení, vícečetné postižení, případně multihandicap, který zahrnuje stejný okruh osob. Dle posledních trendů speciální pedagogiky se tato skupina označuje jako **osoby s vícenásobným nebo vícečetným postižením**, tj. označení zdůrazňující, že se jedná primárně o osobu a až poté o určitou diagnózu a postižení. Vícenásobné postižení může mít řadu forem a stupňů, které se projevují různými problémy, vzájemně se prolínají a ovlivňují všechny stránky osobnosti – emocionální, sociální, kognitivní, komunikační schopnosti a motorické schopnosti (Vašek 1999, s. 10).

Pro resort školství uvádí Pipeková (2010, s. 35) rozdělení do těchto tří skupin:

1. skupina: děti s **mentální retardací** a přidružené tělesné vady, smyslové vady, vady řeči, psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování,
2. skupina: **kombinace tělesných, smyslových a vad řeči**. Specifickou skupinu tvoří děti **hluchoslepé**,
3. skupina: **autistické děti a děti s autistickými rysy**.

Velmi často je s DMO spojována mentální retardace, která je nejzávažnější přidruženou poruchou DMO. Více jak polovina postižených má navíc kognitivní deficit nebo poruchu intelektu. K dalším projevům patří například poruchy zraku, sluchu nebo obtíže s příjmem potravy (Kraus a kol. 2005, s. 35).

- **Mentální retardace (MR)**

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

MR je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence (Švarcová, 2011, s. 25).

Příčiny vzniku MR jsou:

- následky infekcí a intoxikací – prenatální a postnatální infekce, intoxikace,
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů – mechanické poškození plodu, poranění mozku, hypoxie,
- porucha výměna látek, výživy a růstu,
- nemoci a různé stavy způsobené jinými, nespecifickými prenatálními vlivy – hydrocefalus, mikrocefalus,
- anomálie chromozomů – Downův syndrom (trisomie 21),
- nezralost bez uvedení jiných chorobných stavů,
- psychosociální deprivace – nepříznivý vliv sociokulturních podmínek (Švarcová 2011, s. 26).

Kvantitativní hodnocení mentální retardace – Stupně MR podle MNK – 10

„Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost, tj. kvantita úbytku (resp. Zachování) příslušných kompetencí. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností mentálně postiženého jedince s normou, tj. pomocí psychologické diagnostiky inteligence.“ (Vágnerová 2004, s. 301)

Lehká MR – IQ 50 – 69

Přibližně u 80 – 85 % postižených osob s mentální retardací spadá do kategorie lehká mentální retardace.

- Komunikativní dovednosti jsou rozvinuty, vývoj řeči je však opožděný, objevuje se obsahová chudost, verbální projev je jednodušší – poruchy formální stránky řeči, rozvinuté jsou konkrétní, názorné a mechanické schopnosti,
- nedostatky v jemné motorice a pohybové koordinaci, zpomalený rozvoj, afektivní labilita, popudlivost, impulsivnost, úzkostnost,
- v dospělosti lze dosáhnout částečné samostatnosti (oblékání, hygiena, stravování) a pracovního začlenění.

Středně těžká MR – IQ 35 – 49

- Omezený vývoj řeči a nápadné poruchy formální stránky řeči (časté agramatismy), chudá slovní zásoba, vyjadřuje se jednoduchou větou, obsahově špatná artikulace,
- myšlení na úrovni předškolního dítěte, značná labilita, zkratkové jednání,
- motorický vývoj omezený, nekoordinované pohyby, možná částečná samostatnost v sebeobsluze, potřebuje trvalý dohled.

Těžká MR – IQ 20 – 34

- Nedostatečná koncentrace pozornosti, opožděn psychomotorický vývoj,
- řeč je primitivní nebo není vytvořena vůbec, špatná artikulovaných slov,
- dlouhodobí nácvik základních návyků sebeobsluhy, problematická částečná socializace, závislost na péči jiných lidí.

Hluboká MR – IQ 19 – a níže

- Minimální kapacita v oblasti senzomotorické komunikace – často beze smyslu, neartikulované výkřiky, příp. echolalicky opakovaná jednotlivá slova,
- neschopnost sebeobsluhy, poruchy emocionality a volního jednání, časté sebepoškozování, nepoznává okolí,
- motoricky těžce omezení, nápadné stereotypní automatické pohyby, neurologické příznaky, častý výskyt epilepsie (Vágnerová 2004, s. 301, 302).

Jiná MR

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně MR pomocí obvyklých metod je neschopné pro přidružené senzorní, somatické postižení, těžké poruchy chování, autismus (Švarcová, 2011, s. 27).

Nespecifikovaná MR

MR je prokázána, není dostatek informací pro zařazení do jedné ze shora uvedených kategorií. Snížení úrovně rozumových schopností nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními atd.). Tyto děti se nepovažují za mentálně postižené (Švarcová 2011, s. 56).

- **Epilepsie**

„Epilepsie je chronické postižení mozkové tkáně, které se projevuje opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a chování, motorickými projevy a často i s poruchami vědomí.“ (Vágnerová 2004, s. 134)

Epilepsie způsobuje křeče, poruchu vědomí a paměti. Projevů je celá řada a záchvaty se mohou lišit jejich mírou – krátkým výpadek vědomí, ztrátou vědomí spojenou s pádem, nápadné kontrakce končetin, trupu a hlavy a často spojený s inkontinencí moči event. stolice, někdy s pokousáním jazyka (Vágnerová 2004, s. 134).

- **Poruchy řeči**

DMO již od počátku narození ovlivňuje vývoj řeči. Krom poruchy hybnosti zaostávají u dětí s DMO některé orální reflexy, objevují se problémy se zpracováním potravy – žvýkání, polykání. Je to ovlivněno koordinací pohybů rtů a jazyka a jsou také zasaženy jednotlivé složky mluvicího projevu – dýchání, fonace, přízvuk, výslovnost, intonace, plynulost, melodie, srozumitelnost. Poruchy řeči diferencujeme podle toho, která oblast je postižen – dyslálie, dysartrie, afázie, koktavost, fonologická porucha a efektivní mutismus (Kraus 2005, s. 234).

- **Poruchy zraku**

Poruchy zraku ovlivňují nepřesné vnímání okolního světa. Jsou především způsobeny špatnou akomodací čočky – dochází k oslabení zraku, k poruchám ostrosti a vnímání barev – krátkozrakost, dalekozrakost, astigmatismus, strabismus, nystagmus, tupozrakost a závažná postižení zraku – slabozrakost, praktická nevidomost, slepota (Vítková 1998, s. 199).

- **Vady sluchu**

„Poruchy sluchu u dětí s DMO jsou většinou centrálního původu a vznikají poškozením sluchové dráhy nebo přímo mozkové kůry spánkového laloku.“ (Vítková 1998, s. 30)

Rozdělení dle kvalitativní hodnoty důsledků a schopnost vnímat řeč – **hluchota** (ztráta sluchu), **zbytky sluchu** (vnímání různých zvuků, ale neschopnost diferenciac), **těžká nedoslýchavost** (Vágnerová 2004, s. 213).

- **Poruchy učení**

Dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dysortografie, dyskalkulie, dysmúzie, dyspinxie, dyspraxie.

1.4 Osobní asistence

„Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.“ (Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách, § 39)

Cílem sociální služby osobní asistence je umožnit dospělým uživatelům s tělesným a kombinovaným postižením samostatný a plnohodnotný život srovnatelný s životem svých vrstevníků.

Dle individuálních potřeb a požadavků jsou u uživatelů vykonávány tyto úkony podpory osobní asistence:

- péče o osobní hygienu (večerní a ranní hygiena, koupání, fyziologické potřeby apod.),
- pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu (oblékání, obouvání, úprava vzhledu),
- samostatný pohyb – přesun na lůžku, pohyb mimo domácnost, manipulace s předměty denní potřeby, zajištění pohybu mimo domácnost,
- zajištění stravování – pomoc s přípravou a podáváním stravy, pomoc při nákupu,
- péče o domácnost – úklid a údržba domácnosti, péče o lůžko, opravy,
- kontakt se společenským prostředím – zajištění oblíbených činností,
- seberealizace a uplatňování práv, zájmů a osobních záležitostí – vzdělávání, pracovní uplatnění, zajišťování dokladů, jednání s úřady,
- péče o zdraví a bezpečí – dodržování léčebného režimu, jednoduchá ošetření, doprovod návštěvy u lékaře,
- hospodaření s finančními prostředky.

1.5 Metody výzkumu

Při zpracování závěrečné práce – kazuistiky jsem použila následující metody a techniky:

Pozorování

Pozorování je jednou z nejstarších a nejpoužívanějších metod pedagogicko-psychologické diagnostiky, jejichž výsledek má kvalitativní charakter. Pozorování může provádět jak nezkušený pozorovatel, tak i profesionál. Výsledky se však v mnohém liší. Laické pozorování je zaměřeno na výrazné, něčím zvláštní a zajímavé podněty (co praští do očí), profesionál si předem naplánuje a určí cíl svého pozorování (selektivní plánování). Pozorování musí splňovat několik zásad.

- Plánovitost (stanovení plánu, obsahu a postupu)
- Systematičnost (pravidelné intervaly)
- Přesnost a objektivnost (pozorovatel nesmí mít k pozorovanému osobní vztah)

Pozorovatel si musí určit, koho bude pozorovat (předmět pozorování), co bude pozorovat a jak bude pozorovat. Informace si pozorovatel zaznamenává a následně analyzuje (vyhledává souvislosti a vyhodnocuje). Cílem pozorování může být cokoli – vzhled (stavba těla, oblečení, účes), jednání (mimika, řeč, emoce, vztah k sobě i ostatním). Důležitý vliv při pozorování má osobnost pozorovatele, jeho názory, postoje, povahové rysy, schopnost přesné a nezaujaté interpretace (Gavora 2000).

Dotazníkové šetření (dotazník a rozhovor)

„**Dotazník** je nejfrekventovanější metodou zjišťování údajů. Dotazník je určen především pro hromadné získávání údajů. Zároveň má mít promyšlenou strukturu. Při přípravě dotazníku je potřeba základní otázku (problém) nejprve rozdělit do několika okruhů (podproblémů). Každý z nich se potom naplňuje položkami.“ (Gavora 2000, s. 99)

„**Rozhovor** – interview je anglického původu a skládá se ze dvou částí. Inter znamená „mezi“ a view znamená „názor“ nebo „pohled“. Název naznačuje, že jde o interpersonální kontakt. Interview je výzkumná metoda, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů.“ (Gavora 2000, s. 110)

2 KAZUISTIKA

Předchozí stránky závěrečné práce se věnují popisem tělesného a vícečetného postižení z teoretického pohledu. Následující část seznamuje prostřednictvím případové práce s konkrétním popisem mladé ženy s vícečetným postižením – s dětskou mozkovou obrnou a mentální retardací. Mladá žena je klientkou pobytové sociální služby. Klientka již dlouhou dobu zvažuje ukončit pobytovou službu v ústavu, ale stále má obavy, jak samostatný život zvládne. Za podpory osobní asistence je schopná se zapojit do běžné společnosti.

Praktická část kazuistiky je zaměřená na zjištění samostatnosti v úkonech sebeobsluhy a schopností, které jí pomohou se o sebe postarat. Metoda pozorování probíhala dlouhodobě, systematicky, v přímém kontaktu s pozorovanou ženou. Pozorování probíhalo sledováním běžných denních činností a aktivit, které mladá žena vykonávala během celého dne. Získané informace a poznámky o mladé ženě autorka zapisovala do záznamového listu dle jednotlivých oblastí péče. Cílem práce bylo vytvořit a navrhnout opatření (seznam úkonů péče), která budou nutná pro její plnohodnotný život zajistit osobní asistenci.

2.1 Osobní anamnéza

Údaje obsažené v této anamnéze jsou získány z dokumentace sociální péče, ze záznamů školy, zdravotního a psychologického vyšetření a rozhovorem se samotnou mladou ženou. Cílem rodinné a osobní anamnézy bylo získat a analyzovat podstatné údaje a okolnosti o dosavadním vývoji mladé ženy, o její rodině a sociálním prostředí, ve kterém vyrůstala. Pozorovaná žena je silnější postavy, je upoutána na invalidním elektrickém vozíku. Má černé krátce zastřižené vlasy. Její pleť je světlá, drobné známky akné. Obličej má kulatý, malé šedozelené oči, nos i ústa jsou také malá. Je to mladá samostatná žena, která je velmi komunikativní, upřímná a otevřená.

Pohlaví: žena

Věk: 32 let

Dosažené vzdělání: Střední odborná škola praktická (dvouletý obor).

Současná služba: pobytová služba – Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Pohyb: samostatně za pomoci elektrického vozíku, orientace v prostou dobrá, samostatně zvládá jízdu dopravními prostředky

Zájmy: hudba, kino, ráda čte, vycházky.

Přání: „Ráda se stýkám s lidmi, ráda si s nimi povídám, navštěvuji koncerty. V současné době po odchodu ke svému otci mám málo možností dostat se ven a také v Harrachově nemám žádné kamarády. Ráda bych se vrátila zpět do Jedličkova ústavu a využila možnosti zapojit se opět do nácviku, zažádat o bezbariérový byt a odejít do běžného života. Za pomoci osobní asistence jsem toho schopna.“

2.2 Rodinná anamnéza

Otec

Věk: 51 let

Povolání: sklář (původní povolání)

Stav: ženatý

Matka

Věk: 53 let

Povolání: prodavačka

Stav: rozvedená

Rodiče rozvedeni. Otec se znovu oženil a žije se svou manželkou a synem, v současné době je delší dobu bez práce.

Sourozenci

Bratr: 34 let

Bratr (z druhého manželství): 10 let

Oba sourozenci zdraví.

2.3 Zdravotní anamnéza

Dítě z druhého těhotenství, porod na 7. měsíci – kříšena.

Porodní váha a míra: 1 500g/41 cm

Diagnóza: **DMO – spastická kvadruparéza** s větším postižením vlevo, lehká mozková retardace, strabismus.

Psychomotorický vývoj

Po porodu byla přeložena na JIP do krajské nemocnice, dále pak na novorozenecké oddělení nemocnice. Od 7. měsíce pro psychomotorickou retardaci zahájena rehabilitace – Vojtovo centrum v Praze a je sledována dětským neurologem. V roce 1989 provedeno CT mozku a diagnostikována těžká mozková atrofie. V roce 1992 hospitalizována pro febrilní křeče

a provedena transplantace hypofyzy. Od prosince 1993 dívku rodiče vozí do denního stacionáře, kde intenzivně rehabilituje a současně je opakovaně hospitalizována v rehabilitačním centru. Od raného dětství se pohybovala po bříše, dostávala se na kolínka, po čtyřech ale nelezla, ve stoji váhu neudržela. Intenzivní rehabilitací v Dětském centru dochází postupně ke zlepšení stavu psychomotoriky, sebeobsluhy, zlepšuje se udržování čistoty – inkontinence. Po nástupu do školy došlo k výraznému zlepšení řeči a motorických schopností (začíná zapojovat dolní končetiny, zvedá se, ale neleze – plazí se).

Komunikace

Od počátku se u ní projevoval opožděný jazykový vývoj. Ve třech letech uměla jen několik slov. První věty byla schopna až v necelých pěti letech. Řeč se výrazně zlepšila po nástupu do první třídy.

Neverbální komunikace – mimika a gestikulace jsou na velmi dobré úrovni.

Verbální komunikace – komunikace je přímá, plynulá, ale při delších větách má problém se správným nádechem. Chápe ironii a dvojsmyslné výroky, hádanky, vtip.

Emocionalita

Klidná, milá společenská dívka. V situacích, které jsou pro ni nové, je nejistá, nevěří si, je zřejmě snížené sebevědomí a nedůvěra z nových věcí. Potřebuje podporu, motivaci a potvrzení vlastních schopností. Má poměrně dobrý smysl pro humor.

Vnímání

Sluchová percepce – sluchové vnímání je bezproblémové.

Zrakové vnímání – strabismus

Motorika

Lokomoce na elektrickém invalidním vozíku, na kterém se velice dobře pohybuje, jízdu na mechanickém vozíku sama nedokáže.

DK – pohyb v kyčlích omezen ve všech směrech, kolena v extensi, spasticita.

HK – spasticita, chybí plná extenze v loktech, levá ruka špatný úchop, je schopná provést jen některé úchopy, funkce pravá ruky lepší – malá síla

Jemná motorika – jemná motorika vážne, cílený pohyb nejistý a nepřesný – nerada maluje.

Sociální chování

Dívka si sama vybírá lidi ze svého blízkého okolí, se kterými se chce více sblížit a ke kterým má důvěru. Je milá a klidná, více si rozumí s muži, má ráda upřímnou a přímou komunikaci.

V minulosti měla kamarádku, která ale odešla ke své rodině. V současné době má spíše zájem o nezatěžující nové vztahy. Chtěla by se uchránit od citového zranění, a proto si udržuje odstup.

2.4 Školní anamnéza

V roce 1994 se pro dívku podařilo zajistit elektrický invalidní vozík, který je schopna sama obsluhovat a současně začíná chodit do speciální třídy při Dětském centru. Povinnou školní docházku nastoupila bez odkladu a byla vzdělávána dle individuálního plánu ve speciální třídě. Došlo k výraznému zlepšení řeči a motorických schopností – více používá dolní končetiny, lépe se zvedá, ale stále neleze, pouze se plazí. Dívka byla ve škole spokojená, klidná, společenská a povídavá. Verbální stránka schopnosti odpovídají hraničnímu pásmu mentální retardace. Školní tempo pomalé, začíná psát, slabikuje slova, zvládá základní početní operace do pěti. V roce 1996 přestupuje do druhé třídy Základní školy (dnes ZŠ a ZVŠ pro tělesně postižené). Základní školu ukončila v roce 2004.

Ve vzdělávání pokračovala na SOŠ praktické se zaměřením na rodinnou výchovu, ruční práce, práce s PC, přípravu pokrmů, zdravotní atd. Po dvou letech v roce 2006 svá studia ukončila závěrečnou zkouškou.

Školní hodnocení

Grafomotorika – základním problémem ve škole byly obtíže v grafickém projevu (psaní, výtvarná výchova, geometrie). Tempo psaní bylo nápadně pomalé, písmo vykazuje dysgrafické znaky – je trochu kostrbaté, neurovnané ale tvarově zvládnuté.

Český jazyk – v písemném projevu zaznamenána lehká forma dysgrafie i dysortografie. Vzhledem ke spastické formě písmo těžkopádné, ale čitelné, tempo pomalé. S obtížemi při psaní souvisí i následné pravopisné chyby.

Ústní projev, slovní zásoba dobrá, čtení srozumitelné, dokáže reprodukovat přečtený text s pochopením obsahu.

Matematika – znalosti byly na celkem dobré úrovni, zvládla dělení a násobení desetinných čísel. Problémy s rýsováním – což souviselo s poruchou psaní – přímo jí to nebavilo. Výsledky průměrné.

Ostatní předměty – má slušné všeobecné znalosti, dobře si pamatuje a spolupracuje s učitelem.

2.5 Ústavní anamnéza

Od roku 1996 klientka žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením, kde současně nastoupila do třetí třídy (zvláštní s upraveným plánem v matematice). Od počátku využívala služby Týdenního stacionáře a každý víkend odjížděla domů. Z počátku byla nesoběstačná, nesamostatná. Odloučení od rodiny nesla velmi těžko. Měla pocit, že okolí chybí porozumění pro její přání být s rodinou. Byla v napjatém stavu a stále vyžadovala podporu druhé osoby. Pokud se jí podpory nedostávalo, pociťovala tísnivé emoce a často plakala. Od svých vrstevníků si udržovala odstup, a tak se ocitla ve své vnitřní izolaci. Často vyhledávala společnost starší vychovatelky. Autorka se domnívá, že důvodem bylo úmrtí jedné z babiček, na kterou byla hodně fixovaná. Pro malou dívku to nebyla lehká doba. Současně v té době začaly i rodinné problémy mezi rodiči a situaci řešili rozvodem. Otec si založil s novou partnerkou novou rodinu, matka odešla bydlet ke své matce – babičce, kam klientka pravidelně na víkendy odjížděla. Kontakt s otcem nebyl přerušen a občas k němu klientka jezdí na víkendy. Jak se ale klientka sama zmínila, otec často a dost pije a pomoc jí pak musí zajistit jeho nová manželka, která pečuje o malého syna.

Po ukončení střední školy praktické v roce 2006 zůstala v týdenním stacionáři a navštěvovala výtvarné dílny Centra denních služeb. Domů odjížděla stále každý víkend. V roce 2011 nastoupila do pobytové služby (DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením), domů jezdí jednou za měsíc, někdy i déle. Přihlásila se do programu nácvikového bydlení, kde se postupně připravovala na odchod do samostatného života, kam chtěla jít společně se svou dlouholetou kamarádkou. Ta však své rozhodnutí nečekaně změnila a odešla ke své rodině. Klientku nová situace natolik rozhodila, že se rozhodla učít stejný krok. Otec byl v té době bez práce a nabídl jí bydlení u něj doma. Odešla tedy ke svému otci a jeho přítelkyni, kde bydlela od ledna 2017. Jak jsme se pak s klientkou obě shodly, bylo to patrně proto, aby jejím příchodem navýšil rozpočet rodiny. Společné bydlení nebylo lehké. Byt ve druhém patře bez výtahu a malý pokojík. Elektrický vozík musel zůstat v přízemí. Klientka má sice mechanický vozík, ale sama není schopna se na něm pohybovat. Bohužel otec stále konzumoval alkohol a doma většinou nebyl. Klientka byla dost často sama ve svém pokoji. Pokud jí otec neodnesl na elektrický vozík, nedostala se ven. Neměla kamarády, se kterými byla zvyklá si povídat. Zájmy, které v DOZP mohla využívat (koncerty kapel, kino), se vytratily. Jedinou aktivitou původních zájmů, byla televize. Neshody s otcem narůstaly, přibývaly i hádky otce s partnerkou, a tak začala klientka často využívat odlehčovací sociální službu. Vztah s otcem

se koncem roku vyhrotil, až nakonec klientka podala žádost o návrat zpět do pobytové služby, do individuálního nácvikového programu. Od 1. ledna 2018 se místo uvolnilo a ona se tak mohla vrátit zpět. V současné době je však rozhodnutá nesetrvat v ústavu, ale jít cestou, kterou původně plánovala – žít samostatně ve svém nebo v pronajatém bytě a využívat službu osobní asistence. Ráda by zůstala ve městě, kde v současné době žije a kde to zná. Zde má i řadu přátel, kteří již touto cestou z ústavu také odešli. Nebude to lehká cesta. Proto, aby mohla požádat o sociální byt, musí se nejprve přihlásit do trvalého pobytu, následně o byt požádat a po sociálním šetření čekat na uvolnění příslušného bytu.

Jak při návratu sama řekla: *„Přestože jste mě upozorňovali, že bydlet s otcem a jeho novou rodinou nebude lehké, musela jsem si to vyzkoušet na vlastní kůži. Teď to vím, a udělám všechno pro to, abych si tu svobodu vybojovala a začala tak, jak jsem původně plánovala. Jsem ráda, že jsem se ještě včas rozhodla a že se díky tomu rodinné rozepře s otcem urovnaly. Jsme teď v pohodě.“*

3 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Pro kazuistickou práci si autorka zvolila metodu dotazníkového šetření, dotazování (příloha č. 1) a dlouhodobé pozorování schopností klientky. Pozorování je zaměřeno na schopnosti, které jsou zásadní pro posouzení, zda je/není klientka schopna sama bydlet a žít běžný život.

3.1 Vyhodnocení dotazníku

Pro zjišťování motivace a připravenosti klientky k samostatnému životu, bylo použito metody dotazování, které patří k nejčastěji používaným technikám. Rozhovor probíhal v přímém kontaktu s klientkou v klidném prostředí a v domluveném čase. Potřebné informace jsou získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek. Klientce byly pokládány předem připravené otázky s možnostmi odpovědí, většina otázek byla ještě doplněna upřesňujícími informacemi. Autorka se zaměřila na některé aspekty, které zjišťují, zda si klientka plně uvědomuje své rozhodnutí a také jsou její šance bydlet bez 24 hodinové stálé péči tak.

Klientka při dotazování zcela jednoznačně uvedla, že její rozhodnutí stále trvá a že chce bydlet tak, jako její vrstevníci, kteří již ústav opustili a šli svou cestou. Na jejich zkušenostech si uvědomuje své možnosti a šanci se osamostatnit a žít podle svých představ. Je si zcela vědoma, že bez osobní asistence toho nebude v plné míře schopna. Jednoznačně uvedla svou potřebu v zajištění podpory v oblasti osobní hygieny, hlavně při koupání a oblékání, pomoc při úklidu a většího nákupu. Důležitou oblast podpory vnímá při jednání na úřadech, vyřizování smluv a zajištění případných žádostí o příspěvky a vyřizování potřebných osobních dokladů.

I přes své některé obavy chce touto změnou jít. O bezbariérový byt již požádala a nyní čeká na rozhodnutí Magistrátu města, zda se byt uvolní a kdy jí byt bude přidělen. Své rozhodnutí prozatím neoznámila ani své rodině. Má obavy, jak to její otec a matka přijme a bojí se, aby jí její rozhodnutí nerozmlouvali.

3.2 Záznam dlouhodobého pozorování schopností klientky

3.2.1 Osobní hygiena

Zjištění schopností klientky provádět úkony osobní hygieny a péči o tělo samostatně, případně s fyzickou podporou nebo s dohledem.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Běžná denní a večerní hygiena	Běžnou denní hygienu klientka zvládne pouze částečně. Zvládá mytí rukou a obličeje, čištění zubů, dokáže se vysmrkat, utřít se.
Péče o ústa	Klientka zvládne samostatně vyčistit si zuby, podat si kelímek, vymačkat si na zubní kartáček pastu na zuby a po vyčištění si ústa omýt a utřít. Zubní náhrady nemá.
Česání a mytí vlasů	Klientka má středně dlouhé husté vlasy, nedokáže se učesat a upravit si je. Stejně tak je nutná pomoc při mytí vlasů a jejich další úprava – použití fénu, lakování, apod. Stříhání vlasů zajištěno kvalifikovanou kadeřnicí.
Péče o nehty	Klientka není sama schopna si ostříhat si nehty na ruku ani na nohu Případné další služby je možné zajistit péčí asistentky nebo profesionální manikúrou a pedikúrou.
Péče o oči	Klientka nenosí brýle ani kontaktní čočky. Běžné mytí očí samostatně zvládne.
Péče o uši	Čištění uší nezvládne, hrozí poranění uší (po koupání), je nutná pomoc asistentky.
Mytí těla a koupání	Při koupání je nutná celková pomoc při mytí celého těla a potřeba zajištění bezpečnosti při přesunu na sprchovací židli nebo do vany. Současně po koupání nezvládne celkové osušení těla včetně nohou, případně ošetření tělovým mlékem.
Výkon fyziologické potřeby	Klientka nepoužívá inkontinenční pomůcky, výměna menstruačních vložek odpadá – klientka dlouhodobě injekce proti. Pokud bude zařízení WC upraveno (výška, madla) je klientka schopna se sama přesunout na toaletu a svléknout si spodní prádlo a dostat se zpět na vozík

3.2.2 Zvládání běžných úkonů o vlastní osobu

Zjištění schopností klientky samostatně se oblékat/svlékat, obouvat/zouvat případně podporována a respektována při rozhodování o způsobu podpory při výběru oblečení a péče o svůj zevnějšek.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Oblékání, svlékání	<p>Oblékání jednotlivých částí oblečení je schopna pouze částečně – zde bude nutná pomoc asistentky, svlékání již zvládne sama.</p> <p>O volbě vhodného oblečení dle počasí, je schopně se rozhodnout sama.</p>
Obouvání, zouvání	<p>Nazouvání obuvi klientka nezvládne – nutná pomoc asistentky. Zouvání již zvládá sama.</p> <p>O volbě vhodné obuvi s ohledem na počasí je schopna se sama rozhodnout.</p>
Posouzení, co je třeba nakoupit v souvislosti s péčí o vlastní osobu	<p>Klientka je schopna posoudit, zda má k dispozici dostatek vhodného oblečení, obuv, kosmetiku, doplňky, ale na pořízení – nákup oblečení a obuvi bude nutná pomoc asistentky.</p>
Celková úprava vzhledu	<p>Celková úprava vzhledu např. líčení a použití parfému klientka nezvládne, bude nutná pomoc asistentky. (při odchodu ven, kulturní akce). Odličení již zvládne sama.</p>

3.2.3 Samostatný pohyb

Zjištění schopnosti klientky pohybovat se bezpečně v prostoru a zajistit dle zvyklostí podporu pro bezpečný pohyb v prostoru vlastního bytu a mimo domov.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Změny polohy na lůžku	Klientka je schopna se sama na lůžku otáčet a přikrýt se dekou. Posazení na lůžku je schopna za pomoci závěsného systému nad polohovací postelí.
Vstávání a uléhání na lůžko, usedání na vozík	Vstání (posazení) na lůžku je schopna za pomoci závěsného systému, přesunu z postele na vozík je nutné zajistit asistencí. Ulehnutí, přesun z vozíku na lůžko je klientka schopna zvládnout sama.
Stání a sezení	Klientka je schopna si stoupnout pouze za pomoci madel nebo asistence druhé osoby. Je schopna samostatného sezení i mimo lůžko – křeslo, pohovka, vozík.
Polohovací a fixační pomůcky	Klientka používá polohovací postel, fixační pomůcky nepoužívá.
Přemísťování a manipulace s předměty denní potřeby	Klientka je schopna sama manipulovat s předměty denní potřeby – osvětlení, nádobí, el. konvice na ohřívání vody, talíře, přístroje, manipulace se závěsy, žaluziemi, apod.
Pohyb ve vlastní domácnosti	V prostoru domácnosti se pohybuje bezpečně na elektrickém vozíku. Na vozíku zvládání bariéry (prahy, zatáčení do rohu, úchop kliky, jízdu na koberci). Zvládá otevírání a zamykání dveří bytu nebo domu, ovládání domovního zvonku
Chůze	Klientka není schopna samostatné chůze. Pohyb zajištěn pouze na vozíku – elektrický vozík.
Pohyb mimo vlastní domácnost	Klientka je schopna sama vyjždět z domu a pohybovat se mimo dům. Je schopna zvládat riziková místa silničního provozu – světelné signalizace, přechody, nastupování a vystupování z dopravních prostředků. V případě neznámého prostředí je nutné nacvičit trasy a poznat okolí.

3.2.4 Zajištění stravování

Zjištění schopnosti klientky se stravovat – schopnost se sama najíst, zajistit si stravu, uvařit nebo nakoupit (podpora při nákupu, uschování potravin a sledování data jejich spotřeby). Zjistit, zda má dostatek informací o výběru dodavatelů stravy.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Nákup potravin	Klientka není schopna posoudit, jaké potraviny je potřeba nakoupit. Za pomoci asistence druhé osoby a nácviku bude schopna se samostatného nákupu naučit. Své potraviny si umí uložit do lednice a vhodně upravené bezbariérové kuchyňské linky.
Zajištění dodavatele stravy	Klientka není schopna si sama uvařit jídlo. Pro zajištění optimální stravy je nutné zajistit dodavatele alespoň jednoho teplého jídla denně. Vhodnou volbou klienty je i stravování v Centru denních služeb v Jedličkově ústavu, kam pravidelně dochází, nebo jiný způsob, jako jsou restaurace, jídelny, nákup hotových jídel.
Příprava stravy	Klientka je schopna si připravit studená jídla (obložená houska, chléb,...) a teplé nápoje (čaj, káva,...) Není schopna si sama jídla uvařit pouze ohřát za použití mikrovlnné trouby. Jídlo si dokáže sama na talíř připravit a použité nádoby dokáže sama umýt.
Přijímání stravy	Klientka se dokáže sama najíst, napít a jídlo si umí sama nakrájet.

3.2.5 Péče o domácnost

Zjištění schopností klientky samostatně pečovat o svou domácnost – běžný úklid, technická obsluha elektrických spotřebičů, zajištění oprav bytových závad.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Úklid a údržba domácnosti	<p>Klientka je schopna si udržet vnitřní pořádek ve skříních a v kuchyni a zajistit si běžné udržení pořádku – ukládání věcí na své místo. Je schopna sama umýt nádobí, uložit nakoupené věci do lednice, zalévat květiny.</p> <p>Běžný úklid domácnosti jako je setření prachu, vytření podlahy, úklid koupelny, vnitřek lednice, mytí oken, úklid koupelny a WC je nutné zajistit asistencí nebo úklidovou firmou.</p> <p>Pro nákup čisticích prostředků nebo vybavení domácnosti nutná pomoc asistentky.</p>
Obsluha domácích spotřebičů	<p>Klientka je schopna sama obsluhovat mikrovlnnou troubu, elektrickou konvici na ohřívání vody, pračku, sporák včetně trouby. Pro bezpečnost obsluhy není vhodný plynový spotřebič.</p>
Péče o oblečení a boty	<p>Klientka je schopna vložit osobní prádlo do pračky a vyprat a prádlo pověsit na sušák. Přeparat drobné prádlo v umyvadle je pro ni náročné a nevyhovující. Usušené prádlo je schopna za pomoci asistence uložit do skříní.</p> <p>Není schopna prádlo vyžehlít a zajistit si drobné opravy prádla (výměna zipu, přišití knoflíků, oprava roztržení švu). V případě péče o obuv, klientka se pohybuje na elektrickém vozíku, pokud dojde k mírnému znečištění je klientka schopna si obuv otřít. Náročnější údržbu případně opravy musí zajistit asistentka nebo kvalifikovaný obuvník.</p>
Péče o lůžko	<p>Stlaní a pravidelné převlékání lůžkovin, případně zajištění výměny prostěradla klientka nezvládne a je nutná péče asistentky.</p>
Udržení tepelné pohody v bytě nebo domu	<p>Pro klientku je nutné, aby teplo a přívod teplé vody byl v bytě zajištěn. Sama klientka není schopna si sama topit – tuhé palivo a plyn je pro klientku nevhodné.</p>
Nakládání s odpady	<p>Klientka je schopna odpad schraňovat v odpadkovém koši, ale není schopna jej vysypat do popelnic.</p>

3.2.6 Zajištění kontaktu se společenským prostředím

Zjištění, zda je klientka schopna kontaktu se společenským prostředím a podporovat ji v udržování stávajících společenských kontaktech – rodina, přátelé. Zajistit informace o dalších subjektech, které mohou zprostředkovat návštěvu sociálních aktivit (poradenství – kontakty na dobrovolnické a jiné subjekty).

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Orientace v místě, čase, osobách	<p>Klientka se dokáže orientovat v čase během dne, týdne, roce, orientuje se a poznává blízké osoby (svou rodinu, kamarády, pracovníky).</p> <p>Bez problémů se pohybuje ve svém prostředí – byt, ve kterém bydlí, umí se pohybovat ve známém městě, v obchodě, na ulici.</p> <p>V případě přestěhování do vlastního bytu, v jiné části města, bude nutné zajistit seznámení s okolím – zastávky, obchody</p>
Navazování a udržování přátelských, sousedských a jiných vztahů	<p>V současné době je v kontaktu s rodinou a svými blízkými.</p> <p>S navazováním a udržováním nových vztahů počítá s možnými problémy, ale současně má své kamarády, které ráda navštěvuje.</p>
Schopnost srozumitelně se vyjádřit	<p>Klientka má dostatečnou slovní zásobu, umí srozumitelně vyjádřit vlastní potřeby a případně navázat kontakt a požádat o pomoc.</p>
Využívání běžných veřejných služeb	<p>Klientka zvládá využívat běžné veřejné služby – jako je pošta, banka, spořitelna, magistrát města a úřad práce. Jednání na úřadech zvládá sama, ale prozatím za podpory asistentky.</p> <p>Klientka ráda navštěvuje společenské a kulturní akce – divadlo, kino, koncerty, kluby, restaurace. Dokáže si sama zajistit výběr akce i vstupenky.</p> <p>Ostatní služby – čistírna, opravna, pedikúra, manikúra, kadeřnictví, nákup a úhradu v obchodech zvládá za podpory asistentky.</p>

3.2.7 Seberealizace

Zjištění, jakým způsobem klientka tráví svůj volný čas, zda je schopna si aktivitu zajistit sama, případně poskytnout informace o možnostech pracovního uplatnění, subjektech zaměřených na pomoc při volbě povolání a informace o možnostech sportovního využití, o možnosti návštěv klubů, společenských akcí.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Získání znalostí a dovedností	Klientka má ukončenou školní docházku.
Příprava na zaměstnání	Klientka navštěvuje Centrum denních služeb Jedličkova ústavu Liberec, příspěvková organizace, kde pracuje pod vedením pracovníků ve výtvarných dílnách (pracovní výkon není finančně odměněn).
Zaměstnání	Pro případné získání pracovního místa je zařazena v kurzu počítačů v organizaci Kontakt Liberec (organizace se zabývá zaměstnáváním osob OZP).
Oblíbené činnosti	<p>Klientka má ráda hudbu (převážně rockovou), navštěvuje společenské a kulturní akce – divadlo, kino, koncerty, kluby, restaurace. Dokáže si sama zajistit výběr akcí i vstupenky.</p> <p>Používá internet, facebook, ráda sleduje seriály v TV, DVD.</p> <p>Je členkou SK Jedle, sportovní aktivita – boccia (bez výrazného sportovního úspěchu)</p>

3.2.8 Péče o zdraví a bezpečí – rizika

Zjištění, zda klientka ví jak pečovat o své zdraví a bezpečí. Zjistit, zda má dostatek informací o svém zdravotním stavu, zná možná rizika a případně jak přivolat pomoc. Jak poznat příznaky, které signalizují zhoršení zdravotního stavu, případně samostatně se rozhodnout k návštěvě lékaře nebo fyzioterapeuta.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Opatření pro zajištění bezpečí	V případě možného onemocnění, pádu je klientka je schopna si sama zavolat mobilem pomoc.
Provedení jednoduchého ošetření	<p>Klientka je částečně sama schopna si provést jednoduché ošetření, jednoduchou dezinfekci a použít leukoplast. Ostatní ošetření např. použít obvaz nebo pružné obinadlo sama nezvládne.</p> <p>Sama si též nedokáže vybavit a případně doplnit lékárníčku základními prostředky k ošetření.</p>
Dodržování léčebného režimu	<p>Klientka používá pro svůj pohyb elektrický vozík, nepoužívá berle, nemá protézy, brýle, naslouchátka.</p> <p>Dále klientka dlouhodobě neužívá žádné léky. V případě onemocnění a jednorázového užívání léků je klientka schopna si léky sama užívat ve stanovené době a sama si potřebné indikované léky zajistit.</p> <p>Je schopna sama absolvovat lékařská vyšetření a návštěvy rehabilitačního cvičení či fyzioterapeuta.</p>

3.2.9 Uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí

Zjištění, zda klientka ví jak uplatňovat svá práva, jak předcházet riziku zneužití a jak se mu bránit. Zjistit, zda má dostatek znalostí, jak hospodařit se svými financemi, jak zajistit potřebné úhrady na bydlení a služby.

Sledovaná schopnost	Zjištěné schopnosti klientky
Hospodaření s finančními prostředky	<p>Klientka je schopná sama hospodařit se svými finančními prostředky. Má přehled o svých úsporách na svém účtu v bance a přehled svých příjmech (důchod a příspěvek na péči). Hotovost si umí sama rozvrhnout, má přehled o cenách.</p> <p>S prováděním úhrad tak, aby byly pokryty všechny platby, potřebuje pomoc asistence – nastavení trvalých plateb za bydlení, energie, platba za odpady, mobilní tarif, platba za asistenční službu, a jiné úhrady.</p>
Řešení dluhů a exekucí	Klientka nemá žádné dluhy, ale v případě, že by tato situace nastala, není sama schopna věc řešit.
Uzavírání smluv a žádostí	Při uzavírání smluv (nájem, pronájem, kupní smlouvy) nebo při podání žádostí (sociální dávky, příplatek na bydlení, žádost a zvýšení příspěvku na péči aj.), potřebuje pomoc asistence.
Nakládání s majetkem	<p>V případě získání bytu klientka nebude schopna sama vybrat potřebné vybavení bytu. Sama není schopna nábytek smontovat, elektrické spotřebiče připojit.</p> <p>V případě nutných oprav bytu a spotřebičů potřebuje pomoc asistence.</p>
Platné osobní doklady	Zajištění platných dokladů (občanský průkaz, pas, rodný list, průkaz zdravotní pojišťovny, průkaz ZTP/P, ...) sama nezajistí a bude potřebovat pomoc asistence.
Ochrana před zneužitím	Klientka ví, co je zneužívání. Ví, že v případě nějakého ohrožení zneužití se má obrátit na důvěryhodnou osobu, asistentku nebo sociálního pracovníka.

4 NAVRHOVANÁ OPATŘENÍ

Na základě záznamu z dlouhodobého pozorování a dotazování autorka uvádí následné vyhodnocení. V následující tabulce jsou shrnuty jednotlivé oblasti péče, která budou v rámci asistenční služby nutná pro plynulý přechod z pobytové sociální služby a také pro další život mladé ženy nastavit.

Oblast péče	Potřebné úkony péče zajištěné osobní asistencí
Osobní hygiena	Péče o vlasy – česání, mytí a sušení vlasů Péče o nehty – stříhání Péče o uši – čištění Mytí těla, koupání a osušení – dle přání klientky v ranních hodinách
Zvládání běžných úkonů o vlastní osobu	Oblékání některých částí oblečení – spodní prádlo, zapínání knoflíků, zipu, obouvání Posouzení, co je třeba nakoupit v souvislosti s péčí o vlastní osobu Celková úprava vzhledu – případné líčení
Samostatný pohyb	Vstávání z postele a přesun na vozík Pohyb mimo vlastní domácnost – pouze nácvik orientace v novém prostředí
Zajištění stravování	Nákup potravin Příprava stravy Zajištění dodavatele stravy – pokud bude respondentka chtít
Péče o domácnost	Úklid a údržba domácnosti – mytí podlah, oken Péče o lůžko – povlékání, stlaní Nakládání s odpady – vynášení odpadků Nastavení a kontrola plateb za energie, nájem, odpady, poplatek za rádio a televizi, vodné a stočné, platby kreditu za mobilní služby
Zajištění kontaktu se společenským prostředím	Orientace v místě – pouze nácvik a seznámení s okolím nového bydlení
Péče o zdraví a bezpečí – rizika	Opatření pro zajištění bezpečí v případě náhlého onemocnění Provedení jednoduchého ošetření (vybavení lékárničky)
Uplatňování práv a oprávněných zájmů, obstarávání osobních záležitostí	Řešení dluhů a exekucí, zavírání smluv a žádostí, zajištění platných dokladů – pomoc asistence pouze jako doprovod a podpora v samostatném jednání na úřadech (žádosti o příspěvek na bydlení – čtvrtletní) Nakládání s majetkem – zajištění oprav bytu a spotřebičů Ochrana před zneužíváním – respondentka ví, že v případě nějakého ohrožení zneužití se má obrátit na důvěryhodnou osobu (asistentku nebo sociálního pracovníka).

ZÁVĚR

Cílem závěrečné práce bylo získat dostatek informací a zjistit dosavadní schopnosti mladé ženy k samostatnému životu ve všech důležitých oblastech potřeb. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části se práce zabývá vysvětlením základních pojmů a objasňuje základní pojmy, které souvisejí s tělesným postižením mladé ženy a jejími důsledky na další oblasti života osob s tělesným nebo kombinovaným postižením. Část kapitoly je věnována popisu výchovy v ústavním zařízení a osobní asistenci. Teoretická část vznikla na základě studia odborné literatury a dalších zdrojů informací (bakalářská práce autorky) a vytvořila teoretickou základnu pro zpracování druhé, empirické části bakalářské práce.

Praktická část obsahuje anamnézy. Práce popisuje mladou ženu s vícenásobným postižením, která větší část svého života prožila v ústavní péči a touží žít svůj život v běžném přirozeném prostředí tak, jako běžná populace. Autorka pracovala s informacemi zjištěnými prostřednictvím dlouhodobého pozorování a dotazováním respondentky. Zjištěné výsledky mohou sloužit jako doporučení pro nastavení sociální služby osobní asistence.

Autorka pracovala celý život v ústavu sociální péče. Její prací byla výchova, vzdělávání a začleňování osob se zdravotním postižením. Úkolem sociálních služeb je podporovat začlenění uživatelů sociální služby. Být sociálně začleněn znamená být součástí komunity, žít tam, kde žijí i ostatní lidé, mít možnost vlastní volby a kontroly nad svým životem, zastávat důstojné sociální role, mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy, učit se a získávat vlastní kompetence.

Vývoj péče a vzdělávání této cílové skupiny zaznamenal od roku 1990 velký pokrok. Společenské změny přinesly proměnu v postavení osob se zdravotním postižením. Otevřely se nové pohledy na sociální zákon a možnosti poskytování sociálních služeb. Tak jako jsou v současném českém školství často diskutovanými termíny integrace a inkluze, tak sociální služby pracují s termíny transformace (změna ústavní péče v bydlení s podporou poskytovanou v přirozeném prostředí) a deinstitucionalizace ústavní péče (nahrazení ústavní institucionální péče péčí v komunitě). K institucionalizaci dochází, když se souhrn pravidel instituce a očekávaných vzorců chování stává pro chod služby důležitější než individuální potřeby jednotlivce. Potřeby klienta se pak musí podřítit řádu dané sociální služby a on tak nemá dostatečnou kontrolu nad svým životem a nad rozhodnutími, která se ho týkají.

S rozvojem sociálních služeb vznikají asistenční služby, které poskytují osobám s handicapem potřebné služby přímo doma nebo i ve škole. V minulosti tento přístup zdaleka nebyl běžný. Tyto významné změny vedou dnes k podpoře sociálního začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti. Ještě do roku 2000 zůstávaly v ústavech osoby, které dnes již mohou bez větších potíží s úspěchem studovat na běžné základní škole. V dřívější době byly děti s postižením vychovávány většinou v ústavech. Dnes jsou do ústavů přijímány osoby s těžkým a hlubokým tělesným a mentálním postižením, u kterých je prokázáno, že ústavní péči nezbytně potřebují. Současné sociální služby se v rámci transformace daleko více zaměřují na individuální potřeby a přání svých klientů.

Jednou z nich je právě popisovaná mladá žena, která již delší čas touží vzít svůj život do vlastních rukou a jít svou cestou. Jak sama přiznává, proces začleňování do společnosti pro ni nebude jednoduchý. Ví, že jí čekají nové situace, ze kterých má obavy a strach. Proto, aby mohla žít co nejvíce samostatně, spokojeně a po svém, bude pro ni důležité správně nastavit osobní asistenci a přizpůsobit průběh jejím každodenním potřebám. Díky tomu bude její život příjemnější a spokojenější. V navrhovaných opatřeních autorka uvádí potřebné běžné denní úkony péče, které klientka sama nezvládne a bude nutné nastavit podporu osobní asistentce. Některé se v průběhu začleňování mohou postupně vytratit, jiné naopak bude postupem času nutné zajistit více (např. zdravotní hledisko). Pokud bude služba probíhat, jak má, a klientka svůj sen nevzdá, má velkou naději na důstojný a plnohodnotný život.

Proces začleňování do společnosti není jednoduchý a je nezbytné stále hledat cesty, jak mohou osoby s handicapem přirozeně fungovat ve společnosti vedle zdravých jedinců.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-8931-79-6.

HORÁKOVÁ, A. 2014. *Keramika, volno-časová aktivita pro klienty s dětskou mozkovou obrnou. „Stopy z procházek městem“*. Bakalářská práce. Technická universita Liberec, Fakulta přírodovědně-humanitní, katedra pedagogiky a psychologie, 2014-01-22.

KRAUS, J. a kol. 2005. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1018-8.

LUDÍKOVÁ, L., a kol. 2005. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Universita Palackého. ISBN 80-244-1154-7.

MICHALÍK, J., a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-859-3.

NOVOSAD, L. 2006. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.

PIPEKOVÁ, J. 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. vyd. Brno: Paido. ISBN: 978-731-198-0.

ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M. a kol. 1991. *Dětská klinická psychologie*. 1. vyd. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0131-4.

ŠVARCOVÁ, I. 2011. *Mentální retardace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN: 978-80-7367-889-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, M., HADJMOUSSOVÁ, Z. 2003. *Psychologie handicapu: 4. část. Školní věk a dospívání postiženého dítěte*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-765-9.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) 2004. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

VAŠEK, Š.; VANČOVÁ, A.; HATOS, G. a kol. 1999. *Pedagogika viacnásobne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia. ISBN 80-967180-4-5.

VOTAVA, J. a kol. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0708-5.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: Sbirka zákonů České republiky [online]. 2006 [cit. 06. 05. 2019]. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: *Zápis z dotazníkového šetření*

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Zázpis z dotazníkového šetření

1. Jak jste spokojena s programem nácvikového bydlení v Domově pro osoby se zdravotním postižením? Uveďte, co se Vám nelíbí.

- Rozhodně spokojen/a
- Spíše spokojen/a
- Spíše nespokojen/a**
- Rozhodně nespokojen/a

„Nácvik je dobrý, ale stejně spoustu věcí zajistí pracovník, ale nemám svůj klid, na pokoji jsme dvě a stále sem někdo leze. Ať už pracovník nebo kamarádi za spolubydlicí.“

2. Víte, kde můžete získat informace o možnostech bydlení a poskytování sociálních služeb mimo ústav? Pokud ano, uveďte kde.

- Ano, vím kde získat tyto informace**
- Nevím

„Tak už si někteří klienti dávali žádost o bezbariérový byt magistrát. Vždy jim pomohla sociální pracovnice ústavu nebo klíčový pracovník.“

3. Víte už v současné době, že chcete opustit ústav? Pokud ano, uveďte, kdy a kam půjdete.

- Ano
- Ano, ale ještě přesně nevím kdy**
- NE, ještě jsem se o to nepokoušel/a

„No chtěla bych zůstat v Liberci a požádat o byt tady.“

4. Kde byste chtěl/a pracovat v budoucnosti? Jaká práce by Vás bavila?

- Na otevřeném trhu práce
- V chráněné dílně**
- V rehabilitační dílně Jedličkova ústavu
- Jiná možnost

„Nevím, záleží, jaká bude nabídka.“

5. Víte, kdo Vám pomůže při hledání nové práce? Pokud víte, uveďte kdo.

- Ano vím, už jsem hledala novou práci
- Ano vím, ale ještě jsem novou práci nehledal/a**
- Nevím

„Teď chodím na kurz počítačů od Kontaktu a tak jsme se domlouvaly s pracovníci, že by mě mohli zařadit do programu s možností získat práci. Uvidím po kurzu.“

6. Co je pro Vás důležité při výběru zaměstnání? Seřad'te uvedené možnosti podle důležitosti.

- Bezbariérové prostředí
- Malá vzdálenost od místa bydliště
- Dobré vztahy na pracovišti
- Práce mě musí bavit
- Peníze

7. Která forma bydlení mimo ústav by Vám nejvíce vyhovovala?

- Ve vlastním bytě

- **Ve vlastním bytě s podporou asistenta**

- V chráněném bydlení
- V domě s pečovatelskou službou
- S rodiči
- Jiná možnost.....

„S rodiči už bydlet nechci, hodně jsem se zklamala. Chci bydlet tak jako mí kamarádi, kteří již z ústavu odešli a třeba se i povede, že budu blízko nich.“

8. Víte, jak můžete požádat o vlastní byt a už jste se o to pokusil/a?

- **Ano vím, už jsem žádost podal/a**
- Ano vím, ale ještě jsem žádost nepodal/a
- Nevím

9. Podporují Vás rodiče ve Vaší snaze o osamostatnění?

- Rozhodně podporují
- Spíše podporují
- **Spíše nepodporují**
- Rozhodně nepodporují
- Nestýkám se s rodiči

„Ani se jich neptám, zatím jsem jim to ještě ani neřekla, bojím se, že mi to budou rozmlouvat. Jsem svéprávná a je to moje rozhodnutí, a když to nezkusím teď, tak tu zkejsnu. Ztratit je ale nechci, je to rodina.“

10. Umíte hospodařit s penězi – máte nějaké spoření?

- **Ano, pravidelně si spořím**
- Ne, žádné peníze si nespořím
- Nevím

„Jó, já si peníze hlídám. Mám účet, ze kterého my jdou úhrady, a vím, kolik mám našetřeno.“

11. Umíte si samostatně vyřídit své záležitosti na úřadech, v bance apod.?

- **Ano, ale budu raději, když se mnou někdo půjde, sama třeba časem**
- Pouze s doprovodem
- Ne

„Na úřadech si nejsem jistá a raději vždy požádám pracovníky, aby šel se mnou.“

12. Umíte si sami naplánovat svůj volný čas? Co Vás baví?

- **Svůj volný čas si umím naplánovat zcela sám**
- Svůj volný čas si umím sám naplánovat jenom částečně
- Ne, vždy čekám, až mi někdo poradí

„No jasně, volný čas si plánuji sama, někdy využiju nabídku společné akce z ústavu, ale chodím na koncerty ataky do města.“

13. Máte v současné době partnera?

- Ano
- Ano a plánujeme společný život
- **Ne**

„ Ani mě to zatím neláká.“

14. Umíte si samostatně uvařit jednoduché jídlo, zvládnout hygienu, vyprat prádlo či naplánovat a uskutečnit nákup?

- Ano

- **Pouze s pomocí**

- NE

„Umím si dát prádlo do pračky, to děláme v nácviku a to už umím. Ale na ostatní budu potřebovat pomoc, hlavně s koupáním.“

15. Máte představu, kolik stojí pomoc osobního asistenta?

- **Ano**

- Ne

„Vím, kolik platí kamarádi, kteří odešli, a vím, kolik se platí za hodinu. Bude záležet, kolik hodin budu potřebovat já. Snad mi na to bude příspěvek stačit.“

16. Máte z něčeho obavy?

- *„Jasně, že mám. Dosud byli kolen pracovníci, kteří vše řešili. Ted' tam nebudou a co když upadnu, nebo budu v posteli a budu potřebovat na toaletu. Toho se trochu bojím.“*

17. Máte od svých kamarádů, kteří již bydlí nějaké informace, jak mají potřebnou osobní asistenci zajištěnou oni a jak jsou spokojeni?

- *„Jo, to taky mám. Všichni, co už bydlí mimo ústav, jsou rádi a zpět by nešli a s asistencí jsou taky spokojeni. Co potřebují, mají zajištěné a pokud vím, tak jim prachy stačí taky.“*

18. Nikdo by se nechtěl vrátit?

- *„Ne!“*