UNIVERZITA KARLOVA

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Evaluace efektivity denního stacionáře Rosa

Evaluation of efficiency in the Rosa day-care center

Diplomová práce

Vedoucí práce: PaedDr., Mgr. Hana Žáčková

Autor práce: Bc. Lucie Fialová

Praha 2019

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr., Mgr. Haně Žáčkové za ochotu, rady a spolupráci při psaní této diplomové práce. Děkuji všem členům rodiny za jejich trpělivost a podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci „Název diplomové práce v češtině“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 2. 5. 2019 Jméno autora: Lucie Fialová

Anotace

Cílem mé diplomové práce je pomocí dotazníkového šetření zjistit, jak jsou personál, uživatelé a rodiče uživatelů spokojeni s poskytovanými službami ve stacionáři Rosa. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část mé diplomové práce je zaměřená na zdravotní postižení a na jeho klasifikaci. Dále se zabývám mentálním postižením, kvalitou života osob s hendikepem. Popisuji potřeby postižených. Uvádím postoje společnosti rodiny hendikepovaných. Následně přibližuji sociální služby, sociální dávky, příspěvek na péči a standardy kvality. V teoretické části rovněž popisuji stacionář Rosa v Bystřici nad Pernštejnem. V praktické části se zaměřuji na evaluaci služeb stacionáře Rosa. Praktická část obsahuje analýzu dat získaných pomocí dotazníkového šetření. Uvádím jejich zpracování formou grafů a tabulek, déle uvádím jejich hodnocení a okomentování.

Klíčová slova

evaluace, mentální postižení, potřeby hendikepovaných, sociální služby, stacionář Rosa, zdravotní postižení

Annotation

The goal of my diploma thesis is to find how a personnel, users and parents of the users are satisfied with services provided at Rosa care center by means of a questionnaire survey. The thesis is divided into two parts, the theoretical part and the practical part. The theoretical part of the diploma thesis is focused on health disability and its classification. I also deal with mental disabilities and life quality of people with handicap. I describe the needs of disabled people. I evaluate views of community and family toward disadvantaged people. I also provide details regarding social services, medical benefits, care allowance and quality standards. The theoretical part describes Rosa stationary in Bystřice nad Pernštejnem. The practical part contains data analysis by using questionnaire form. I indicate the chart processing, tables, their evaluation and commenting.

Keywords

rating, mental disability, needs of disabled, social services, the Rosa care center, disability

Obsah

Úvod **13**
TEORETICKÁ ČÁST **15**
1. Počátky péče o osoby s postižením **15**
2. Zdravotní postižení **17**
2.1. Počet občanů se zdravotním postižením 17
2.2. Klasifikace zdravotního postižení 19
3. Mentální postižení **24**
4. Kvalita života osob s hendikepem **26**
5. Potřeby hendikepovaného **27**
6. Postoj společnosti k hendikepovaným lidem **29**
6.1. Postoje postižených ke zdravým lidem 30
6.1.1. Integrace a inkluze 30
6.2. Postoj rodiny k hendikepu 31
7. Ucelená rehabilitace v podpoře osob s postižením **33**
7.1. Pomáhající technologie v rehabilitaci 34
8. Sociální služby **35**
8.1. Sociální dávky pro osoby s postižením 35
8.1.1. Dávky pro zdravotně postižené osoby 35
8.1.2. Průkaz osoby se zdravotním postižením 36
8.1.3. Příspěvek na péči 36
8.2. Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách 37
8.2.1. Zařízení sociálních služeb 38
8.3. Služby pro osoby s postižením 39
8.4. Standardy kvality sociálních služeb 39
9. Stacionář **41**
10. Stacionář ROSA **42**
10.1. Služby poskytované ve stacionáři Rosa 43
10.2. Personální zajištění organizace 44
PRAKTICKÁ ČÁST **45**
11. Metodologie průzkumu **45**
11.1. Cíl a předmět průzkumu 45
11.2. Průzkumný vzorek 46

12. Metodologie sběru dat 48
13. Průzkumné otázky 50
13.1. Výsledky dotazníkového šetření personálu stacionáře Rosa 50
13.2. Výsledky dotazníkového šetření uživatelů stacionáře Rosa 63
13.3. Výsledky dotazníkového šetření rodičů 77
14. Shrnutí výsledků a jejich interpretace 92
15. Diskuze 96
Závěr 99
Seznam použité literatury 101
Abstrakt 106
Přílohy 108

Seznam zkratek

ADHD – syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou, hyperkinetický syndrom

ČR – Česká republika

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

DMO – dětská mozková obrna

EU – Evropská unie

IQ – inteligenční koeficient

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSPOD – Orgán sociálně právní ochrany dětí

OSSZ- Okresní zpráva sociálního zabezpečení

TP – těžké postižení

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ZTP – zvláště těžké postižení

ZTP/P – zvláště těžké postižení s průvodcem

Seznam tabulek

Tabulka 1: Základní identifikace osob se zdravotním postižením 18
Tabulka 2: Typ zdravotního postižení podle pohlaví a věku 19
Tabulka 3: Maslowova klasifikace potřeb 28
Tabulka 4: Rozdělení respondentů dle pohlaví 50
Tabulka 5: Rozdělení respondentů dle získaného vzdělání 51
Tabulka 6: Délka praxe 52
Tabulka 7: Spokojenost s provozní dobou 52
Tabulka 8: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa 53
Tabulka 9: Dostatek informací o stacionáři 54
Tabulka 10: Spokojenost s bezbariérovostí 55
Tabulka 11: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky 56
Tabulka 12: Spokojenost s atmosférou na pracovišti 57
Tabulka 13: Spokojenost se spoluprací s ostatními pracovníky v týmu 58
Tabulka 14: Spokojenost s podporou kolegů 59
Tabulka 15: Spokojenost s interní komunikací 59
Tabulka 16: Pochvala a uznání za odvedenou práci 60
Tabulka 17:Prostor pro vyjádření názorů 61
Tabulka 18: Spokojenost s úrovní supervize 62
Tabulka 19: Pohlaví 63
Tabulka 20: Věk uživatelů 63
Tabulka 21: Délka poskytování sociální služby 64
Tabulka 22: Spokojenost s provozní dobou 65
Tabulka 23: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa 66
Tabulka 24: Spokojenost s prostředím ve stacionáři 67
Tabulka 25: Spokojenost s bezbariérovostí 68
Tabulka 26: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem 68
Tabulka 27: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky 69
Tabulka 28: Spokojenost se stravováním 70
Tabulka 29: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností 71
Tabulka 30: Přání uživatelů dalších aktivizačních činností 73
Tabulka 31: Vztahy na pracovišti a atmosféra na pracovišti 74
Tabulka 32: Personální zajištění 74

Tabulka 33: Rozhodnutí uživatele o běžných každodenních činnostech 75
Tabulka 34: Respektování intimity uživatele ve stacionáři 76
Tabulka 35: Rodinný stav 77
Tabulka 36: Zjištění, že dítě rodičů má zdravotní potíže 78
Tabulka 37: Nabídnutá pomoc 79
Tabulka 38: Získání informací o stacionáři 80
Tabulka 39: Spokojenost s provozní dobou 80
Tabulka 40: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa 81
Tabulka 41: Spokojenost s prostředím ve stacionáři 82
Tabulka 42: Spokojenost s bezbariérovostí 83
Tabulka 43: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem 84
Tabulka 44: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky 85
Tabulka 45: Spokojenost s šíří aktivizačních činností 86
Tabulka 46: Zájem o další aktivizace 87
Tabulka 47: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností 88
Tabulka 48: Spokojenost s informovaností o aktivizačních činnostech 89
Tabulka 49: Spokojenost s včasnou informovaností a srozumitelností 90
Tabulka 50: Spokojenost s přístupem pracovníků k uživateli 91

Seznam grafů

Graf 1: Dosažené vzdělání 51
Graf 2: Délka praxe 52
Graf 3: Spokojenost s provozní dobou 53
Graf 4: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa 54
Graf 5: Dostatek informací o stacionáři 55
Graf 6: Spokojenost s bezbariérovostí 56
Graf 7: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky 57
Graf 8: Spokojenost s atmosférou na pracovišti 58
Graf 9: Spokojenost se spoluprací s ostatními pracovníky v týmu 58
Graf 10: Spokojenost s podporou kolegů 59
Graf 11: Spokojenost s interní komunikací 60
Graf 12: Pochvala a uznání za odvedenou práci 61
Graf 13: Prostor pro vyjádření názorů 61
Graf 14: Spokojenost s úrovní supervize 62
Graf 15: Pohlaví 63
Graf 16: Věk uživatelů 64
Graf 17: Délka návštěvy stacionáře 65
Graf 18: Spokojenost s provozní dobou 65
Graf 19: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa 66
Graf 20: Spokojenost s prostředím ve stacionáři 67
Graf 21: Spokojenost s bezbariérovostí 68
Graf 22: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem 69
Graf 23: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky 69
Graf 24: Spokojenost se stravováním 70
Graf 25: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností 72
Graf 26: Vztahy na pracovišti a atmosféra na pracovišti 74
Graf 27: Personální zajištění 75
Graf 28: Rozhodnutí uživatele o běžných každodenních činnostech 76
Graf 29: Respektování intimity uživatele ve stacionáři 76
Graf 30: Rodinný stav 77
Graf 31: Zjištění, že dítě rodičů má zdravotní potíže 78
Graf 32: Nabídnutá pomoc 79

Graf 33: Spokojenost s provozní dobou 81
Graf 34: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa 82
Graf 35: Spokojenost s prostředím ve stacionáři 83
Graf 36: Spokojenost s bezbariérovostí 84
Graf 37: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem 85
Graf 38: Spokojenost s vybavením aktivizačních prostředků 86
Graf 39: Spokojenost s šíří aktivizačních činností 87
Graf 40: Zájem o další aktivizace 88
Graf 41: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností 89
Graf 42: Spokojenost s informovaností o aktivizačních činnostech 90
Graf 43: Spokojenost s včasnou informovaností a srozumitelností 90
Graf 44: Spokojenost s přístupem pracovníků k uživateli 91

Úvod

Lidé se zdravotním znevýhodněním žijí mezi námi. Potkáváme je v práci, ve škole, v dopravních prostředcích, v divadle a běžně na ulici. Část naší společnosti zaujímá k znevýhodněným negativní vztah a je potřeba, aby nepostižení lidé netrpěli těmito předsudky. Neznalého člověka je velmi snadné ovlivnit a jeho názory se mohou lišit od skutečné reality. Znamená to, že část společnosti si myslí, že postižení lidé jsou nešťastní, nemají smysl pro humor, radost. Kdo chce získat pravdivý obraz o životní situaci lidí s hendikepem, musí získat nadhled, velkou dávku otevřenosti a nezaujatě navázat přátelský vztah.

Sociální a zdravotní zařízení rozvíjí svou nabídku služeb lidem se zdravotním znevýhodněním. Jejich cílem je, aby hendikepovaný vedl co nejdéle nezávislý a aktivní život ve smyslu zachování fyzických a psychických schopností. Pomáhající pracovníci se snaží o podporu zdravotně postižených i jejich rodinných příslušníků. Profesionální pracovníci, kteří participují na péči o hendikepované, se musí nadále vzdělávat v oblasti sociálních služeb. Dynamika sociokulturní dimenze je v procesu soužití lidí s postižením hlavním určujícím faktorem. Je podmíněna různými procesy ve vztahu postižených jedinců a společnosti. Mohou to být například procesy informační, sociálně komunikační, kooperační a adaptační.

Pro svůj průzkum jsem si zvolila téma, které sleduje kvalitu života hendikepovaných v denním stacionáři. Zaměřila jsem se na kvalitu poskytovaných služeb v konkrétním stacionáři. Průzkumné šetření jsem prováděla v denním stacionáři Rosa v Bystřici nad Pernštejnem. Zařízení jsem si vybrala na charitativní akci, která byla věnována jednomu z uživatelů, který se stal po úrazu imobilní. Akce byla zaměřená na získání finančních prostředků pro koupi kompenzačních pomůcek. Později jsem ve stacionáři začala působit jako sociální pracovnice.

Cílem mé diplomové práce bude pomocí dotazníkového šetření zjistit, jak jsou uživatelé, personál i rodiče spokojeni s poskytovanými službami ve stacionáři Rosa. Průzkumným vzorkem budou uživatelé stacionáře, jejich rodiny a personál.

V teoretické části se budu zabývat zdravotním a mentálním postižením a jeho kvalifikací. Popíši kvalitu života osob s hendikepem a jejich potřeby. Budu hodnotit postavení hendikepovaných ve společnosti týkající se integrace, inkluze a ucelené rehabilitace. Dále uvedu typy a formy sociálních služeb v České Republice, které

mohou lidé se zdravotním znevýhodněním využívat. Na závěr budu popisovat denní stacionář Rosa.

V praktické části budu popisovat metodiku kvantitativního průzkumu pomocí dotazníkového šetření. Nejdříve definuji průzkumné otázky a vytvářím anonymní dotazník pro rodiny, uživatelé a personál. Sběr dat bude uskutečněn v denním stacionáři Rosa. Vše budu zpracovávat a vyhodnocovat.

Domnívám se, že výsledky průzkumu budou užitečné pro vedení a zaměstnance stacionáře Rosa. Mohou jim pomoci v jejich další práci s osobami se zdravotním znevýhodněním a i ke zvyšování kvality poskytovaných služeb. Výsledky budou poskytnuty tomuto zařízení.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Počátky péče o osoby s postižením

Přístup k osobám se zdravotním postižením se v průběhu dějin měnil. (Pipeková, 2006) rozlišuje následující stádia péče o postižené: stádium represivní – společnost postiženého odmítala a zbavovala se ho, stadium zotročovací – jedinci s postižením byli zneužívání jako otroci, stadium renesančního humanismu – je spojováno s vývojem vědy, začíná se projevovat zájem o různé osoby s postižením. Stadium rehabilitační je zaměřené na nácvik pracovního uplatnění postižených osob. Socializační stadium se snaží o jejich společenské zařazení. Prevenční stadium je spojeno se snahou předcházet vzniku postižení a zabránit společenské izolaci.

Ve starověku se společnost zdravotně postižených lidí zbavovala. Po celou prehistorii si musíme vystačit pouze s důkazy hmotné povahy (kosterní nálezy). Důkazy vypovídaly o zdravotním stavu a jiných úrazech. Zdravotnická péče spočívala v rituálním zaříkávání, vyhánění zlých démonů, nošení talismanů a amuletů. Jako ceremoniál ovlivnění zdravotního stavu hlavním způsobem byly obřadní tance, zpěv a bubny. Profesionálními léčiteli se stali kněží.

Ve středověku se stává duchovním střediskem klášter a v jednotlivých křesťanských klášterech vznikají tzv. hospitaly. Hospitaly zajišťovaly pomocí řeholních bratrů azylovou a nemocniční péči. V Čechách a na Moravě při klášterech byly vytvořeny domy tzv. domus hospitum. Poskytovaly léčbu všem, co potřebovali pomoc.

Církev v raném středověku psychicky postižené vyháněla, stali se symbolem strachu z „démonologie‘‘. Mentálně postižení byli mučeni a zabíjeni, protože setkání s nimi bylo považováno za zlé znamení. Církev se snažila pohled na mentálně postižené změnit přes lásku k bližnímu, budovaly se základy charitativní činnosti. V 10. století péče o ně přebraly azyly, nemocnice při klášterech a mniši. V Čechách vznikl první samostatný ústav 1. listopadu 1790. (Pipeková, 2006)

V novověku nastala společensko - sociální přeměna, k níž dali podnět francouzští encyklopedisté (Rousseau, Voltaire). V 17. století se začaly rozvíjet nové materialistické směry týkající se jak filozofie, tak i přírodních věd. Tento směr pronikal i do rozvoje lékařské vědy. Vznikaly internační budovy, špitály, trestné instituce a charity. Postižení zde byli rozdělováni na klidné a neklidné, byli umísťováni do káznic

(dnes věznice). S neklidnými se už nemohlo hrubě zacházet. Klidní zdravotně postižení se mohli setkávat s ostatními chovanci dle pohlaví. První ústav pro výchovu mentálně postižených byl založen roku 1828 v Bicétre u Paříže. V druhé polovině 19. století díky rozvoji medicíny i jiných oborů nastává humanizace péče o mentálně postižené a zakládají se další ústavy. Pomocí pokrokových pedagogů se rozvíjelo pomocné školství. (Novosad, 2011)

Na začátku 2. světové války v roce 1939 bylo v Čechách i na Moravě 20 ústavů pro mentálně postižené. Ústavy měly funkci zdravotně sociální i pedagogickou. Druhá světová válka po sobě zanechala epidemie a infekční choroby. Rodily se nedonošené děti a děti s anomáliemi končetin. Narodilo se více dětí s vrozeným postižením. Na druhé straně se po druhé světové válce zdokonalovala dostupná zdravotní péče. I přesto osoby často umíraly na infekční nemoci a zápal plic. Nebyly na tyto nemoci dostupné léky.

Díky globalizaci docházelo k posunu ve vnímání osob s hendikepem. Nejdříve tento posun zaznamenaly Spojené státy americké. Významný se stal rok 1981, který byl nazýván Mezinárodním rokem s postižením. V dnešní době je cílem péče o postižené usilovat o rovnost, harmonizaci společenského života a o deinstitucionalizaci služeb. Měli bychom se snažit řešit problémy týkající se stigmatizace, exkluze a znevýhodnění. (Novosad, 2011)

2. Zdravotní postižení

Definice zdravotního postižení není jasně vymezená. Tělesným postižením rozumíme postižení s dočasnými nebo trvalými následky v pohybových dispozicích člověka (dítěte). Obecně se za tělesné postižení považuje vada nosného a pohybového aparátu (tj. svalů, kloubů, šlach a kostí) a poruchy nervového systému. Tyto skutečnosti se pak mohou negativně projevit na vývoji osobnosti dítěte s hendikepem. Součástí postižení jsou i deformity tvaru těla a abnormity čili anomálie. Tělesné postižení brání určitému jedinci částečně nebo úplně plnit svoji roli. (Jankovský, 2006)

Dle Vágnerové zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánu. Standartní funkce jsou narušeny, omezeny nebo úplně vymizely. Jakýkoliv hendikep ovlivňuje míru subjektivního zvládání běžného života, práce a sociální pozice. (Vágnerová, 2008)

Zdravotní postižení působí negativně na schopnost existování v běžném životě. Projevuje se často jako neschopnost (disaptibilita) vyvíjet nejrůznější aktivity. Člověk je tedy znevýhodněn (handicapován) ve společenství, v němž žije. U handicapovaného jedince se nejedná pouze o poruchu orgánů – defekt, ale také o defektivitu – odchylku u jeho vztahu k prostředí. Navenek se defektivita projevuje změnami v potřebách a hodnotách. V běžném životě se projevuje v učení, chování a pracovních činnostech. (Jesenský, 2000)

2.1. Počet občanů se zdravotním postižením

Český statistický úřad v roce 2007 provedl první výběrové šetření zdravotně postižených osob. V rámci šetření byli osloveni praktičtí lékaři a pediatři.

Tabulka 1: Základní identifikace osob se zdravotním postižením

	Populace ČR (stav k 31. 12. 2006)	**Občané se zdravotním postižením v ČR**
Počet obyvatel ČR	10 287 189	1 015 548
Pohlaví		
Muži	5 026 184	490 427
Ženy	5 261 005	525 121
Věkové složení obyvatel		
0 - 14 let	1 479 514	46 208
15 - 29 let	2 175 672	60 621
30 – 44 let	2 312 929	101 331
45 – 59 let	2 195 646	245 743
60 – 74 let	1 462 586	283 274
75 let a více	660 842	276 744

(Dostupné z: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf)

Údaje v této tabulce se týkají pouze obecného vymezení o počtu občanů s jednotlivými druhy zdravotního postižení. Nejčastějšími typy postižení jsou onemocnění vnitřních orgánů (endokrinní, oběhové nemoci) a pohybového ústrojí. Tyto dva uvedené typy se vyskytují u nadpoloviční většiny populace se zdravotním znevýhodněním. Více než 100 tisíc občanů je postiženo mentálním a duševním onemocněním. Se stoupajícím věkem roste počet zdravotně postižených osob.

(Dostupné z: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf)

Tabulka 2: Typ zdravotního postižení podle pohlaví a věku

Věková skupina	Zdravotní postižení						
	tělesné	**zrakové**	**sluchové**	**mentální**	**duševní**	**vnitřní**	**celkem osob**
0 - 14 let	16 687	7964	2 902	11 604	4 846	22 343	66 346
15 - 29 let	25 710	6318	3 835	22 964	9 152	20 931	88 910
30 – 44 let	43 107	7597	4 733	19 306	22 276	34 990	132 009
45 – 59 let	127 959	12 778	11 226	20 302	34 662	118 547	325 474
60 – 74 let	152 860	18 642	15 205	13 327	23 662	186 368	410 064
75 let a více	183 604	34 140	36 684	19 012	33 130	187 672	494 242
Celkem	550 407	87 439	74 700	106 699	128 065	571 734	1 519 044

(Dostupné z: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf)

2.2. Klasifikace zdravotního postižení

Dle Michalíka se nejčastěji setkáváme s postižením:

- Tělesným;
- Mentálním;
- Zrakovým;
- Sluchovým;
- Řečovým;
- Kombinovaným;
- Nemocné civilizačními chorobami.

Dále dělí postižení na:

- Vrozené;
- Získané.

Vrozené postižení je odlišné z hlediska psychiky lidí, u nichž vznikla náhlá změna zdravotního stavu se získaným postižením. Nejnáročnější na psychiku je náhlý přechod v nemoc a získané postižení. Lidé své postižení vnímají jako zásah do kvality života. (Michalík a kol. 2011)

(Votava, 2003) rozeznává tyto druhy a typy tělesných postižení:

- Tělesné postižení: poruchy hybného ústrojí spadající do oblasti neurologie, revmatologie a ortopedie. Postižení může nastat i v dospělosti a to často z důvodu úrazu, patří sem například poškození CNS, - stav po poranění mozku, míchy a roztroušená skleróza;
- Sluchové postižení: úplné nebo omezené vnímání zvukových podnětů u osob neslyšících a nedoslýchavých;
- Zrakové postižení: lidé nevidomí nebo slabozrací s různými stupni a druhy snížené zrakové způsobilosti;
- Mentální postižení: snížení rozumových schopností v důsledku organického poškození mozku (nebo například Downův syndrom);
- Demence: snížení rozumových schopností ve stáří (například v důsledku Alzheimerovy choroby);
- Postižení vnitřními chorobami: civilizační nemoci (například selhávání ledvin, onkologická onemocnění);
- Samostatné těžší poruchy řeči (například afázie po cévních mozkových příhodách);
- Psychiatričtí pacienti: lidé s duševním onemocněním (například schizofrenie, bipolární porucha);
- Kombinovaná a další postižení: kombinace dvou a více druhů postižení.

Dále uvádím nejčastější tělesná i mentální postižení, které se ve sledovaném denním stacionáři Rosa vyskytují nejčastěji.

Dětská mozková obrna (DMO)

Jedná se o nejčastější somatické onemocnění. Někdy bývá používáno označení encefalopatie. DMO je především porucha vývoje hybnosti z důvodu poškození mozku v době prenatálního, perinatálního a částečně postnatálního vývoje. Tato doba je nyní určena až do 1 roku dítěte a může se projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým handicapem.

Při hodnocení DMO se nejčastěji vychází z klinického obrazu. V rámci syndromu DMO bývá definováno více specifických kategorií a typů, které nejsou stanoveny stejným způsobem. S dětskou mozkovou obrnou mohou souviset další poruchy, především poruchy sluchu, řeči, chování a inteligence. (Jankovský, 2006)

Základní dělení, které se doposud využívá, je forma spastická a nespastická DMO.

Spastická DMO:

Forma diparetická: symetrické postižení obou dolních končetin. Spastická diparéza vzniká pouze v dětství, než dítě začíná chodit. Často se jedná o děti, které se narodily předčasně. Souvisí to tedy s nezralostí nervového aparátu.

Forma hemiparetická: tato hemisferální forma se vyskytuje nejčastěji. Je postižena jedna horní i dolní končetina na stejné straně.

Forma kvadruparetická: odvozena z formy diparetické. Dochází k postižení všech čtyř končetin.

Příznaky diparetické, hemiparetické a kvadruparetické formy se začínají projevovat v ontogenetickém vývoji. (Jankovský, 2006)

Nespastická DMO:

Do nespastických příznaků řadíme nejčastěji formu hypotonickou, která se projevuje povšechným oslabením svalového tonusu. Dochází k poškození centrálního mozku.

Další formou je extrapyramidová DMO, tato forma je poměrně vzácná. Na vzniku se podílí novorozenecká žloutenka. Chůze je nejistá a pomalá. Reč, je monotónní z důvodu svalové ztuhlosti. (J. Pfeiffer in Jankovský, 2006, s. 42)

Epilepsie

Epilepsie je nejčastější chronické onemocnění mozkové tkáně charakteristické epileptickými záchvaty. Epilepsie se často pojí i s poruchami chování a uvažování. Příčiny nejsou zcela jasné, často bývají multifaktoriální. Nejčastěji je ovlivněna formou lékové terapie.

Záchvaty mohou být:

- Idiopatické – často jsou genetický podmíněné, nelze jasně zjistit příčinu;
- Symptomatické – příčina je známá, důsledkem je často nádorové onemocnění, infekce, trauma a podobně. Tato forma bývá více relevantní. Spouštěcí reakcí

epileptického záchvatu mohou být různé vnější vlivy (například únava, stres, emočně náročná situace). (Nevšímalová S., Tichý J., Růžička E., 2002)

Hyperkinetický syndrom (ADHD syndrom)

Ve vývojovém období kojence není ještě snadné hyperaktivitu rozpoznat. Kojenci bývají neklidní, plačtiví, mají poruchy spánku a bdění. Mezi základní projevy syndromu ADHD patří porucha pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Mimo to je také možné u dětí pozorovat i přidružené poruchy (percepčně motorické poruchy, poruchy percepčních funkcí, poruchy kognitivních funkcí, poruchy v oblasti myšlení a řeči). Hyperaktivní děti mají zdravotní problémy (například alergie, astma). Zvýšena aktivita je u některých dětí spojena s agresivitou nebo naopak s anxietou (úzkost). Je třeba naučit děti znát samy sebe, sám se sebou žít, aby hyperaktivita neovlivnila pracovní a partnerské vztahy a kvalitu života. (Žáčková, Jucovičová, 2010)

Autismus

Autismus je vážné onemocnění dětského mentálního vývoje. Jedná se o poruchu mozku. Postižený člověk s autismem není schopen pochopit to, co vidí, prožívá a slyší. Není schopen navazovat kontakt s jinými lidmi, dokáže je i ignorovat. Obtížně zvládá některé sociální činnosti (například nezamává na rozloučenou, neschopnost spolupracovat). V některých oblastech může být autista nadprůměrní (například matematika). Postižený s tímto onemocněním se vyjadřuje hlavně křikem. Některé hry a činnosti opakuje neustále dokola. Jeho rozvoj a socializace je podporována kognitivně, behaviorální terapií a speciální pedagogickou péčí. (Votava, 2003)

Downův syndrom

Downův syndrom je geneticky podmíněné onemocnění. Dochází k němu nejčastěji na začátku embryonálního vývoje, kdy v prvotní buňce zůstává chromozom navíc. V České republice se ročně narodí přibližně 70 novorozenců s Downovým syndromem. Diagnóza bývá potvrzena v prenatálním období nebo hned po narození. Těhotenství většinou probíhá v pořádku a nic nenaznačuje tomu, že je plod závažně postižený. Nadbytečný chromozom v každé buňce zapříčiňuje pomalejší mentální i fyzický vývoj jedince a zdravotní obtíže. Mentální schopnosti jsou na úrovní věku dítěte okolo 8 nebo 9 let. Downův syndrom bývá také spojen s poruchou vývoje vnitřních orgánů, vznikají kardiovaskulární problémy, epilepsie, mentální retardace. Člověk má specifický vzhled – mohutný krk, malé ruce, zploštělá hlava, velký jazyk,

kulatý obličej, šikmá oční víčka. Poskytnutí včasné odborné pomoci a péče jedinci zlepšuje socializaci. (Vágnerová, 2012)

Myopatie (progresivní svalová dystrofie)

Myopatie je svalové geneticky podmínění onemocnění, které postihuje strukturu svalů a bývá smrtelné. Projevuje se ochabnutím svalů a ubýváním svalových vláken. Svaly ztrácejí na objemu a tvoří se příměs tuku. Typickým příznakem je kolébavá (kachní) chůze a hyperlordóza (nadměrné zakřivení bederní páteře). Nemoc se zhoršuje v pubertě. Existuje více druhů myopatie (například zánětlivá, metabolická), záleží, jaké svaly jsou poškozeny. Duchenneova svalová dystrofie je nejčastější svalová dystrofie. Léčba je zaměřena na pravidelnou domácí i lázeňskou rehabilitaci včetně medikamentů. Ortopedické pomůcky prodlužují možnost chůze. (Nevšímalová S., Tichý J., Růžička E., 2002)

3. Mentální postižení

„Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i hraniční pásmo kognitivně sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s.30)

Mentální retardace je termín poměrně nejednoznačný, existuje řada definic, jež mají stejné zaměření na popsání celkového snížení intelektových schopností jedince a adaptace.

Mentální retardaci lze formulovat jako vývojovou poruchu rozumové způsobilosti projevující se omezením kognitivních, sociálních, pohybových a řečových schopností. Příčinou mentální retardace je často změna počtu chromozomů (Downův syndrom, Wiliamsův syndrom, Edvardsův syndrom). Světová zdravotnická organizace (WHO) reviduje klasifikaci nemocí včetně duševních poruch (MKN). Od roku 1992 platí desátá revize této klasifikace (MKN – 10, mezinárodní označení ICD – 10). (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Mentální retardace znamená opoždění rozumového vývoje v důsledku organického poškození mozku. Retardaci není možné vyléčit. Příčinou tohoto postižení jsou endogenní (genetické) a exogenní faktory (vzniklé vlivem prostředí). Dochází ke snížení intelektových schopností osobnosti postiženého – omezení schopnosti vzdělávání, sociální adaptace, opožděný vývoj. V České republice je postiženo některým typem mentální retardace zhruba 3% obyvatel. V současné době nemáme jasně stanovená procenta výskytu mentální retardace, příčinou je nejednotná definice mentální retardace. (Pipeková, 2006)

Příčiny mentálního postižení se klasifikují dle časového hlediska jejího vzniku – prenatálního, perinatálního a postnatálního. V prenatálním období hrají hlavní roli vlivy dědičné – hereditární (zděděné nemoci). Toto období tedy ovlivňují enviromentální faktory a onemocnění matky v graviditě (například zarděnky, toxoplazmóza, špatná výživa matky, alkoholismus matky, nedostatečné množství plodové vody). V perinatálním období je častou příčinou encefalopatie, hypoxie či asfyxie a předčasný porod. V postnatálním období má za následek mentální retardaci mnoho vlivů, často

se jedná o zánět mozku způsobený mikroorganizmy (klíšťová encefalitida, meningitida, encefalitida). (Michalík a kol. 2011)

Dále předkládám Stupně mentální retardace podle MKN – 10. Stupně se obvykle měří standardizovanými testy inteligence, zjišťuje se inteligentní koeficient (IQ). Číselná hodnota IQ orientačně zařazuje člověka do jednotlivého stupně retardace:

Lehká mentální retardace: IQ 50 – 69 (odpovídá 9 -12 let věku). Okolo 3 roku se objevuje lehké opoždění nebo zpomalení psychického vývoje. Mezi 3 až 6 rokem je pozorována nedostatečná zvídavost, zpomalení sociální dovednosti. Jedinci jsou způsobilí se učit, ale pouze omezeně. Zvládnou výuku v praktické, speciální škole.

Střední mentální retardace IQ 35 -49 (odpovídá 6 -9 let věku). Výrazně je opožděn rozvoj myšlení a řeči. Samostatnost v sebeobsluze je zčásti samostatná (mytí rukou), jedinci zvládají některé činnosti s dopomocí (oblékání, stravování). Dítě má problémy v adaptaci i na běžné životní podmínky. Emocionálně jsou labilní a nevyrovnaní.

Těžká mentální retardace IQ 20 -34 (odpovídá 3-6 let věku). Značně opožděný psychomotorický vývoj, pozorována je i pohybová neobratnost. Často se vyskytují somatické vady, stereotypní pohyby. Řeč bývá omezená. Typické jsou nestálé emoce a impulzivita. Důležitá je zde celodenní péče. Jedinec činnosti zvládá s dopomocí (hygiena, stravování)

Hluboká mentální retardace IQ nejvýše 20 (odpovídá věku pod 3 roky). Většina osob je imobilní nebo zřetelně omezená v pohybu. Jedinci jsou ve většině činností nesamostatní. Nejsou schopni komunikace, jsou schopni pouze jednoduché neverbální sociální interakce (kývání hlavou). (Pipeková, 2006)

4. Kvalita života osob s hendikepem

Definice kvality života nemá zcela jasné vymezení v důsledku multidimenzionálního a kulturně podmíněného charakteru. WHO definuje zdraví jako stav tělesné, psychické a sociální pohody, nejedná se pouze o absenci choroby. Nástroje pro měření zdraví tedy musí zahrnovat nejen ukazatele změn ve frekvenci vážnosti nemoci, ale i předpoklad celkové spokojenosti člověka. Nástroj WHOQOL – BREF a WHOQOL – 100 umožňuje porovnávat kvalitu života v různých společenstvích. Kvalita života z hlediska jedince je ovlivněna po stránce psychické a fyzické. Souvisí s osobním vyznáním, sociálním vztahem a životními hodnotami. (Vaďurová H., Mühlpachr P., 2005)

Kvalitu života je možné vnímat v objektivní i subjektivní dimenzi. Dnes se spíše odborníci obracejí na subjektivní hodnocení QQL. Subjektivní ukazatele zdraví jsou považovány za nejpodstatnější a nejhodnotnější v další léčbě i pomoci. Objektivní kvalita života se týká sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních podmínek, které mají vliv na život jedince. Subjektivní kvalita života sleduje vnímání a pozici člověka v kulturním a hodnotovém systému společnosti. Záleží na osobních zájmech, cílech a očekávání. (Vymětal J., 2003)

Kvalita života týkající se zdraví bývá rozdělena do čtyř hlavních skupin:

- Tělesný stav a funkční schopnosti;
- Psychický stav a pocit pohody;
- Sociální vztahy;
- Ekonomická situace a zaměstnání.

  (Libingerová E., Müllerová H., in Vaďurová H., Mühlpachr P., 2005)

Pojetí kvality života je dle Pipekové složeno z pěti oblastí: fyzického, materiálního, sociálního a citového blaha, vývoje a činností. Postižené osoby nejsou schopny z různých příčin dosáhnout úrovně kvality života zdravé populace. K dosažení úrovně kvality života ve vztahu k osobám se zdravotním postižením je důležité zplnomocňování (empowerment) těchto osob. (Pipeková, 2006)

5. Potřeby hendikepovaného

Člověk je bio – psycho – sociální a spirituální bytost. Je důležité vnímat všechny stránky člověka, protože všechny sféry navzájem tvoří jeho jednotu. (Jankovský, 2003) Potřeba je stav nedostatku nebo nadbytek něčeho. Potřeba povzbuzuje jedince hledat určité podmínky nutné k životu a naopak vede k vyhýbání se nepříznivým podmínkám. Potřeba je to, co jedinec potřebuje pro svůj život a vývoj. Nedostatek potřeby má vliv na psychickou stránku člověka (emoce, pozornost, vnímání, myšlení).

Každý jednotlivec vnímá, uspokojuje a vyjadřuje potřeby nejrůznějšími způsoby života. Postupem vývoje života se potřeby jedince mění z hlediska kvantity a kvality. Potřebu je možné uspokojovat žádoucím i nežádoucím způsobem. Za žádoucí potřeby považujeme to, co neškodí nám ani jiným a jejich uspokojení probíhá v mezích zákona. Nežádoucí způsoby mohou škodit dané či jiné osobě. Jejich sociálně kulturní hodnoty nejsou s nimi v souladu.

Americký psycholog Abraham H. Maslow uvádí, že vyšší potřeby tzv. metapotřeby seberealizace mohou dominovat teprve tehdy, jsou – li uspokojeny nižší potřeby. Do metapotřeb patří například autonomie, rovnováha, smysluplnost. Uspokojení těchto vyšších potřeb vede k seberealizaci. Vyšší potřeby vyjadřují především možnost než skutečnost, potřeby transcendentna, překročení každodenní zkušenosti. Potřebu transcendence vnímá Maslow jako přesažení sebe sama a hledání smyslu v duchovní sféře. Pokud jedinec s hendikepem nemá naplněnou potřebu bezpečí a jistoty, stěží dochází k úplné seberealizaci. A protože hendikep často vnáší do života jedince ztrátu bezpečí a jistoty, my bychom se měli snažit zabezpečit tyto potřeby všemi dostupnými prostředky. U postižených může poměrně snadno nastat deprivace z důvodu nedostatečného vytváření citového vztahu s jednotlivcem či skupinou. (Trachtová, 2013)

Existuje velké množství činitelů, kteří narušují, zabraňují a znesnadňují uspokojování potřeb. Patří mezi ně:

- Nemoc;
- Individualita člověka;
- Vývoj člověka;

- Okolnosti, ze kterých nemoc vzniká;
- Mezilidské vztahy.

  (Trachtová, 2013)

Tabulka 3: Maslowova klasifikace potřeb

vyšší potřeby	potřeba seberealiozace potřeba uznání potřeba sounáležitosti	potřeby růstu – metapotřeby nedostatkové potřeby
nižší potřeby	potřeba bezpečí fyziologické potřeby	

(Trachtová, 2013, s. 15)

Potřeby hendikepovaných jedinců a projevy jejich postižení se vyvíjejí v souvislosti s jejich věkem a vývojovou úrovní. Z toho vyplývá, že bychom měli brát ohled na úroveň vývoje hendikepovaného dítěte. Někteří jedinci vykazují nižší úroveň vývoje s porovnáním s dětmi chronologického věku. Jiní mohou být hendikepováni pouze v jedné oblasti.

Důležitá je individuální podpora každému postiženému jedinci. Znamená to, že člověk potřebuje v individuální míře pomoc a asistenci k realizaci či naplnění svých potřeb. Každý jedinec se zdravotním postižením má zachované jiné schopnosti, vůli, možnosti, adaptivitu, motivaci a rodinnou oporu. (Novosad, 2011)

6. Postoj společnosti k hendikepovaným lidem

V 70. a 80. letech byla pozornost zaměřena spíše na vzdělání, rehabilitaci a pracovní přípravu postižených. V současnosti se odborníci specializují i na mezilidské a partnerské vztahy, manželství a rodičovství. V posledním desetiletí se postupně začaly rozvíjet i jiné obory, například biologie, somatopedie, psychologie. Zajímaly se otázkou týkající se začlenění postiženého jedince do společenského života. Dnes už se v odborné literatuře klade důraz na práva postiženého, který by měl žít plnohodnotným životem. (Titzl, 2000)

Pojmy, jako je inkluze, integrace a socializace jsou známé už ve starověku. Problémy týkající se postižených osob nejsou základem něčeho nového, mají zřetelnou dějinnou spojitost – rozdíl je pouze ve společenské struktuře. I přes veškeré humanizující tendence společnost vnímá postiženého člověka jako ambivalentního – dochází k protichůdným citovým postojům. Lidé, kteří mají určité předsudky, přistupují k postiženým s obavami a odtažitostí. Na druhé straně jejich kamarádi a spolužáci je v běžné realitě vnímají a hodnotí na základě jejich lidských vlastností. (Novosad, 2011)

Část společnosti negativně ovlivňuje postoje a vztahy k znevýhodněným osobám. Každý člověk je ovlivněn řadou předsudků. Předsudek je charakteristický rigiditou a iracionalitou. Větší část populace se domnívá, že postižení lidé jsou nešťastní, nemají a dokonce ani nemohou mít smysl pro zábavu, že radost, úspěšnost a sexuální život nejdou s hendikepem dohromady. Společnost by si měla zachovat nepředpojatost a zdravý nadhled. Postižený člověk v nich může vzbuzovat strach, odpor a nejistotu (zejména pokud se jedná o eticky viditelné postižení). Leckdo neví, jak s hendikepovaným člověkem komunikovat a jak se k němu chovat. (Slowík, 2016)

V této souvislosti lze zmínit čtyři druhy předsudků:

- Paternalisticko – podceňující: znevýhodnění lidé si zaslouží litování a soucit. Častým pojmenováním je “chudák“ a “oběť“;
- Odmítavé: znevýhodnění jsou parazitující (“k ničemu a na nic“). Často používaným slovem je invalida;

- Protektivně – paušalizující: náhled na postižené pomocí medií. Média často představují „výhody“ v podobě čerpání neoprávněných a nezasloužených příspěvků;
- Idealizující: tento postoj vnímá znevýhodněného jako statečného hrdinu. (Novosad, 2009).

6.1. Postoje postižených ke zdravým lidem

Reakce znevýhodněných jsou rozmanité. Záleží na tom, jaké má jedinec postižení, dosažené vývojové a psychosociální schopnosti. Pokud je toho jedinec duševně schopen, zareaguje obranou. Někteří hendikepovaní zátěž obecenstva nezvládnout a raději zvolí cestu osamocení. Postižení, jako minorita, nejsou zdravou majoritou akceptováni. Znevýhodnění mají sklony tvořit specifické skupiny a dosahovat tak svých postojových stereotypů. Hendikepovaní s vrozenou poruchou často bývají přesvědčeni, že zdraví lidé mají vyhýbavý postoj. Znevýhodnění s později vzniklým hendikepem mají negativní a rigidní postoje ke zdravé populaci. Přemýšlí na stejné úrovni jako zdraví. Zachovají si některé kontakty se zdravými lidmi. Z tohoto hlediska tedy vyplývá, že reakce jsou jiné u lidí se získaným nebo vrozeným postižením. Lidé s vrozeným postižením jsou často učeni a vychováni jiným způsobem, chybí jím srovnání obou situací - nedokáží si porovnat situaci postiženého a zdravého. Zdravý a nemocný má často odlišný názor. Nedostatečné množství informací a neporozumění zesiluje postoj ke vzájemné izolaci. (Vágnerová, 2008)

6.1.1. Integrace a inkluze

Rok 1989 přinesl posun v názorech na život znevýhodněných osob. Termín integrace znamená začlenění, zapojení. Souvisí tedy se soužitím majority (intaktní populace) a minority (lidé se sociálním a zdravotním znevýhodněním). Kvalita vztahu mezi majoritou a minoritou se promítá do všech oblastí vzájemného soužití (práce, škola, sport). Postoj tolerance a intolerance je určujícím faktorem toho, jak vnímá jedinec začlenění do dané společnosti a naopak, jak zdravá populace je schopna tento proces přirozeně akceptovat. Stabilita integrace záleží na vývoji a zrání naší osobnosti. Dále na rodinném zázemí, společnosti, ve které vyrůstáme, na práci a vzdělání. (Jankovský, 2006)

Integrace je postupně nahrazována výstižnějším pojmem – inkluze. Mnoho autorů tyto dva pojmy vůbec nerozlišuje a často je i zaměňuje. Inkluze znamená plné splynutí. V inkluzi se uplatňuje přístup, který umožňuje například v rámci pedagogické integrace všem dětem bez rozdílu chodit do běžné školy bez ohledu na jeho typ hendikepu. V inkluzi se tedy znevýhodnění mohou zapojovat do všech činností a aktivit stejně jako jejich intaktní vrstevníci. K podpoře inkluze přispívá pomoc osobního asistenta či asistenta pedagoga, edukační pomůcky, postoj veřejnosti a psychologická péče. Významný je i bezbariérový přístup. Pokud se ukáže, že hendikepovanému dítěti škola neprospívá, navrhuje se jiné řešení a umístění do speciální školy, stacionáře, domácí péče či jiného zařízení. (Novosad, 2009)

6.2. Postoj rodiny k hendikepu

Reakce rodičů na postižení je velmi individuální. Tato situace negativně zasahuje všechny členy rodiny. Narození hendikepovaného dítěte představuje neočekávanou zátěž. Situace rodiny dítěte se závažnou vadou či poruchou bývá někdy srovnávána s úmrtím člena rodiny. Rodina v této situaci prochází krizí a musí určitým způsobem změnit životní styl, své představy a být přizpůsobena možnostem a potřebám hendikepovaného. V důsledku toho dochází i ke změně chování, jak v rámci rodiny tak společnosti. Postoje rodičů na takovou zátěž jsou ovlivněny postoji ve společnosti, v níž žijí, a jak se dokáží se situací vyrovnat. S negativními projevy svého okolí se rodina může setkat tehdy, pokud je postižení viditelné a vrozené. Rodiče mohou být v určitém směru extrémní – na jedné straně se zvyšuje hyperprotektivní přístup, na druhé straně může být dítě odmítáno a zavrhnuto. Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se situací postiženého dítěte, můžeme nazvat jako krize rodičovské identity. (Vágnerová, 2008)

Reakce rodiny v této zátěžové situaci prochází několika fázemi:

1) **Fáze šoku a popření** - Šok je první reakcí na závažnou životní situaci. Situace je natolik deprimující, že je těžké ji akceptovat, a proto dochází k popření. Podstatné je citlivé jednání a poskytnutí dostatečného množství informací;
2) **Postupná akceptace reality a vyrovnání se s problémem** - Rodina se snaží přijmout skutečnost a akceptovat realitu. Rodina často hledá viníky a dochází k obvinování členů rodiny. V tomto období se zvětšuje riziko rozpadu rodiny. Úroveň vyrovnání záleží na zralosti osobnosti rodičů, životních zkušenostech

a aktuálním fyzickém a psychickém stavu. Často dochází k různým psychickým obranám, únikům a útokům. Významná je podpora rodiny, přátel, lékařů, psychologů. Přechodným stadiem je období smlouvání, vyjádření naděje, která je zcela nereálná (například dítě bude alespoň chodit, bude vzdělané alespoň na úrovni základní či speciální školy);

3) **Realistický postoj rodiny** - Rodina si uvědomuje skutečnosti a akceptuje hendikepované dítě. Je ochotna z hlediska prognózy dítě rozvíjet v mezích jeho možností a předpokladů. (Vágnerová a kol., 2004)

Každá rodina s postiženým členem má speciální potřeby, které by měly být intenzivně naplněny a uspokojeny. Týká se to například sociální pomoci a podpory, překonání obav, zátěže, ostýchavosti. Navázat kontakt se svépomocnými skupinami, které se vyskytují v podobné situaci či mají obdobné zkušenosti. Důležité je prostředí místní komunity, záleží, zda rodina s postiženým žije ve městě nebo na venkově. Pokud rodina nezvládne překonat bariéry týkající se hendikepu, podpora blízkých členů rodiny může být ohrožena sociální izolací. Funkční rodinné prostředí má pro postiženého obrovský význam. (Slowík, 2016)

7. Ucelená rehabilitace v podpoře osob s postižením

Rehabilitace je interdisciplinárním oborem, který představuje snahu o obnovení a znovu uschopňování různých schopností. Rehabilitace není tělocvik, ale souvislá a koordinovaná snaha o integraci při uplatnění sociálních, výchovných a pedagogicko psychologických složek. (Jankovský, 2006)

Pojetí rehabilitace je pojmem širokospektrálním. Často se za ním skrývají jednoduché rehabilitace u poměrně zdravých lidí ale i využití u osob s trvalým či těžkým postižením. Proto je podstatné dělat rozdíly mezi rehabilitací krátkodobou a dlouhodobou. Krátkodobá (přechodná) rehabilitace vede k obnově úplného zdravotního stavu. Rehabilitace je většinou uskutečňována ve zdravotnických a lázeňských organizacích. Dlouhodobá (permanentní) rehabilitace se aplikuje u lidí s trvalým postižením. Zde je využita léčebná, pracovní a sociální rehabilitace.

J. Jankovský uvádí pro ucelenou komprehensivní rehabilitaci čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Cílem je začlenit osoby s postižením do aktivního procesu.

- Léčebná rehabilitace prioritně usiluje o eliminaci defektu a následků určitého postižení. Osoby trpí různými motorickými a pohybovými poruchami. Realizuje se individuálně i skupinově. Pozornost jí věnují obzvláště zdravotnická zařízení;
- Sociální rehabilitace se snaží dosáhnout rozvoje schopností postiženého (například humanizace, socializace a personalizace). Uspokojuje jeho potřeby ve smyslu práva a pracovní integraci. Usiluje o prevenci vniku či odstranění hendikepu. Velmi záleží na postavení a roli hendikepovaného člověka ve společnosti;
- Pracovní rehabilitace se uplatňuje především u zdravotně postižených osob v produktivním věku. Usiluje o rozvoj intelektuálních a manuálních aktivit. Předpokladem pro pracovní činnost jsou rozvinuté psychologické, motorické a manuální schopnosti;
- Psychorehabilitace může mít individuální i kolektivní formu. Snaží se o optimalizaci pohybového, smyslového, tělesného aparátu. Má své významné místo při vyrovnání se s hendikepem. (Jankovský, 2006)

7.1. Pomáhající technologie v rehabilitaci

Při rehabilitaci osob s postižením může velmi pomoci využití techniky. Tato oblast se v posledních letech rozšiřuje a zahrnuje nejen níže uvedené kompenzační pomůcky, ale i komunikační pomůcky, počítačové pomůcky a další upravené přístroje. U každé pomůcky je uvedená odborná způsobilost. Často se jedná o odborného a rehabilitačního lékaře, neurologa a ortopeda. Pomůcky vyšší jak 2000 Kč musí být schváleny revizním lékařem a lékař musí uvést důvod užití pomůcky. Pomůcky jsou hrazené zdravotní pojišťovnou a uvedené jednou za rok v číselníku Všeobecnou zdravotní pojišťovnou.

- Kompenzační pomůcky – pomáhají nahradit tělesné funkce z důvodu hendikepu. Například se jedná o antidekubitní matraci, chodítko, držák klíčů, drtič tablet, úpravu příborů, hole a berle. Pomůcky pro zrakově a sluchově postižené jsou nahrazovány jiným smyslem, tedy u nevidomých sluchem, dotykem. U neslyšících jsou nahrazeny zrakem (světelný budík, mobil, zvonek);
- Vozíky – pomůcka při přechodné nebo trvalé neschopnosti chůze. Běžně dostupné jsou v České republice vozíky mechanické či elektrické, motorové;
- Dopravní prostředky – se staly nedílnou součástí v životě hendikepovaných. Úprava dopravních prostředků nejčastěji aut je nyní běžně dostupná (u vozíčkářů řízení probíhá pouze rukama). Další veřejně upraveným prostředkem pro dopravu je taxík, vlak, sanitka, autobus a městská hromadná doprava;
- Úprava bezbariérových bytů – jedná se o speciální nábytek a vlastní vybavení bytu;
- Užití počítače – počítače jsou upraveny v Braillově písmu, hlasovém výstupu, ovládání pomocí ústní tyčky. Počítače jsou pro hendikepované důležité skrze komunikaci, internet a pracovní uplatnění. (Votava, 2003)

8. Sociální služby

Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové a/nebo duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než 1 rok.

Pro účely sociálního zabezpečení posudek o zdravotním stavu vypracovává okresní správa sociálního zabezpečení (OSSZ), Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ) a posudková komise Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV). Proti posudkům o zdravotním stavu není možnost se odvolat. Posudek je součástí podkladu orgánu, který podle zákona rozhoduje o dávce nebo průkazu osoby se zdravotním postižením. (Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/8)

8.1. Sociální dávky pro osoby s postižením

Pomocí dávek stát usiluje o snížení sociálních důsledků. Podporuje a přispívá postiženým osobám k jejich sociálnímu začlenění. Právní předpisy usilují a upravují peněžité dávky a služby pro osoby s hendikepem. (Arnoldová, 2015)

8.1.1. Dávky pro zdravotně postižené osoby

Výčet dávek

- Příspěvek na mobilitu;
- Příspěvek na zvláštní pomůcku;
- Průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají;

(Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením).

V rámci nepeněžitých plnění osoba může obdržet průkaz TP, ZTP, a ZTP/P. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením)

Nárok na dávky sociální péče má osoba, která má trvalý pobyt v ČR, nebo osobě, které byl udělen azyl. Nárok na tyto dávky má také občan členského státu Evropské unie (EU) a jeho rodinní příslušníci, kteří jsou hlášeni na území ČR déle

než 3 měsíce. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením)

Žádost a rozhodnutí o nároku na tyto dávky a průkazy osob se písemně podávají na Krajskou pobočku úřadu práce dle místa trvalého bydliště. (Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením)

8.1.2. Průkaz osoby se zdravotním postižením

Od 1. ledna 2014 je možné průkaz získat na základě podání žádosti, zahájeno je správní řízení. Průkaz je veřejnou listinou. Žadatel je povinen podrobit se prohlídce jeho zdravotního stavu posudkovým lékařem OSSZ. Nárok na průkaz má osoba starší 1roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením.

- Průkaz TP;
- Průkaz ZTP;
- Průkaz ZTP/P.

Průkaz TP – nárok na průkaz má osoba se středně těžkým funkčním postižením. Funkční postižení se rozumí postižení tělesné, smyslové a duševní. Osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním (dále jen DNZS) stavu je způsobilá nezávislé pohyblivosti v domácím prostředí, má problém při chůzi kolem překážek a nevyrovnaném terénu.

Průkaz ZTP – požadavek ke splnění průkazu ZTP má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti, orientace nebo autismu. Osoba při DNZS je schopna chůze na krátkou vzdálenost se značnými obtížemi.

Průkaz ZTP/P – nárok na tento průkaz má osoba se zvláště těžkým funkčním postižením, celkovým postižením pohyblivosti nebo orientace pomocí průvodce. Osoba při DNZS není schopna chůze. Osoba je imobilní a obvykle upoutána na invalidním vozíku. Jestliže je osoba prakticky nebo úplně nevidomá, má nárok na vodícího psa. (https://www.mpsv.cz/cs/8)

8.1.3. Příspěvek na péči

„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci

podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Nárok na příspěvek má osoba, která není sama schopna zvládat a uspokojovat základní životní potřeby. Z důvodu svého zdravotního stavu potřebuje pomoc a asistenci od jiné fyzické osoby v rozsahu stanoveného stupně závislosti dle §8. Nárok nemá osoba mladší jednoho roku. O nároku na příspěvek rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách stanovuje celkem 10 oblastí týkající se základních životních potřeb: orientace, komunikace, mobility, oblékání a obouvání, stravování, péče o zdraví, výkonu fyziologické potřeby, hygieny, péče o domácnost, ze kterých se posuzuje stupeň závislosti.

8.2. Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách byl přijat v květnu roku 2006. § 2 zákona určuje základní zásady poskytování sociálních služeb. Stanovuje, že *„Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.“*.

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. “ (Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108)

Sociální služby se dle právní úpravy dělí na druhy:

- Sociální poradenství;
- Služby sociální péče;
- Služby sociální prevence.

Služby jsou poskytovány formou:

- Ambulantní;
- Pobytovou;
- Terénní.

(Matoušek, 2007)

Výběr formy sociální služby záleží na schopnosti a samostatnosti jedince. Pokud je jedinec schopný za určitých okolností pečovat sám o sebe, žádoucí jsou pro něho terénní služby. Pokud není způsobilý pečovat a uspokojovat potřeby v prostředí domova, přijatelné je pro něho pobytové zařízení. (Holmerová et al., 2014)

8.2.1. Zařízení sociálních služeb

Zákon člení sociální poradenství na základní a odborné. Základní poradenství by mělo být poskytováno u všech druhů sociálních služeb. Odborné poradenství zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a sociálně terapeutické činnosti. Odborné poradenství zajišťují odborné poradny (např. poradny pro partnerství a rodinu, poradny pro osoby se zdravotním postižením). (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

„Služby sociální péče „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. " (Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108)

Služby sociální péče stanovené zákonem jsou: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Služby sociální prevence *„napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů." (Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108)*

Služby sociální prevence stanovené zákonem jsou: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová

zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace.

Zákon přináší definici každé služby, které jsou poskytovány formou ambulantní, terénní a pobytové. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

8.3. Služby pro osoby s postižením

Do konce roku 2006 byla zařízení rozdělena na: ústavy pro tělesně nebo mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, s více vadami, ústavy pro tělesně postižené občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, s více vadami, ústav pro smyslově postižené dospělé občany. Medicinizující přístup ústavů podporuje závislost klienta na zařízení.

Zákon o sociálních službách nyní uvádí pro zdravotně postižené osoby 2 typy ústavních zařízení a to domov pro osoby se zdravotním postižením a domov se zvláštním režimem. Novým trendem ústavního zařízení jsou aktivizační programy, které už by neměly být připravovány sociálním terapeutem a měly by být adaptované na individuální plány péče. Některá zařízení se profilují jako chráněné bydlení. Další užívanou službou jsou denní a týdenní stacionáře, které nabízejí výchovné, vzdělávací i aktivizační činnosti. Osobám žijícím ve vlastních domácnostech je dle legislativy poskytována podpora samostatného bydlení. Zdravotně postižení často navštěvují centra denních služeb, jež poskytují pomoc při podávání léků, každodenní osobní hygieně. Pečovatelská služba je nejrozšířenější neústavní služba. Obvykle poskytovanými službami jsou koupel, úklid bytu, péče o sebe a zajištění kontaktu se společenským prostředím. (Matoušek, 2007)

8.4. Standardy kvality sociálních služeb

„Standardy kvality sociálních služeb doporučované MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.“ (Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/5963)

Standardy jsou považovány za souhrn požadavků stanovující kvalitu sociálních služeb. Popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Standardy jsou pro lepší orientaci číslovány, mají pořadová čísla od 1 do 15. Pro každý standard je vypracováno několik kritérií, tedy závazné či doporučené postupy poskytovatele služby. Standardy jsou členěny do procedurální, personální a provozní kategorie. Každý poskytovatel sociální služby musí mít vypracované standardy sociálních služeb. Standardy vycházejí z konceptu naplňování lidských práv a svobod. Kontrola kvality služeb je zajištěna formou inspekce, která dohlíží na bezpečnost, odbornost a dostupnost služeb. (Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf)

9. Stacionář

Zařízení začala vznikat před rokem 1989. Služba byla řazená do zdravotnických zařízení pro lidi s duševním onemocněním a pobytová zařízení pro seniory. Po roce 1989 neziskové organizace zajišťovaly komplexní služby pro děti a dospělé s hendikepem. Stacionáře je možné navštěvovat formou denních nebo týdenních služeb. Služby jsou uvedené v zákoně o sociálních službách v § 46 a § 47. Součástí péče ve stacionářích je například poskytnutí stravy, hygieny, pomoc při zvládání běžných úkonů, výchovné, vzdělávací i aktivizační činnosti, pomoc při uplatnění klientských práv, nácvik k sebeobsluze, terapeutické činnosti (například arteterapie, sport). Úhrada za služby je regulována vyhláškou k zákonu o sociálních službách. Některé stacionáře zajišťují pro klienty i chráněná bydlení, chráněné pracovní dílny a sociálně terapeutické dílny. (Matoušek, 2008)

10. Stacionář ROSA

Stacionář Rosa je součástí Oblastní charity Žďár nad Sázavou, nachází se v Bystřici nad Pernštejnem. Ve stacionáři je uživatelům poskytována ambulantní služba v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Denní stacionář Rosa poskytuje služby lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Nyní převládá postižení kombinované. Cílovou skupinu tvoří jedinci ve věku od 6 do 60 let, průměrný věk je 25 let. Zařízení Rosa je poskytováno jedincům, kteří se z důvodu kombinovaného nebo mentálního postižení nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Nepříznivou sociální situací je myšleno snížení nebo ztráta běžných životních činností, soběstačnost a péče o vlastní osobu. Péčí o vlastní osobu je myšleno především zajištění stravy, hygieny a pohybu.

Posláním tohoto stacionáře je podpora a rozvoj hendikepovaných, vedoucí k co největší míře soběstačnosti, začlenění se do běžného denního života, společnosti a ochrana před sociálním vyloučením.

Cílem této služby je zajistit základní životní potřeby, získání sebeobslužných návyků, setkávání se s ostatními uživateli, žít společenský život, schopnost komunikovat, zajistit si pracovní uplatnění, dbát na svoji bezpečnost a hájit svá práva a zájmy.

Rosa zajišťuje a nabízí uživatelům pomoc při podávání jídla, pitného režimu, osobní hygieně, oblékání, pohybu a při používání speciálních pomůcek. Podporuje, aby uživatelé získali komunikační, sociální a pohybové dovednosti. Poskytuje a podporuje naučení pracovních dovedností a návyků. Personál se snaží učit uživatele užívat běžné služby v okolí (obchody, pošta). Uživatelé stacionáře se zúčastňují různých akcí (např. sportovních, kulturních). Personál podává informace o dalších službách (například sociální dávky, zdravotní pomůcky, vzdělávání a zaměstnání).

Zásadou služby je R - respekt, O - odpovědnost, S - samostatnost a A - aktivita.

Služba je poskytována od 7 do 16 hodin. Do stacionáře se uživatelé dopravují sami, s rodinou, autobusem nebo svozovým autem. (Dostupné z: https://zdar.charita.cz/nase-sluzby-a-zarizeni/rosa-denni-stacionar/)

10.1. Služby poskytované ve stacionáři Rosa

- Aktivity denního stacionáře – mezi aktivity, které umožní zařadit se do místní komunity, patří vycházky do města Bystřice nad Pernštejnem. Stacionář se účastní místních jarmarků, kde uživatelé prodávají své výrobky. Uživatelé pravidelně navštěvují městské muzeum, městskou knihovnu, velikonoční a vánoční výstavy, divadelní představení, plesy, koncerty pořádané kulturním domem. Rosa spolupracuje například s místními školami, s volnočasovým klubem Včela, který je určen pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Dále vedoucí stacionáře za pomoci sociálního pracovníka organizuje vycházky (například bowling, kavárna). Nedílnou součástí služeb je i úzká spolupráce s rodinami uživatelů;
- Canisterapie – léčba psem. Pes slouží jako motivační prvek, aktivizuje uživatele k aktivitě nebo naopak zklidňuje a uvolňuje. Uživatelé s lehčím postižením se učí, jak se správně starat o psa, venčit jej, krmit, vytváří si k němu vztah, učí se dávat povely. Pro uživatele s těžší formou postižení se pes využívá především v polohování. Canisterapeut využívá i skupinové canisterapie, kdy se uživatelé zdokonalují a učí komunikovat a spolupracovat ve skupině. Canisterapii ve stacionáři vykonává sdružení Cantes Vysočina. Další zooterapií je hippoterapie sloužící k nácviku chůze a udržení rovnováhy;
- Tělocvična – slouží ke cvičení uživatelů pro jejich protahování, cvičení s hudbou nebo na míči. Uživatelé s těžšími formami postižení procvičují dle individuálního cvičebního plánu na cvičebním lehátku;
- Místnost pro individuální práci s uživateli – tato místnost je určena pro všechny typy postižení. V této místnosti je možné pracovat na rozvíjení smyslového vnímání a jemné motoriky. K tomu slouží velké množství pomůcek z různých druhů materiálu, počítač s jednoduchými výukovými programy. Uživatelé zde také nacvičují používání různých zipů, tkaniček, knoflíků a podobně;
- Výtvarná dílna – zde si mohou uživatelé stacionáře vyzkoušet malování, kresbu, ubrouskovou techniku, mozaiku, obrázky z papírových proužků, malování ústy a další;
- Stimulační místnost – je to místnost pro rozvoj smyslového vnímání a motoriky uživatelů s těžkými formami postižení. Personál využívá různé pomůcky pro podporu rozvoje jemné motoriky a smyslů (například hračky, předměty z různých druhů materiálu). U uživatelů se spasmy je v této místnosti prováděna

masáž celého těla. Uživatelé jsou polohováni v míčkovém bazénku nebo na podložce;

- Kulinářská dílna – slouží k nácviku samostatné přípravy jednoduchých pokrmů. Dále se kuchyňka využívá k přípravě svačin samotnými uživateli. Sami se rozhodnout, co budou jíst, suroviny si nakoupí v obchodě;
- Snoezelen – místnost vybavena vodním lůžkem nabízející zvukové, zrakové, čichové a hmatové podněty. Cílem je aktivizace a rozvoj smyslového vnímání. Zde je i doteková terapie, bazální stimulace, masáže. K čichovému vnímání slouží aroma lampy a vonné olejíčky;
- Šicí dílna – dílna slouží k nácviku drobného šití. Je opatřena šicím strojem, na kterém uživatelé rozvíjí svoji nápaditost, motoriku. Mohou si ušít polštářek, ubrus, deku a další. Stacionář využívá techniku patchworku a batiky. (Standardy kvality sociálních služeb stacionáře Rosa, 2018).

10.2. Personální zajištění organizace

Ambulantní služby vykonává ve stacionáři celkem 14 zaměstnanců - vedoucí stacionáře, 2 sociální pracovníci, 8 pracovníků v sociálních službách, řidič, údržbář a uklízečka. Služby spočívají v přímém kontaktu s uživateli, psychické aktivizaci, sebeobslužné pomoci, sociální péči.

Sociální pracovník vede sociální agendu, dokumentaci uživatelů, provádí sociální šetření u uživatelů a posuzuje životní situace ve vztahu k onemocnění, zajišťuje sociálně-právní poradenství, sestavuje a podílí se na tvorbě standardů a předpisů stacionáře, spolupracuje s kolektivem, zabezpečuje a koordinuje sociální služby.

Pracovníci v sociálních službách poskytují pomoc při zvládání běžných úkonů, které se týkají péče o vlastní osobu uživatelů. Vedou a podporují uživatele k samostatnosti.

Pracovníci stacionáře se pravidelně zúčastňují supervizí, a akreditovaných vzdělávacích kurzů.

PRAKTICKÁ ČÁST

11. Metodologie průzkumu

V praktické částí kvantitativního průzkumu se věnuji popisu a interpretaci výsledků získaných od uživatelů, personálu a rodičů uživatelů stacionáře Rosa. Tento průzkum jsem si vybrala záměrně, oblast hendikepovaných je mi velice blízká, působím zde jako sociální pracovnice. Pro praktickou část mé diplomové práce jsem použila kvantitativní metodu. Kvantitativní průzkum mi pomůže získat informace a umožní zjistit platnost teoretického podkladu. Zaměstnanci stacionáře hodnotili spokojenost uživatelů prostřednictvím anket. V tomto stacionáři zatím nebyla evaluace zrealizována.

Cílovými skupinami v mém průzkumu byli rodiče uživatelů, uživatelé stacionáře a personál stacionáře. Většina zaměstnanců stacionáře pracuje s uživateli v přímé práci.

Získané výsledky byly zpracovány kvantitativní metodou. Technika, kterou jsem zvolila pro průzkum mé diplomové práce, byla technika písemného dotazování. Informace jsem tedy získávala pomocí mnou vytvořeného strukturovaného dotazníku.

Cílem mé práce je evaluace. Evaluace má transdisciplinární charakter lze se s ní setkat v mnoha různých oborech. Důležitým cílem evaluace je poskytnout zpětnou vazbu – například navrhnout užitečné náměty, které přispějí ke zkvalitnění poskytovaných služeb ve stacionáři. Evaluaci lze shrnout jako systematickou a kontrolovanou činnost, která podporuje rozhodování, identifikuje příklady dobré praxe a poskytuje zpětnou vazbu o probíhajících činnostech. (Hendl, Remr, 2017)

Četnost může být absolutní nebo relativní. Četnost uvádí, kolik hodnot daného znaku se nachází ve statistickém souboru. Hodnoty mohou být absolutní nebo relativní, záleží na celkovém počtu prvků určitého souboru. Absolutní četnost udává počet přítomných znaků ve statistickém souboru. Relativní četnost ukazuje, kolik procent hodnot znaku ze statistického souboru je přítomné v rovnosti hodnotě znaku. (Dostupné z: https://matematika.cz/zaklady-statistiky)

11.1. Cíl a předmět průzkumu

Cílem praktické části bylo zjistit, jak jsou uživatelé, personál a rodiče spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb ve stacionáři. V přípravné fázi průzkumu jsem

shromáždila vyplněné dotazníky od respondentů, které umožní vyhodnocení a zmapování evaluace efektivity poskytovaných služeb ve stacionáři Rosa. Snažila jsem se tedy zjistit, jak jsou uživatelé stacionáře spokojeni s poskytovanými službami s ohledem na jejich individuální plán a jejich biopsychosociální a spirituální potřeby. Dále jsem se v průzkumu věnovala zaměstnancům a rodičům uživatelů, kteří také hodnotili kvalitu poskytovaných služeb dotazníkem.

Průzkum byl zaměřen zejména na služby, se kterými byli respondenti méně spokojeni a na rizikové faktory, které by mohly k nespokojenosti přispět. Hodnotila jsem osobní vztah mezi respondenty, spokojenost zaměstnanců v současné profesi a fungování kolektivu, tzn. vztahy na pracovišti. Vzhledem k tomu, že každý respondent vnímá služby individuálně, jsem zjišťovala, zda se hodnocení shoduje či liší od ostatních. Průzkumné šetření bude přínosem především pro vedení a zaměstnance stacionáře Rosa.

11.2. Průzkumný vzorek

V denním stacionáři působím jako sociální pracovník. Průzkumný vzorek byl vybrán na základě mého pracovního působení v tomto zařízení. Do průzkumu byli zapojeni uživatelé stacionáře, rodiče i personál. Dotazníky byly vyplněny anonymně na základě zachování práva na soukromí. V příloze č. 1 uvádím souhlas stacionáře Rosa s veřejným zveřejněním jeho názvu.

Průzkumný vzorek tvoří soubor dotazovaných – rodičů, uživatelů a personálu. Můj průzkum vyplnilo tedy 55 respondentů – 22 rodičů, 11 zaměstnaných osob stacionáře a 22 uživatelů.

Pro výběr průzkumného vzorku jsem zvolila metodu totálního výběru, kde se výběrový soubor rovná základnímu. (Hendl, Remr, 2017)

Informace vyplývající z dotazníku byly zpracovány procentuálně pomocí grafů a tabulek, které doplňuje slovní hodnocení.

Kvantitativní výzkum je série etap, přičemž se v každé etapě uplatňují statistické koncepty. U kvantitativního výzkumu se při zkoumání problému opíráme o experiment nebo výběrové šetření a data získáváme pomocí měření, strukturovaného dotazování a pozorování.

Schéma je tvořeno z 5 etap:

1) vymezit problém a zvolit přístup;
2) plán výzkumu;
3) provedení;
4) analýza interpretace;
5) zpráva o výzkumu.

(Hendl, 2004)

Kvantitativní výzkum je reduktivním zkoumáním. Výzkumník si při zkoumání uvědomuje mnohorozměrnost objektu, je si vědom nemožnosti přesného zachycení ve všech podobách. Vybere tedy jen některé z nich, na které se pozorně zaměří. V kvantitativním přístupu mají data číselnou podobu. Kvantitativní výzkum preferuje výběr a analýzu pořadových, intervalových a poměrových proměnných. Určení validity a reliability není obtížné oproti kvalitativnímu výzkumu. (Ferjenčík, 2010)

„Výzkum začíná určením závisle a nezávisle proměnné a další jeho kroky mají určit existenci a charakter vztahu. Často se předpokládá mezi proměnnými příčinný vztah, což znamená, že změna nezávisle proměnné způsobuje změnu závisle proměnné bez ohledu na přítomnost jiných proměnných.“ (Hendl, 2004, s. 40)

„Když jsou data nashromážděna, připraví se z nich datová matice, která data uspořádá tak, že v každém jejím řádku je popis jednoho objektu a každý sloupec obsahuje data pro jednu proměnnou. Data musí být kódována. Kód znamená jednoznačný předpis, jak přiřazovat určitým hodnotám proměnných vhodné symboly většinou čísla (muž – 0, žena – 1).“ (Hendl, 2004, s. 76)

12. Metodologie sběru dat

Mým cílem diplomové práce bylo zaměření se na evaluaci efektivity služeb v denním stacionáři Rosa. Stacionář má kapacitu 25 uživatelů. Průzkum byl prováděn metodou dotazníkového šetření a základní soubor byl tvořen uživateli, personálem a rodiči. Průzkum probíhal u uživatelů navštěvující denní stacionář v lednu 2019.

Dotazník slouží k získání více informací o myšlenkách, pocitech, postojích a hodnotách tázajících. Výhodou dotazování je rychlý nenáročný sběr dat. Další technikou dotazování je dotazník s otevřenými otázkami. Tento druh dotazování slouží k dovysvětlení získaných informací. Respondent by měl mít dostatek času na vyplnění dotazníku. (Hendl, 2005)

Techniku dotazování jsem si zvolila vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku (22 uživatelů, 11 Zaměstnaných osob stacionáře a 22 odpovídajících rodičů) a anonymitě dotazovaných respondentů.

Dotazník byl určený pro praktickou část mé diplomové práce. Dotazník jsem si vytvořila sama s ohledem na můj hlavní cíl a dílčí průzkumné cíle. Anonymní dotazník byl v tištěné podobě ve formátu A4. Dotazník pro rodiče, uživatele i personál je uveden v příloze č. 2, 3 a 4. Pro uživatelé denního stacionáře se dotazník skládal z 12 otázek, pro rodiče uživatelů se skládal z 11 otázek a pro personál z 12 otázek. Většina otázek byla uzavřená nebo polouzavřená s možností vlastní odpovědi. Na začátku dotazníku vždy byly 3 nebo 4 otázky demografické.

Otázky v dotazníku se soustředily na 3 hlavní oblasti. První průzkumná otázka se týká hodnocení poskytovaných služeb stacionáře uživateli. Druhá se týká hodnocení poskytovaných služeb stacionáře personálem. Třetí otázka byla zaměřena na spokojenost rodičů s poskytovanými službami ve stacionáři. Vzhledem ke zdravotnímu stavu některých uživatelů jsem byla nápomocná při vyplňování dotazníku. Otázky v dotazníku jsem konzultovala s vedoucí stacionáře a se sociální pracovnicí. Dotazník vyplnilo celkem 55 dotazovaných. Informace získané pomocí dotazníku byly zpracovány prostřednictvím grafů a tabulek s doplňujícím hodnocením.

Uživatelé stacionáře byli ochotní a vstřícní dotazník vyplnit. Předala jsem jim ho osobně. Každému jsem vysvětlila postup při vyplňování a seznámila ho, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje. Dodržovala jsem etiku mé práce, v mé práci byla přísně dodržována anonymita. Respondenti byli seznámeni s tím,

že je to pouze pro potřebu diplomové práce. Výsledky budou použity ke zlepšení služeb stacionáře.

Vzhledem k tomu, že šlo pouze o evaluaci stacionáře Rosa nelze získané výsledky zobecnit a použit pro jiná zařízení.

13. Průzkumné otázky

Hlavní průzkumná otázka

Jak je hodnocena kvalita poskytovaných služeb ve stacionáři?

Dílčí průzkumné otázky: (dále jen DPO)

- Dílčí průzkumná otázka č. 1: Jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb personál?
- Dílčí průzkumná otázka č. 2: Jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb uživatelé?
- Dílčí průzkumná otázka č. 3 : Jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb rodiče uživatelů stacionáře Rosa?

U všech třech respondentů – rodina, uživatelé a personál jsem v dílčích průzkumných otázkách zjišťovala, jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb ve stacionáři. V první dílčí otázce jsem zjišťovala, jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb uživatelé. Druhá dílčí otázka se vztahuje k personálu a jeho spokojenosti s poskytovanými službami. Třetí dílčí otázka se týká spokojenosti rodiny s nabídkou poskytovaných služeb ve stacionáři.

13.1. Výsledky dotazníkového šetření personálu stacionáře Rosa

Demografické údaje

Tabulka 4: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	**11**	**100 %**
Muž	**0**	**0**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 4 vyplývá, že v zařízení pracují pouze ženy.

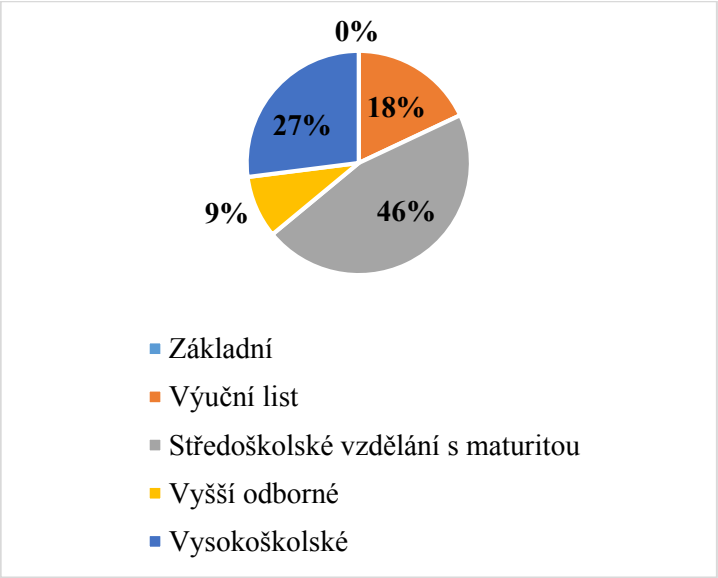
Tabulka 5: Rozdělení respondentů dle získaného vzdělání

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	**0**	**0 %**
Výuční list	**2**	**18 %**
Středoškolské vzdělání s maturitou	**5**	**46 %**
Vyšší odborné	**1**	**9 %**
Vysokoškolské	**3**	**27 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce respondentů 5 (46 %) odpovědělo, že nejvyšší dosažené vzdělání zaměstnaných žen má střední školu s maturitou. Výuční list mají 2 (18 %) respondentky. 1(9 %) respondent má vyšší odborné vzdělání a vysokoškolské vzdělání mají 3 (27 %) tázající ženy.

Graf 1: Dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

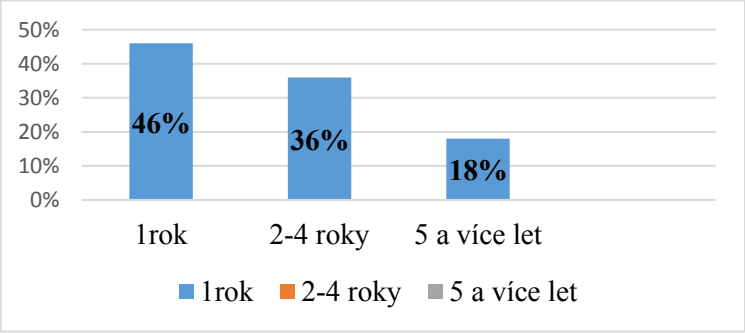
Tabulka 6: Délka praxe

Délka praxe	Absolutní četnost	Relativní četnost
1rok	**5**	**46 %**
2-4 roky	**4**	**36 %**
5 a více let	**2**	**18 %**
Celkem	**11**	**100%**

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 6 vyplývá, že nejvíce žen 5 (46 %) má praxi 1 rok. 4 (36 %) tázající odpověděli 2 až 4 roky. Pouze 2 (18 %) respondentky uvedly, že mají praxi déle než 5 let. Zaměstnanci stacionáře Rosa musí za kalendářní rok splnit minimálně 24 hodin vzdělávání na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů dle zákona 108/2006 Sb.

Graf 2: Délka praxe



Zdroj: vlastní zpracování

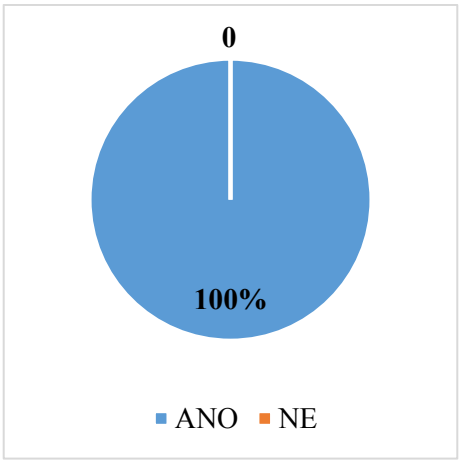
Stacionář Rosa

Tabulka 7: Spokojenost s provozní dobou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3: Spokojenost s provozní dobou



Zdroj: vlastní zpracování

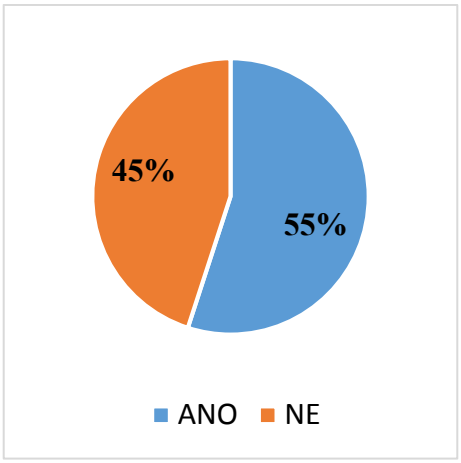
11 tedy 100 % personálu odpovědělo, že je s provozní dobou od 7 do 16 hodin spokojeno. Provozní doba je tedy pro personál dostatečná. Žádné výhrady se neobjevily. V případě aktuální potřeby rodičů je možné po domluvě stacionář otevřít od 6 hodiny ranní.

Tabulka 8: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa

	Absolutní četnost	**Relativní četnost**
ANO	**6**	**55 %**
NE	**5**	**45 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa



Zdroj: vlastní zpracování

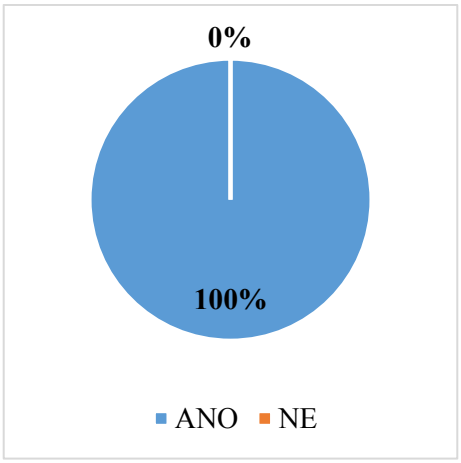
6 (55 %) tázajícího personálu odpovědělo, že je spokojeno s umístěním stacionáře Rosa. 5 (45%) s umístěním spokojeno není. Důvodem je poloha stacionáře přímo u hlavní silnice. Ke stacionáři nevede chodník a přes hlavní silnici není značen přechod. Doporučila bych vedoucí stacionáře zažádat na městském úřadě o přechod přes frekventovanou silnici.

Tabulka 9: Dostatek informací o stacionáři

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5: Dostatek informací o stacionáři



Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědi vyplývá, že 11 tedy 100% zaměstnanců má dostatek informací o stacionáři. Domnívám se, že na pracovišti dochází k vzájemné podpoře komunikace, navazování a fungování přátelských vztahů mezi personálem i mezi uživateli. Každé úterý probíhá porada, kde vedoucí stacionáře poskytuje veškeré nové informace týkající se uživatelů a aktivit. V pondělí personál dostává týdenní rozpis týkající se časového harmonogramu u jednotlivých uživatelů.

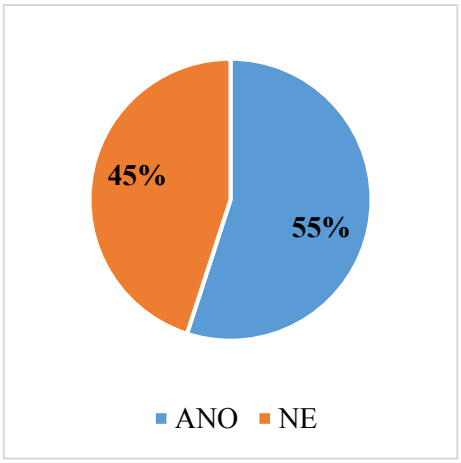
Prostředí stacionáře Rosa

Tabulka 10: Spokojenost s bezbariérovostí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**6**	**55 %**
NE	**5**	**45 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6: Spokojenost s bezbariérovostí



Zdroj: vlastní zpracování

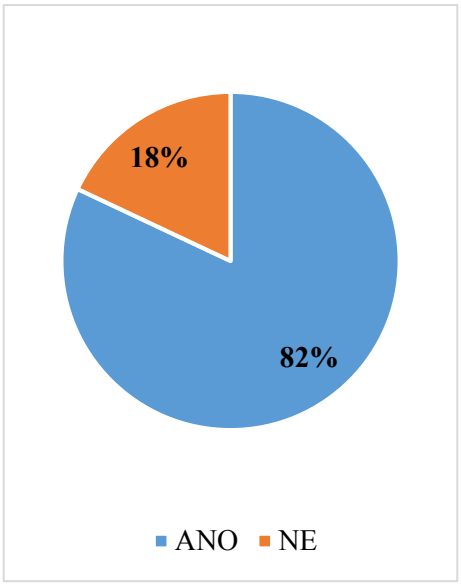
Z 11 respondentů je 6 (55 %) s bezbariérovostí spokojeno a 5 (45 %) nespokojeno. Stacionář má 2 patra. V zařízení je k dispozici výtah. V současné době stacionář navštěvuje 6 vozíčkářů. Domnívám se, že nespokojenost personálu s bezbariérovostí souvisí s malými prostory v budově. Při požárním poplachu nevyhovuje venkovní prostor při východu únikovými dveřmi.

Tabulka 11: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**9**	**82 %**
NE	**2**	**18 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7 hodnotí, jak je personál spokojen s aktivizačními prostředky. 9 (82 %) dotazovaných je spokojeno a 2 (18 %) jsou nespokojeni s vybaveností aktivizačních prostředků. Rozhovorem s personálem jsem zjistila, že i tento problém souvisí s malými prostory v místnostech, jako je tělocvična a společenská místnost. Personál musí pečlivě plánovat, které uživatele a s jakým postižením je možné v dané chvíli v aktivizačních místnostech aktivizovat.

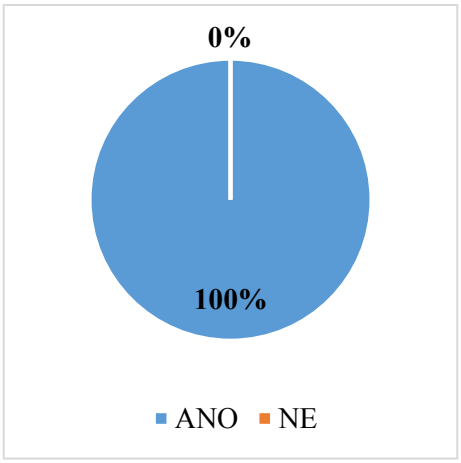
Hodnocení komunikace na pracovišti

Tabulka 12: Spokojenost s atmosférou na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 8: Spokojenost s atmosférou na pracovišti



Zdroj: vlastní zpracování

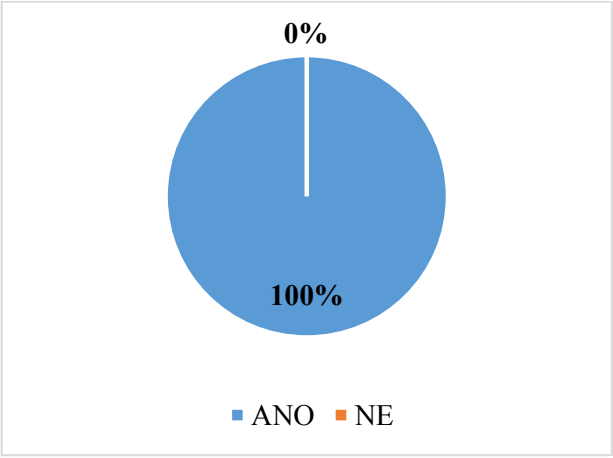
11 (100 %) dotazovaných je spokojeno s atmosférou na pracovišti. Dobrý kolektiv a atmosféra na pracovišti ovlivňuje pozitivně pracovní výkon.

Tabulka 13: Spokojenost se spoluprací s ostatními pracovníky v týmu

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 9: Spokojenost se spoluprací s ostatními pracovníky v týmu



Zdroj: vlastní zpracování

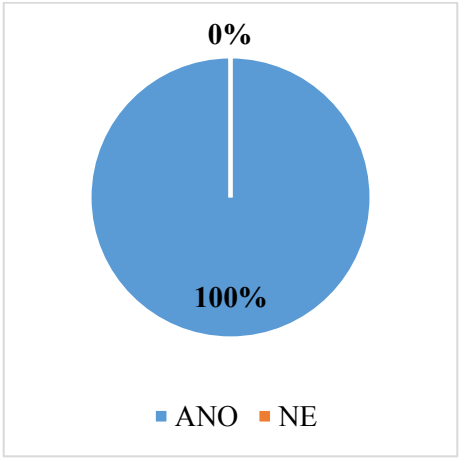
Z odpovědi vyplývá, že 11 dotazovaných zaměstnanců je spokojeno se spoluprací pracovníků v týmu (100 %). Společná týmová práce zvyšuje produktivitu a motivaci zaměstnanců. Ve stacionáři probíhá týmová supervize jednou za 3 měsíce, kde si pracovníci vyjasní a sdílí pozitiva i negativa uživatelů, domluví se na určité strategii, vyjasní si vztahy v týmu a posílí soudržnost a spolupráci v týmu.

Tabulka 14: Spokojenost s podporou kolegů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 10: Spokojenost s podporou kolegů



Zdroj: vlastní zpracování

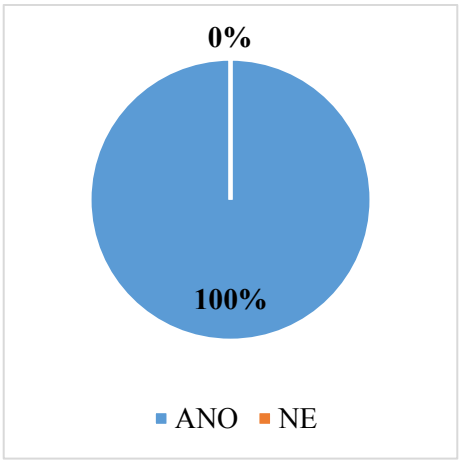
Všech 11 (100 %) dotazovaných zaměstnanců je spokojeno s podporou kolegů. Z mé osobní praxe na pracovišti to vidím s podporou kolegů dobře.

Tabulka 15: Spokojenost s interní komunikací

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 11: Spokojenost s interní komunikací



Zdroj: vlastní zpracování

11 (100 %) dotazovaných zaměstnanců je spokojeno s interní komunikací. Je důležité, aby zaměstnanci dostali informace od svých nadřízených ve správnou dobu a aby se nebáli otevřeně komunikovat. Správná interní komunikace předchází mnoha problémům, které negativně ovlivňují atmosféru na pracovišti.

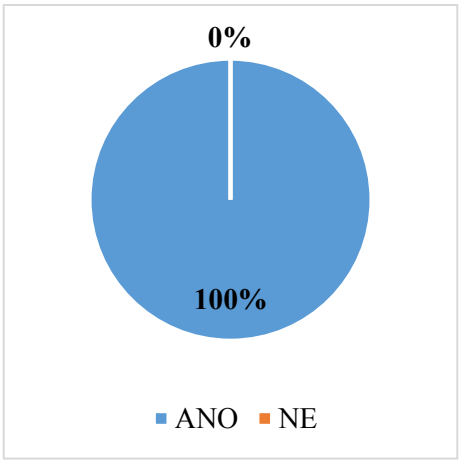
Motivace

Tabulka 16: Pochvala a uznání za odvedenou práci

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 12: Pochvala a uznání za odvedenou práci



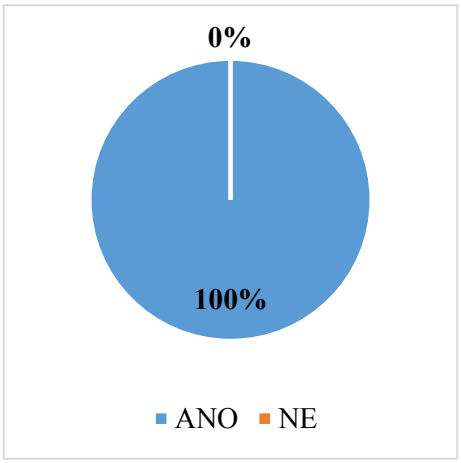
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 17:Prostor pro vyjádření názorů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**11**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 13: Prostor pro vyjádření názorů



Zdroj: vlastní zpracování

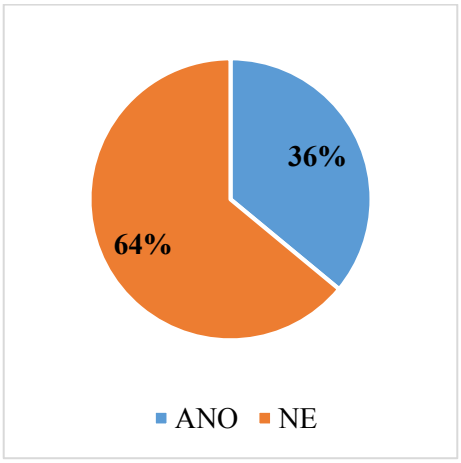
11 (100 %) dotazovaných zaměstnanců má prostor vyjádřit svůj názor. Z předchozího grafu č. 12 vyplývá 11 (100 %) tázajících je spokojeno s pochvalou a uznáním za odvedenou práci. Zpětná vazba působí prosti syndromu vyhoření.

Tabulka 18: Spokojenost s úrovní supervize

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**4**	**36 %**
NE	**7**	**64 %**
Celkem	**11**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 14: Spokojenost s úrovní supervize



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu č. 14 vyplývá, že 4 (36 %) dotazovaní zaměstnanci jsou se supervizí spokojeni. 7 (64 %) je s úrovní supervize nespokojeno. Pracovníci v tomto zařízení nejsou celkově se supervizí spokojeni. Supervize se zúčastňují jednou za 3 měsíce všichni zaměstnanci. Mimo dotazník jsem zjistila, že personál není úplně spokojen se supervizorem a jeho vedením.

Supervizor má vědět, jaký je obsah a hranice supervize a měl by ctít na zásady etiky. V supervizi se všichni zúčastnění neustále učí. Každý supervizor by se měl zamyslet nad tím, co sám dělá a jak to dělá.

Supervize v týmech, kde personál zná své klienty, má výhody i nevýhody, a to z toho důvodu, že při supervizích se nevěnujeme klientovi tam venku, ale jak tento klient vnikl do vnitřního duševního života supervidovaných. (Hawkins, Shohet, 2016)

13.2. Výsledky dotazníkového šetření uživatelů stacionáře Rosa

Demografické údaje

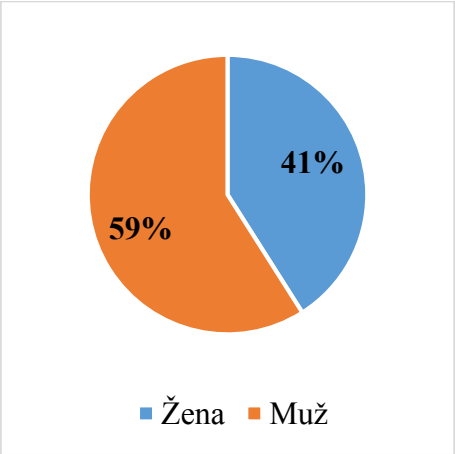
Tabulka 19: Pohlaví

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žena	**9**	**41 %**
Muž	**13**	**59 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Z této tabulky č. 7 vyplývá nevyrovnané zastoupení dotazovaných mužů i žen. Celkový počet uživatelů byl 22 (100 %). Ve stacionáři byla převaha mužů (59 %). Ženy v mém průzkumu tvořily 41%. Dotazník týkající se uživatelů mi tedy vyplnilo 13 mužů a 9 žen.

Graf 15: Pohlaví



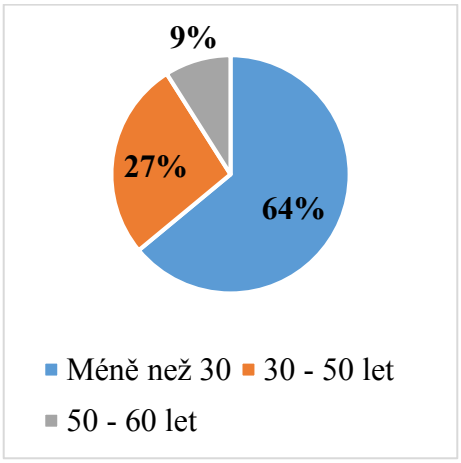
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 20: Věk uživatelů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost
Méně než 30	**14**	**64 %**
30 – 50 let	**6**	**27 %**
50 – 60 let	**2**	**9 %**
Celkem	**22**	**100%**

Tabulka č. 8 nám ukazuje věk dotazovaných respondentů. Nejvíce respondentů - uživatelů ve stacionáři bylo mladších než 30 let, a to 14 (64 %). Dále ve věku 30 – 50 let bylo 27%. Pouze 2 (9 %) uživatelé byli ve věku mezi 50 – 60 roky.

Graf 16: Věk uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

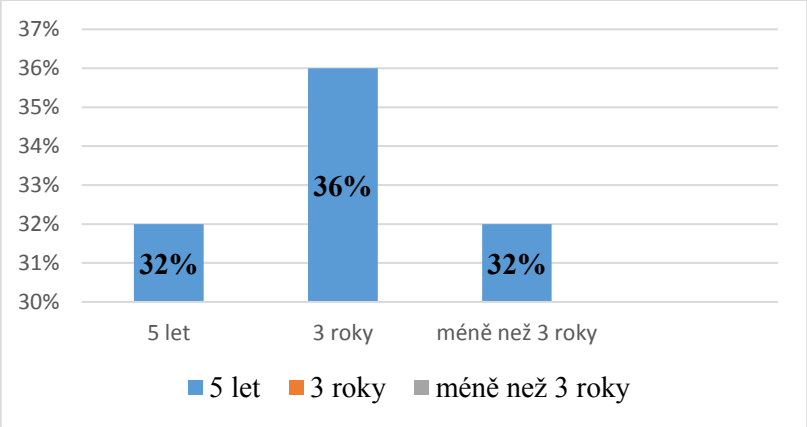
Tabulka 21: Délka poskytování sociální služby

Délka návštěvy	Absolutní četnost	Relativní četnost
5 let	**7**	**32 %**
3 roky	**8**	**36 %**
Méně než 3 roky	**7**	**32%**
Celkem	**22**	**100%**

Zdroj: vlastní zpracování

Třetí demografická otázka zkoumala to, jak dlouho uživatelé navštěvují stacionář. 8 (36 %) respondentů navštěvuje stacionář 3 roky. 14 tázajících chodí do zařízení už 5 let nebo méně než 3 roky.

Graf 17: Délka návštěvy stacionáře



Zdroj: vlastní zpracování

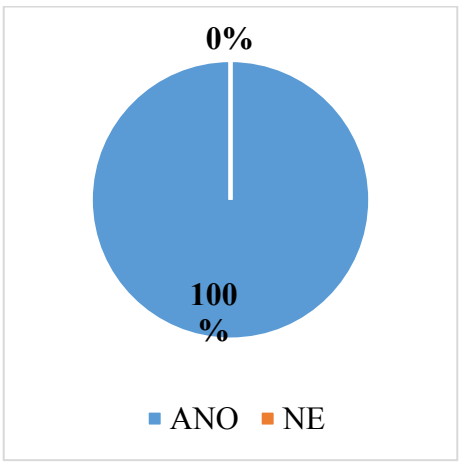
Stacionář Rosa

Tabulka 22: Spokojenost s provozní dobou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 18: Spokojenost s provozní dobou



Zdroj: vlastní zpracování

Všichni uživatelé 22 (100 %) jsou s provozní dobou od 7 do 16 hodiny spokojeni. Uživatelé nejčastěji docházejí do stacionáře sami nebo je vozí rodiče.

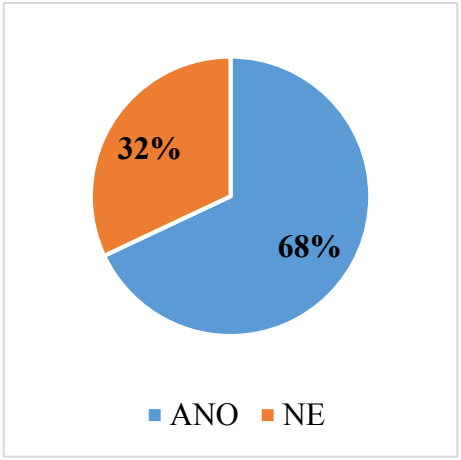
Stacionář poskytuje fakultativní službu a zajišťuje dopravu uživatelů do stacionáře i na akce mimo něj.

Tabulka 23: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**15**	**68 %**
NE	**7**	**32 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 19: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa



Zdroj: vlastní zpracování

15 (68 %) dotazovaných uživatelů je spokojeno s umístěním. 7 (32 %) uživatelů je nespokojeno s umístěním. Mimo dotazník se mi uživatelé svěřili, že je to z důvodu hlavní frekventované silnice, kterou musí přejít v místech, kde nejsou žádné přechody ani semafory. Uživatelé mají strach přecházet tuto silnici, týká se to především jedinců, kteří mají zdravotní problémy s chůzi či pohybem. Uživatelé, kteří chodí ze stacionáře sami domů, jsou vždy převedeni přes silnici zaměstnancem.

Prostředí stacionáře Rosa

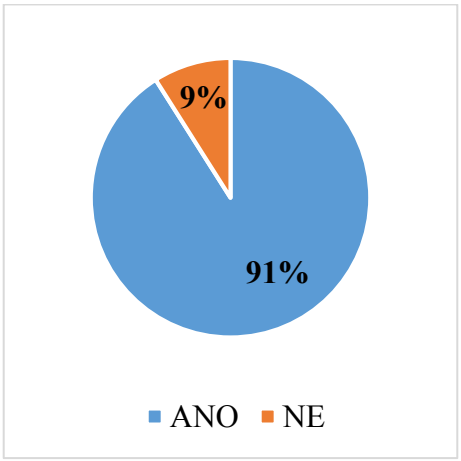
Tabulka 24: Spokojenost s prostředím ve stacionáři

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**20**	**91 %**
NE	**2**	**9 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Prostředí stacionáře Rosa

Graf 20: Spokojenost s prostředím ve stacionáři



Zdroj: vlastní zpracování

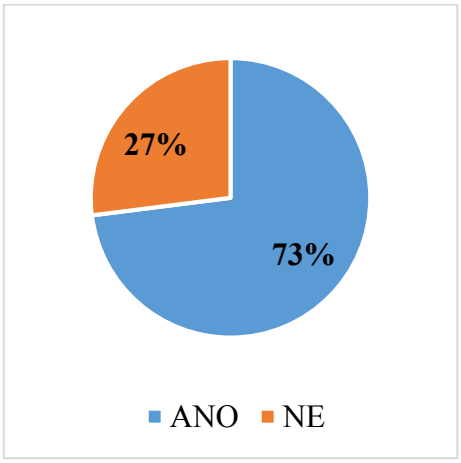
V této otázce bylo cílem zjistit, jak jsou uživatelé spokojeni s prostředím ve stacionáři, zázemím a prostorem v zahradě. Většina 20 (91 %) tázajících odpovědělo, že spokojeni jsou. Pouze 2 (9 %) uvedli, že spokojeni nejsou. Důvodem nespokojenosti je nedostatečně upravený povrch v zahradě pro vozíčkáře. Velkou část zahrady tvoří travnatý povrch, který je zcela nevyhovující, jak pro chůzi, tak pro přesuny na vozíku.

Tabulka 25: Spokojenost s bezbariérovostí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**16**	**73 %**
NE	**6**	**27 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 21: Spokojenost s bezbariérovostí



Zdroj: vlastní zpracování

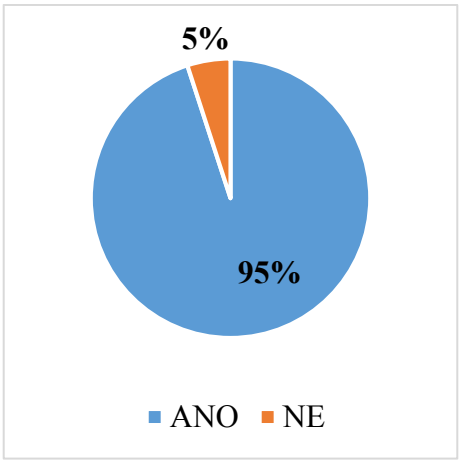
V dotazníku na otázku č. 4 spokojenost s bezbariérovostí je 16 (73 %) dotazovaných uživatelů spokojeno a 6 (27 %) nespokojeno. Ve stacionáři je nyní 5 osob na vozíčku. Vzhledem k tomu, že je kladen velký důraz na podporu soběstačnosti uživatelů, není možné, aby se jednotliví uživatelé na vozíčcích přesunovali sami bez pomoci personálu. Při samostatném pohybu na vozíčku je někdy nutná dopomoc.

Tabulka 26: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**21**	**95 %**
NE	**1**	**5 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 22: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem



Zdroj: vlastní zpracování

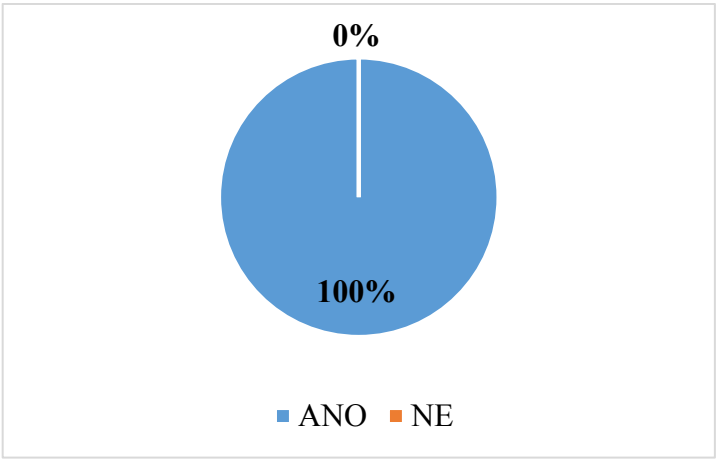
21 (95 %) dotazovaných uživatelů je spokojeno s vybavením a nábytkem. Pouze 1 (5 %) je nespokojen. Nábytek ve stacionáři je nový a vypadá pěkně.

Tabulka 27: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 23: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky



Zdroj: vlastní zpracování

Z grafu číslo 22 vyplývá, že všichni uživatelé jsou spokojeni s vybavením aktivizačními prostředky. Personál se snaží prohlubovat získané dovednosti sebekontroly hendikepovaných (například v dílnách, při žehlení, praní, práce na zahradě, opakování znalostí čtení, psaní, počítání).

Do nácviku sebeobslužných činností patří nácvik dodržování hygieny, nácvik mytí rukou a obličeje, nácvik česání, nácvik sebeobsluhy na toaletě, nácvik převlékaní, nácvik přezouvání bot, nácvik úklidu oblečení.

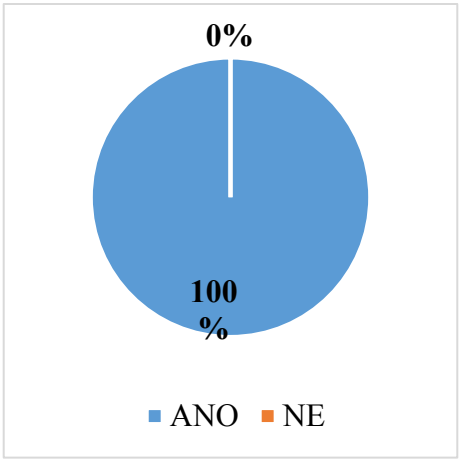
Do nácviku komunikačních dovedností patří hledání vhodných forem komunikace, obrázkový komunikační systém, počítačové programy, rozvoj verbální komunikace, motivace ke komunikaci s cizími lidmi. Důležité je, jaké aktivizační prostředky využijeme ve skupině či u jednotlivce.

Tabulka 28: Spokojenost se stravováním

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 24: Spokojenost se stravováním



Zdroj: vlastní zpracování

22 (100 %) dotazovaných uživatelů je spokojeno se stravováním. Stacionář zajišťuje svačinu dle dohodnutého rozpisu s uživateli. Svačinu mohou mít uživatelé i vlastní. Obědy jsou do stacionáře dováženy z nedaleké školní jídelny. Uživatelé

si mohou vybrat z jídelního lístku ze 3 nabízených jídel. Při výběru jim pomáhá personál. Pracovníci dohlíží na dodržování pitného režimu a nabízí uživatelům tekutiny. Někteří uživatelé musí dodržovat dietní režim, který je předepsán lékařem. Při podávání tekutin i stravy je nápomocný personál. Někteří uživatelé se musí nakrmit. Personál se snaží podporovat sebeobsluhu.

Služby poskytované ve stacionáři

Tabulka 29: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností

Aktivizační činnosti	Spokojen	Nespokojen
Muzikoterapie	**55 %**	**45 %**
Canisterapie	**64 %**	**36 %**
Procházky	**100 %**	**0 %**
Výlety	**100 %**	**0 %**
Šicí dílna	**100 %**	**0 %**
Kulinářská dílna – cvičná kuchyně	**86 %**	**14 %**
Snoezelen	**100 %**	**0 %**
Výtvarná dílna	**91 %**	**9 %**
Individuální místnost	**91 %**	**9 %**
Tělocvična	**100 %**	**0 %**

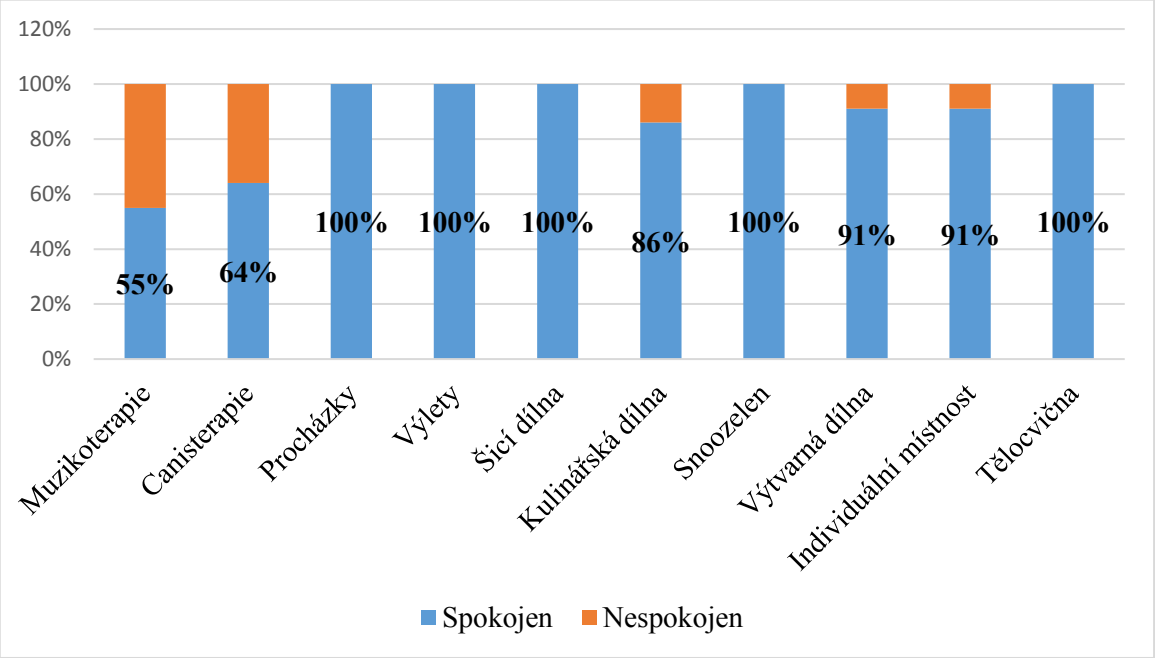
Zdroj: vlastní zpracování

Z 22 dotazovaných uživatelů, kteří se aktivizačních činností zúčastňují, jsou na 100 % spokojeni s procházkami, výlety, šicí dílnou, snoozelenem a tělocvičnou. 19 (86 %) dotazovaných je spokojeno se cvičnou kuchyní a 3 (14 %) jsou nespokojeni. S výtvarnou i individuální místností je spokojeno 20 (91 %) dotazovaných a 2 (9 %) nespokojeni. Pouhých 12 z 22 dotazovaných (54 %) je spokojeno s muzikoterapií a 14 z 22 uživatelů (64 %) s canisterapií. Uživatelé u těchto dvou aktivizačních činností hodnotili nespokojenost z důvodu nepravidelné aktivity. Schopní uživatelé se mohou sami věnovat soukromým aktivitám. V individuálním plánu má každý uživatel napsané, jakou aktivizační činnost by chtěl ve stacionáři vykonávat.

Aktivizační činnosti zajišťují pracovníci v sociálních službách. Mohou probíhat individuálně nebo ve skupině, ať již v šicí, výtvarné dílně, cvičné kuchyni, tělocvičně, na zahradě nebo v individuální místnosti.

Cílem aktivizace je podněcování uživatelů k činnosti, která ovlivňuje organismus jako celek. Činnost působí pozitivně, podporuje obranné schopnosti organismu, eliminuje agresivitu a dokáže odvádět pozornost od bolesti a problémů. Zaplňuje vhodným způsobem volný čas uživatelů, vyvolává pocit uspokojení s výsledkem činnosti a zapojuje je do kolektivu. (Vágnerová, 2004)

Graf 25: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností



Zdroj: vlastní zpracování

Otázka č. 8 v dotazníku obsahovala otevřenou otázku, co by uživatelé uvítali.

Tabulka 30: Přání uživatelů dalších aktivizačních činností

Uvítal/a bych	Absolutní četnost	Relativní četnost
Masáž	2	**10 %**
Více výletů	4	**20 %**
Muzikoterapie	5	**25 %**
Hippoterapie	4	**20 %**
Více cvičení	2	**10 %**
Canisterapie	1	**5 %**
Arteterapie	2	**10 %**
Celkem	**20**	**10 %**

Zdroj: vlastní zpracování

V dotazníku v podotázce č. 8 by 20 (91 %) dotazovaných uživatelů uvítalo novou aktivizační činnost. Nejvíce dotazovaných uživatelů se shodlo na muzikoterapii (25 %), která v zařízení probíhá, ale nepravidelně. Dále by 4 (20 %) uživatelé uvítali více výletů a další 4 (20 %) hipporehabilitaci. 2 (10 %) uživatelé by rádi ve stacionáři měli více cvičení, masáží a arteterapie. Pouhý 1 (5 %) dotazovaný by rád canisterapii častěji, než jednou za 2 měsíce.

Mezi nabízené výlety ve stacionáři patří například Zdišibál, kulturní akce, letní pobyt, plesy, koncerty a různé výstavy. Vše záleží na kapacitě personálu a počtu uživatelů v daný den. Všichni uživatelé se nemohou zúčastnit všech výletů.

Uživatelé s těžšími formami postižení cvičí dle individuálního cvičebního plánu na cvičném lehátku. Cílem cvičení je zlepšení popřípadě udržení fyzického stavu. Nejprve pracovník zjistí, v jaké fyzické kondici se nachází a jaké jsou jeho přání a možnosti. Někteří uživatelé mají pravidelné návštěvy fyzioterapeuta, který dochází k nim domů.

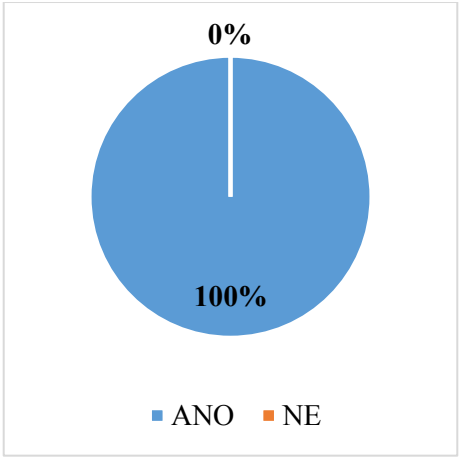
Personální zajištění

Tabulka 31: Vztahy na pracovišti a atmosféra na pracovišti

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 26: Vztahy na pracovišti a atmosféra na pracovišti



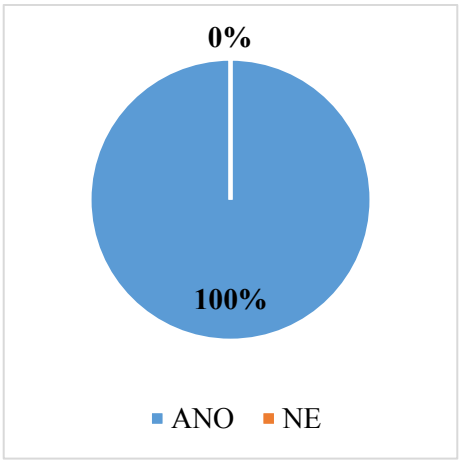
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 32: Personální zajištění

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 27: Personální zajištění



Zdroj: vlastní zpracování

Uživatelé se domnívají, že personální zajištění je dostačující. V zařízení je zaměstnáno 13 zaměstnanců – z toho 2 řidiči, 3 sociální pracovníci a 8 pracovníků v sociálních službách. Většina pracovníků v zařízení pracuje na poloviční úvazek. Z grafu č. 26 vyplývá, že 22 (100 %) dotazovaných uživatelů stacionáře je spokojeno s personálem, jejich náladou i vztahy.

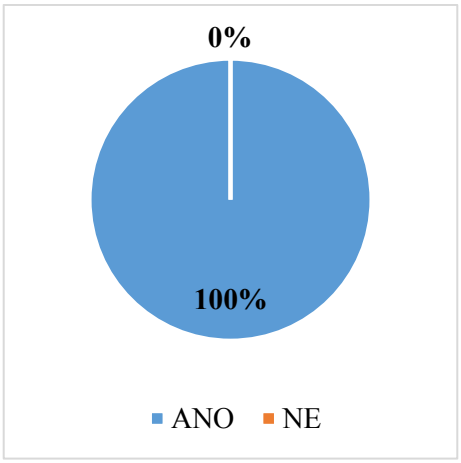
Práva

Tabulka 33: Rozhodnutí uživatele o běžných každodenních činnostech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 28: Rozhodnutí uživatele o běžných každodenních činnostech



Zdroj: vlastní zpracování

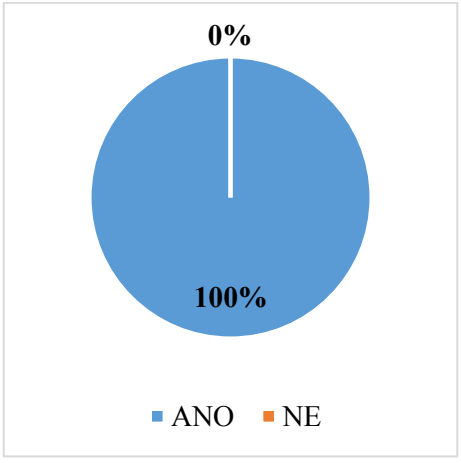
Všech 22 (100 %) uživatelů zodpovědělo podporování samostatného rozhodování o běžných každodenních činnostech. Z tohoto průzkumu jsem zjistila, že je kladen důraz na individualitu uživatele a jeho rozhodování.

Tabulka 34: Respektování intimity uživatele ve stacionáři

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 29: Respektování intimity uživatele ve stacionáři



Zdroj: vlastní zpracování

22 (100 %) dotazovaných uživatelů je spokojeno s respektováním jejich intimity. Pracovník dbá na zajištění intimního prostředí – zavřené dveře na wc, zaklepání při vstupu.

Otázka č. 11 a č. 12 v dotazníku se týkala práv uživatelů, která jsou popsána ve standardu č. 2 - ochrana práv osob. Zjistila jsem, že ve stacionáři jsou tedy práva osob respektována a nedochází k jejich porušování.

13.3. Výsledky dotazníkového šetření rodičů

Demografické údaje

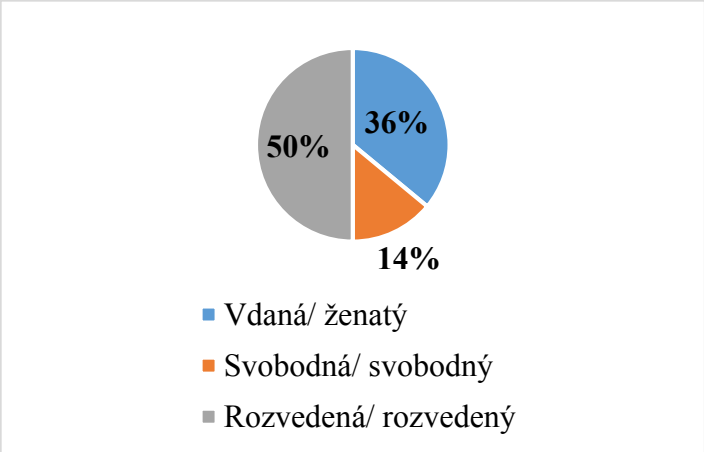
Tabulka 35: Rodinný stav

Rodinný stav	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vdaná/ ženatý	**8**	**36 %**
Svobodná/ svobodný	**3**	**14 %**
Rozvedená / rozvedený	**11**	**50 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Z demografické otázky číslo 1 vyplývá nevyrovnaný rodinný stav. Nejvíce rodičů je rozvedených (50 %), 8 (36 %) žije v manželství a 3 (14 %) respondenti žijí sami bez partnera. Z dotazníku vyplynulo, že o hendikepované uživatele se stará spíše matka.

Graf 30: Rodinný stav



Zdroj: vlastní zpracování

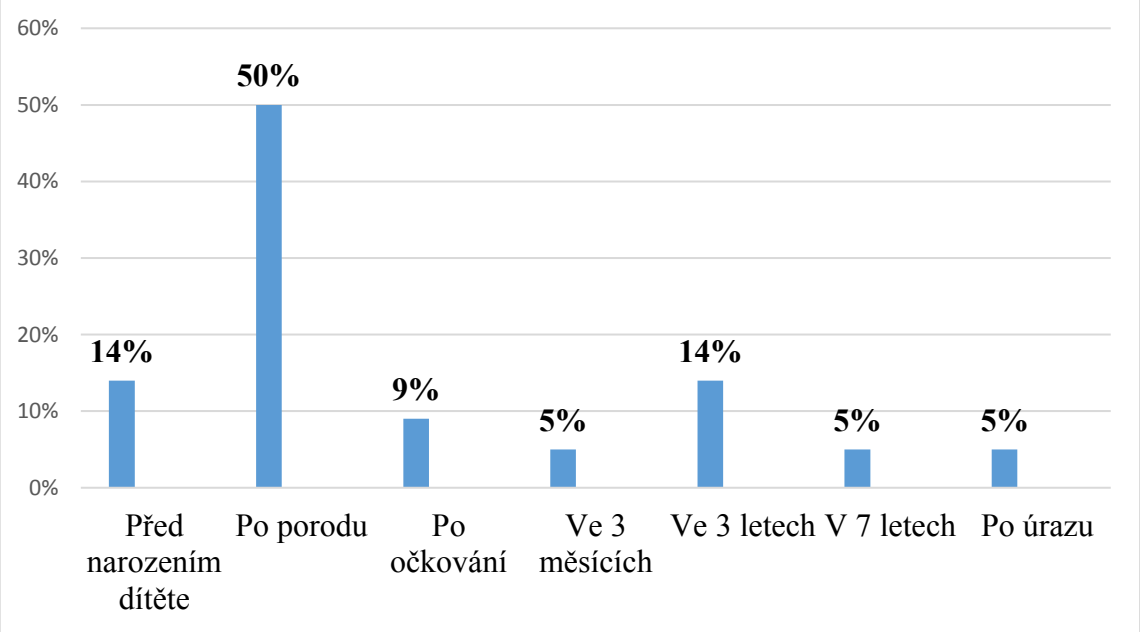
Tabulka 36: Zjištění, že dítě rodičů má zdravotní potíže

Kdy jste se dozvěděli?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Před narozením dítěte	**3**	**14 %**
Po porodu	**11**	**50 %**
Po očkování	**2**	**9 %**
Ve 3 měsících	**1**	**5 %**
Ve 3 letech	**3**	**14 %**
V 7 letech	**1**	**5 %**
Po úrazu	**1**	**5 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

V dotazníku mi 11 rodičů uvedlo, že se o zdravotním postižení dítěte dozvěděli po porodu (50 %). 3 (14 %) respondenti zjistili zdravotní postižení dítěte před narozením dítěte a 1 (5 %) ve 3 měsících. 2 (9 %) dotazovaní rodiče uvedli zdravotní postižení po očkování. 4 respondenti odpověděli, že první příznaky zdravotního postižení začali pozorovat ve věku od 3 do 7 let, kdy začal váznout psychomotorický vývoj dítěte. 1 (5 %) rodič uvedl zdravotní problém po úraze.

Graf 31: Zjištění, že dítě rodičů má zdravotní potíže



Zdroj: vlastní zpracování

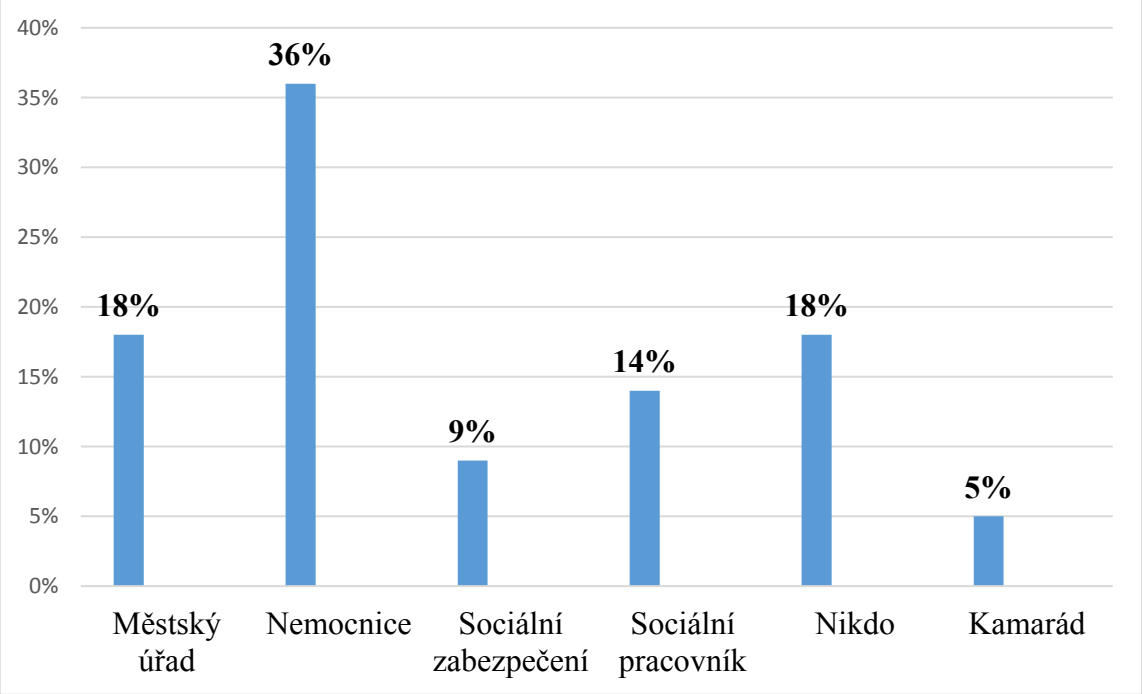
Tabulka 37: Nabídnutá pomoc

Kdo nabídl pomoc?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Městský úřad	**4**	**18 %**
Nemocnice	**8**	**36 %**
OSPOD	**2**	**9 %**
Sociální pracovník na ÚP	**3**	**14 %**
Nikdo	**4**	**18 %**
Přátelé	**1**	**5 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce číslo 37 jsou vypsané možnosti nabídnuté pomoci, které rodiče v dotazníku uvedli. Pomoc jim nejčastěji poskytla nemocnice, městský úřad, OSPODY, sociální pracovník na úřadu práce, kamarád. Také se stalo u 4 (18 %) respondentů, že pomoc nenabídl nikdo.

Graf 32: Nabídnutá pomoc



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 38: Získání informací o stacionáři

Kde jste získali informace o stacionáři?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Internet	**2**	**9 %**
Nemocnice	**8**	**36 %**
Tisk (Bystřičský zpravodaj)	**4**	**18 %**
Veřejnost	**3**	**14 %**
Vedoucí stacionáře	**2**	**9 %**
Sociální služby Bystřice	**2**	**9 %**
Kamarád	**1**	**5 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Nejvíce dotazovaných rodičů získalo informace o stacionáři z nemocnice 8 (36 %). 4 (18 %) dotazovaní rodiče uvedli z tisku - Bystřičský zpravodaj. Tři dotazovaní rodiče (14 %) se informace o stacionáři dozvěděli od veřejnosti, 4 respondenti (9 %) měli sdělení přímo od vedoucí Rosy a sociálních služeb města Bystřice nad Pernštejnem. Pouhé 2 (9 %) rodiče našli informace o stacionáři na internetu. Webové stránky stacionáře Rosa se nacházejí pod charitou Žďár nad Sázavou. Lidé na internetu najdou poslání, cíle služby, pro koho je služba určena, co služba nabízí a kontakty. Vlastní webové stránky Rosa nemá. 1 (5%) dotazovaný rodič měl poskytnuty informace o stacionáři od kamaráda.

Stacionář Rosa

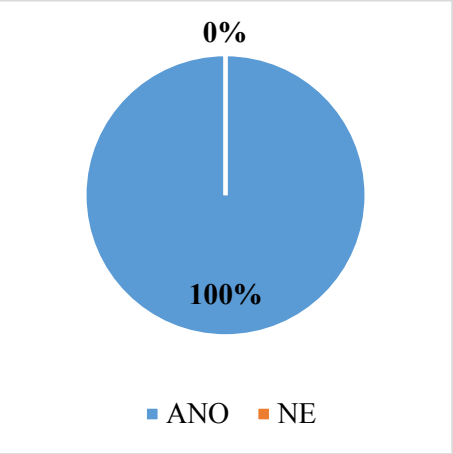
Tabulka 39: Spokojenost s provozní dobou

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

22 (100 %) respondentů uvedlo spokojenost s provozní dobou od 7 do 16 hodiny. Ve stacionáři funguje ranní i odpolední svoz. Svoz probíhá dle určitého harmonogramu. V případě změny ze strany uživatele jsou povinni zákonní zástupci telefonicky informovat personál. Stacionář má vlastní svozové devítimístné auto, vybavené i pro 2 uživatele na vozíčku. S tímto autem se uživatelé dopravují na kulturní a společenské akce. Stacionář může využívat i malé pětimístné auto. Cena za dovoz a odvoz je vypočítána dle sazebníku.

Graf 33: Spokojenost s provozní dobou



Zdroj: vlastní zpracování

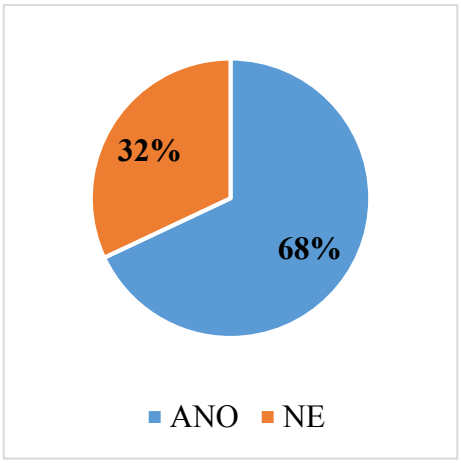
Tabulka 40: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**15**	**68 %**
NE	**7**	**32 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

15 (68 %) dotazovaných rodin je s umístěním stacionáře Rosa spokojeno, 7 (32 %) nespokojeno. Domnívám se, že důvodem nespokojenosti je frekventovaná silnice bez přechodu.

Graf 34: Spokojenost s umístěním stacionáře Rosa



Zdroj: vlastní zpracování

Prostředí stacionáře Rosa

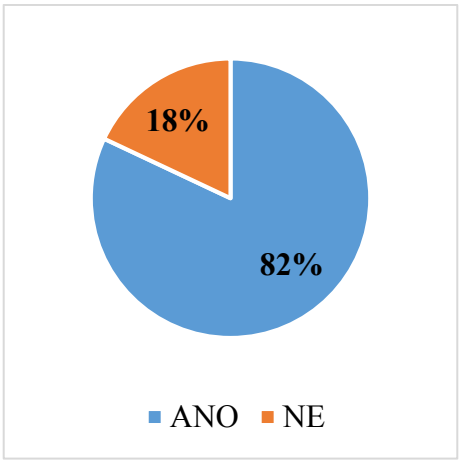
Tabulka 41: Spokojenost s prostředím ve stacionáři

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**18**	**82 %**
NE	**4**	**18 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

18 (82 %) rodičů je spokojeno s prostředím stacionáře Rosa, zázemím a prostorem v zahradě. 4 (18 %) rodiči jsou nespokojeni. Důvodem mohou být malé prostory.

Graf 35: Spokojenost s prostředím ve stacionáři



Zdroj: vlastní zpracování

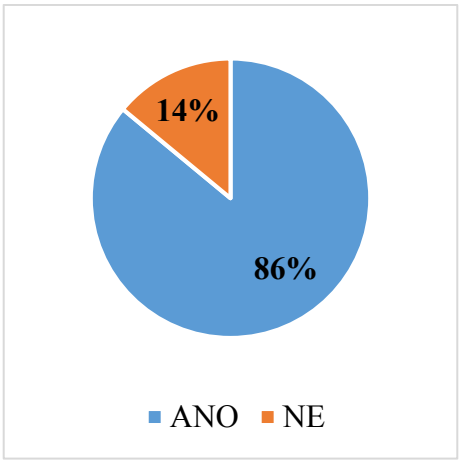
Tabulka 42: Spokojenost s bezbariérovostí

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**19**	**86 %**
NE	**3**	**14 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

19 (86 %) dotazovaných rodičů je spokojeno s bezbariérovostí. 3 (14 %) spokojeni nejsou. Domnívám se, že důvodem nespokojenosti je nedostatek prostoru pro samostatný pohyb uživatele na vozíku. Bezbariérovost se v tomto případě týká i venkovní plochy na zahradě.

Graf 36: Spokojenost s bezbariérovostí



Zdroj: vlastní zpracování

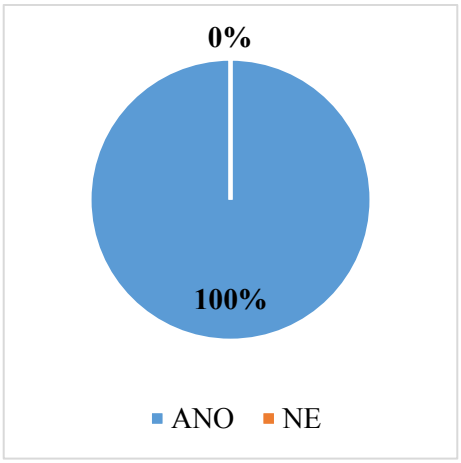
Tabulka 43: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

22 (100 %) dotazovaných rodičů je spokojeno s vybavením místností a nábytkem. Místnosti, které se ve stacionáři nacházejí, jsou tělocvična, snoezelen, 2 koupelny s toaletou, 1 pánská a 1 dámská toaleta, výtvarná a šicí dílna, kulinářská dílna, individuální a společenská místnost.

Graf 37: Spokojenost s vybavením místností a nábytkem



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 44: Spokojenost s vybavením aktivizačními prostředky

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Z 22 (100 %) dotazovaných rodičů je 100 % spokojeno s vybavením aktivizačními prostředky.

Součástí individuálního plánu jsou krátkodobé cíle zaměřené na dovednosti uživatele. Individuální plán se vypracuje společně s uživatelem, rodinným příslušníkem, sociálním pracovníkem a vedoucí stacionáře.

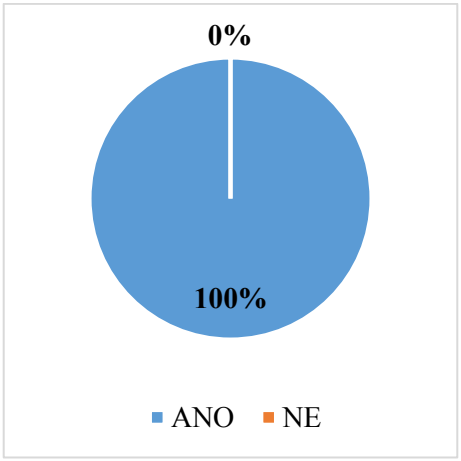
Uživatelé se podílejí na nákupech materiálu, kancelářských potřeb a zajišťování svačiny. Práce v dílně je pestrá vedená pracovníkem v sociálních službách. V keramické dílně mohou uživatelé používat techniku například kuličkovou, vyrábět z plátů, z válečků a odlévat do forem. Ve výtvarné dílně uživatelé mohou malovat barvami, vyšívat, tvořit výrobky z papíru, malbu na sklo, ubrouskovou techniku. V řemeslné dílně brousí smirkovým papírem, lakují, natírají a barví. Zruční uživatelé se učí i domácí práce, jde především o praní prádla, žehlení, pomocná síla v kuchyni a úklid.

Uživatelé mají rozděleny činnosti, které dělají. Po určité době se střídají, pokud danou činnost zvládají (jedná se například o umývání umyvadla, luxování, utírání

pracovních ploch v dílnách, výpomoc při chystání svačinky, pečení). Uživatelé jsou vedeni k samostatnosti.

Vše záleží na cílech uživatele, co by se rád naučil, co rád dělá a co se svým zdravotním postižením zvládne.

Graf 38: Spokojenost s vybavením aktivizačních prostředků



Zdroj: vlastní zpracování

Služby poskytované ve stacionáři

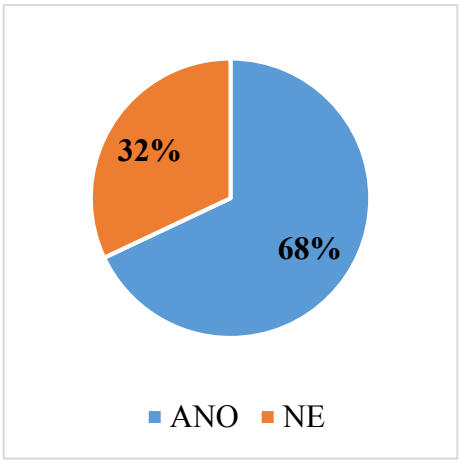
Tabulka 45: Spokojenost s šíří aktivizačních činností

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**15**	**68 %**
NE	**7**	**32 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

15 (68 %) je spokojeno s šíří aktivizačních činností. 7 (32 %) respondentů je tedy nespokojeno s nabídkou aktivizace a nadále by rodiče uvítali hippoterapii, masáž, arteterapii, delší pobytové výlety a více cvičení. Domnívám se, že pro personál budou přínosem výsledky dotazníku zaměřeného na rozšíření aktivizačních činností. Dále dokládám tabulku č. 46 v které je přehled činnosti, které by rodiče uvítali.

Graf 39: Spokojenost s šíří aktivizačních činností



Zdroj: vlastní zpracování

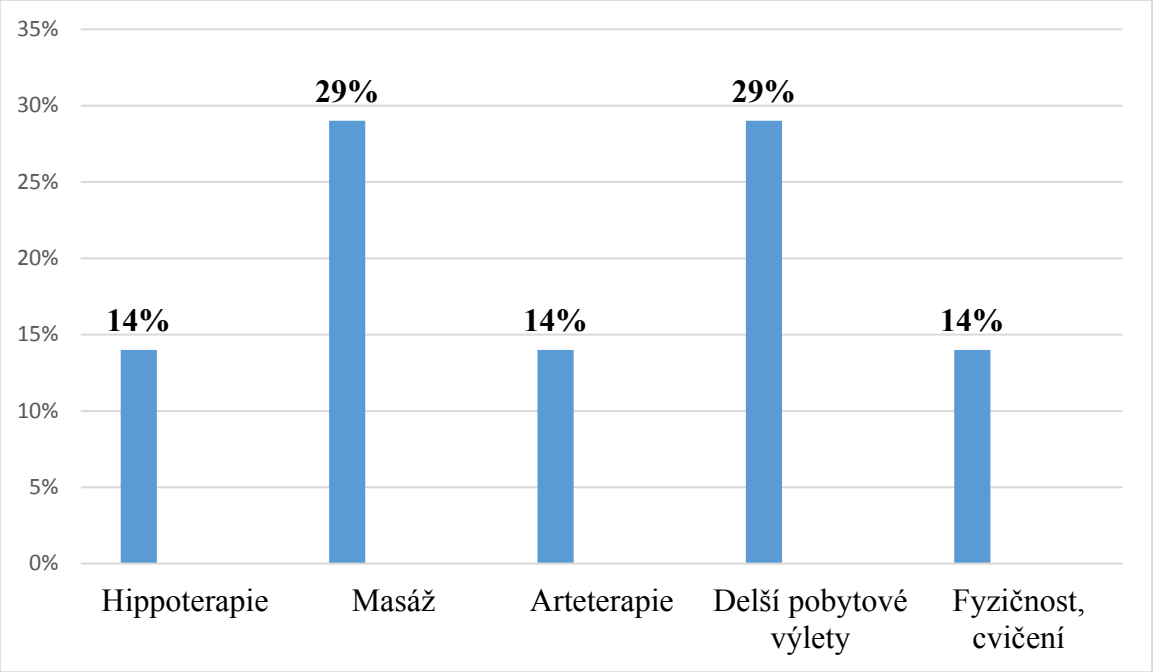
V otázce č. 7 byla podotázka, jaké aktivizace by rodiče uvítali ve stacionáři.

Tabulka 46: Zájem o další aktivizace

Zájem o další aktivizace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Hippoterapie	**1**	**14 %**
Masáž	**2**	**29 %**
Arteterapie	**1**	**14 %**
Delší pobytové výlety	**2**	**29 %**
Fyzické cvičení	**1**	**14 %**
Celkem	**7**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 40: Zájem o další aktivizace



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 47: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností

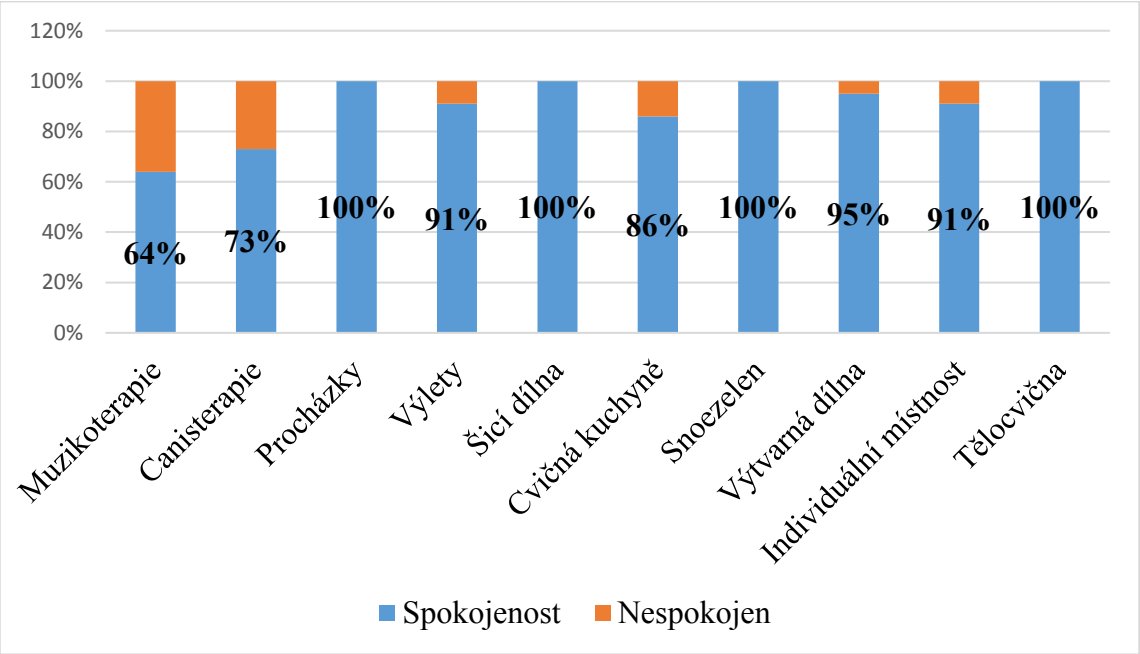
Aktivizační činnosti	Spokojen	Nespokojen
Muzikoterapie	**64 %**	**36 %**
Canisterapie	**73 %**	**27 %**
Procházky	**100 %**	**0 %**
Výlety	**91 %**	**9 %**
Šicí dílna	**100 %**	**0 %**
Kulinářská dílna – cvičná kuchyně	**86 %**	**14 %**
Snoezelen	**100 %**	**0 %**
Výtvarná dílna	**95 %**	**5 %**
Individuální místnost	**91 %**	**9 %**
Tělocvična	**100 %**	**0 %**

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č. 47 jsou rozpracovány jednotlivé aktivizační činnosti pro rodiče. Rodiče odpovídali na základě rozhovoru s dětmi, které stacionář navštěvují. Děti

jim popisují, jak prožily den, jakých aktivit se zúčastňovaly a zda se jim aktivita líbila. Proto se domnívám, že rodiče odpovídali na základě těchto získaných informací.

Graf 41: Spokojenost s nabídkou aktivizačních činností



Zdroj: vlastní zpracování

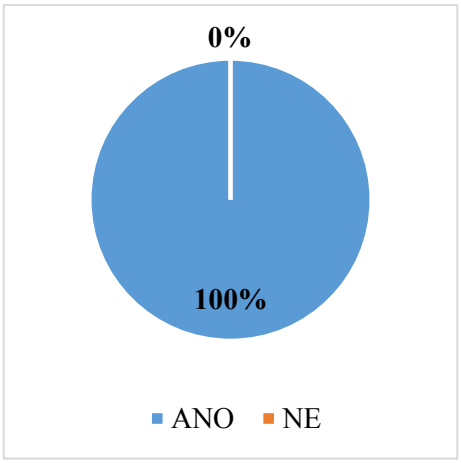
Tabulka 48: Spokojenost s informovaností o aktivizačních činnostech

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

22 (100 %) dotazovaných rodičů je spokojeno s informovaností o aktivizačních činnostech. Rodiče vždy dostávají informace, co je v daném měsíci naplánováno. Na většinu akcí, výletů rodiče dostávají stručné informace a stvrzují svým podpisem, zda souhlasí nebo nesouhlasí s účasti jejich dítěte.

Graf 42: Spokojenost s informovaností o aktivizačních činnostech



Zdroj: vlastní zpracování

Personální zajištění

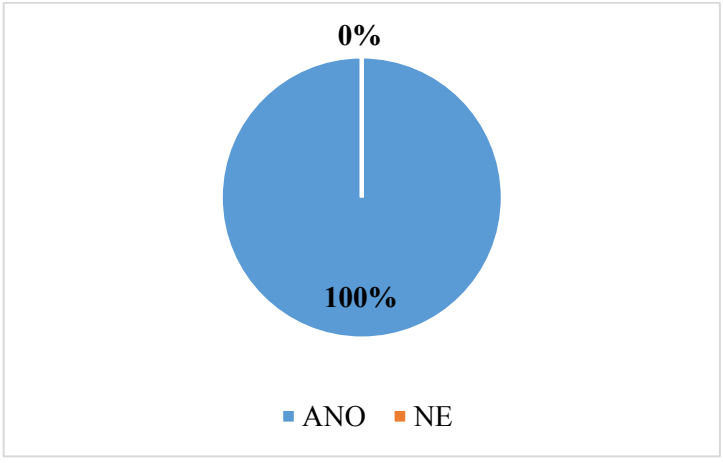
Tabulka 49: Spokojenost s včasnou informovaností a srozumitelností

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 48 vyplývá, že rodiče jsou spokojeni a mají dostatek srozumitelných informací. 22 respondentů odpovědělo kladně.

Graf 43: Spokojenost s včasnou informovaností a srozumitelností



Zdroj: vlastní zpracování

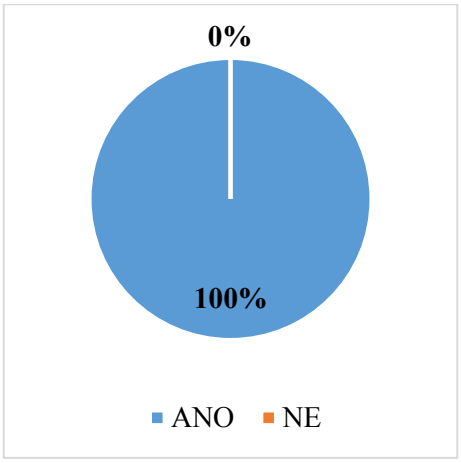
Tabulka 50: Spokojenost s přístupem pracovníků k uživateli

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ANO	**22**	**100 %**
NE	**0**	**0 %**
Celkem	**22**	**100 %**

Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 49 vyplývá od 22 (100 %) dotazovaných rodičů spokojenost s přístupem pracovníků k uživatelům. Domnívám se, že rodiče přístup ke svým dětem hodnotí jako pozitivní.

Graf 44: Spokojenost s přístupem pracovníků k uživateli



Zdroj: vlastní zpracování

14. Shrnutí výsledků a jejich interpretace

Dotazovaní zaměstnanci se shodli a pozitivně hodnotili personál – jejich pracovní vztahy, komunikaci, včasné předávání informací. Uživatelé se shodli a kladně hodnotili svá práva na rozhodování o běžných každodenních činnostech a respektování intimity. Všechny 3 skupiny respondentů – rodiče, uživatelé i personál pozitivně hodnotili pracovní dobu ve stacionáři. Rodiče společně s uživateli kladně hodnotili vybavení stacionáře nábytkem a pomůckami pro aktivizační činnosti.

Všechny 3 skupiny společně negativně hodnotily umístění stacionáře a bezbariérovost. Personál ne zcela pozitivně hodnotil vedení supervize, měl výhrady.

U uživatelů byla větší převaha v zájmu o další aktivizace než u rodičů. Uživatelé si více přejí nové aktivizace, například muzikoterapii, canisterapii, hippoterapii. Tyto 2 skupiny se neshodly s hodnocením spokojenosti v rámci nabídky aktivizačních činností.

Zjišťovala jsem předně spokojenost s kvalitou poskytovaných služeb ve stacionáři. Dále jsem chtěla zjistit, jak jsou zaměstnanci spokojeni s motivací, komunikací, pracovními podmínkami a, jak je rodina spokojena s nabídkou aktivizačních činností.

V této části práce se soustředím na zodpovězení hlavní průzkumné otázky (HPO) a dílčích průzkumných otázek (DPO) na základě analýzy výpovědí respondentů.

Hlavní průzkumná otázka zněla (dále jen HPO)

Jak je hodnocena kvalita poskytovaných služeb ve stacionáři?

Dílčí průzkumné otázky zněly: (dále jen DPO)

- Dílčí průzkumná otázka č. 1: Jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb uživatelé?
- Dílčí průzkumná otázka č. 2: Jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb personál?
- Dílčí průzkumná otázka č. 3: Jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb rodiče uživatelů stacionáře Rosa?

DPO1: Touto dílčí průzkumnou otázkou jsem se snažila zjistit, jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb uživatelé stacionáře. Podle analýzy výsledků většina oslovených hodnotí kvalitu prostředí, stacionář, personál i aktivity kladně.

Z výpovědí dotazovaných uživatelů vyplynulo, že všichni dotazovaní jsou spokojeni s vybavením aktivizačními prostředky. Uživatelé se zúčastňují aktivit často. Pravidelně se ve stacionáři pořádají skupinová sezení, porady s uživateli, čtení na pokračování, zpívání. Aktivizační činnosti jsou poskytovány individuálně či skupinově. V dotazníku v otázce č. 8 by 20 (91 %) dotazovaných respondentů uvítalo novou aktivizační činnost. Nejvíce uživatelů by si přálo muzikoterapii v častějších intervalech. Domnívám se, že proto bylo spokojeno pouhých 12 (55 %) uživatelů s muzikoterapií. Všech 22 (100 %) dotazovaných uživatelů je spokojeno s procházkami, výlety, šicí dílnou a snoozelenem. U 8 (36 %) respondentů se objevila nespokojenost s canisterapií. Mimo dotazník respondenti poukazovali na nepravidelnou činnost canisterapie.

Z výpovědí dotazovaných uživatelů vyplynulo, že všech 22 (100 %) dotazovaných je s provozní dobou stacionáře spokojeno. Zjistila jsem že, 7 dotazovaných z 22 respondentů je nespokojeno s umístěním stacionáře z důvodu frekventované silnice. Uživatelé stacionáře kladně hodnotí vybavení místností. Z 22 (100 %) dotazovaných prostředí tedy hodnotí kladně. Pro 6 dotazovaných je nevyhovující bezbariérovost. Mimo dotazník uvedli, že důvodem je malý prostor v některých místnostech a na chodbách. Uživatelé se tedy musí někdy přesunovat za pomoci personálu.

Otázky týkající se spokojenosti s personálem můžeme najít v dotazníku pod číslem 9 a 10. Uživatelé jsou spokojeni s personálem. 22 (100 %) respondentů - uživatelů odpovědělo kladně. Personál respektuje základní lidská práva uživatele, ochranu jeho svobody a soukromí. Uživatelé se mohou sami rozhodovat o běžných každodenních činnostech ve stacionáři. Je nutné dbát na individuální přístup k uživateli sociální služby.

Dotazník s uživateli jsem vyplňovala osobně. Díky tomu jsem získala informace i mimo dotazník.

Odpovědí na tuto dílčí otázku je, že uživatelé jsou spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb.

DPO2: Touto dílčí průzkumnou otázkou jsem se snažila zjistit, jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb personál. V dotazníku jsem se zaměřila na spokojenost

s motivací, komunikací a pracovními podmínkami. Podle získaných výsledků v dotazníku není personál spokojen s umístěním stacionáře. Domnívám se, že důvodem je chybějící přechod přes hlavní silnici. Stejně jako u uživatelů, tak i u personálu je nespokojenost s bezbariérovostí přítomna.

V otázkách č. 6, 7,8 a 9 se zabývám spokojeností komunikace na pracovišti. Z vyhodnoceného dotazníku tedy vyplývá, že zaměstnanci stacionáře Rosa jsou spokojeni s komunikací na pracovišti. U všech 4 položených otázek 11 dotazovaných bylo 100 % spokojeno s atmosférou, spoluprací, podporou a komunikací na pracovišti.

V otázkách týkající se motivace jsem zjišťovala, jak je personál spokojený s pochvalou, uznáním, prostorem vyjádřit vlastní názor a s úrovní supervize. 11 (100 %) zaměstnanců je spokojeno s motivací na pracovišti, 7 dotazovaných není úplně spokojeno s úrovní supervize.

Personál by měl být týmový, je to důležité pro spokojenost uživatelů stacionáře. Výsledky získané touto dílčí průzkumnou otázkou ukazují, že personál je s motivací, komunikací a pracovními podmínkami spokojen. Personál chápe poslání, cíle, zásady, kterým se řídí při poskytování sociální služby.

DPO3: Touto dílčí průzkumnou otázkou jsem zjišťovala, jak jsou rodiče spokojeni s kvalitou poskytovaných služeb ve stacionáři. Dále jsem zjišťovala, jak jsou rodiny spokojeny s nabídkou služeb v Rose. Rodiny byly o dotazníkovém šetření informovány prostřednictvím mnou rozdaných dotazníků. Některé dotazníky byly zaslány prostřednictvím uživatelů, kteří do stacionáře docházejí sami. Při zkoumání otázek mě velice překvapilo, že 4 (8 %) respondenti uvedli, že pomoc rodině nenabídl nikdo.

Rodina hodnotí personální zajištění kladně. Uvádím, že 22 (100 %) respondentů je spokojeno s včasnou informovaností i s přístupem pracovníků k uživateli.

S provozní dobou je rodina spokojena. Uvádím, že 7 (32 %) dotazovaných je nespokojeno s umístěním stacionáře Rosa.

S otázkami týkající se prostředí stacionáře jsou rodiče spokojeni. 3 (14 %) respondenti uvedli nespokojenost s bezbariérovostí.

Odpovědi na otázky týkající se poskytovaných služeb můžeme najít v dotazníku pod číslem 7,8 a 9. 7 (32 %) z 22 dotazovaných není spokojeno s šíří aktivizačních služeb. Rodiče měli tedy uvést, o jaké jiné aktivizace by měli zájem. Pro personál bude přínosné vědět, jaké aktivizace by si rodina ve stacionáři přála. S informovaností o aktivizačních činnostech je spokojeno 22 (100 %) rodin. Z porovnání odpovědí

s uživateli a rodiči k otázce č. 8 je vidět, že spokojenost s nabídkou aktivizačních činností se téměř neliší. Personál se snaží a podporuje, aby jejich syn / dcera docházeli do terapeutických a pracovních dílen pravidelně a zlepšovali si dovednosti.

Na závěr této kapitoly bych chtěla zodpovědět hlavní průzkumnou otázku (HPO), která zněla, jak je hodnocena kvalita poskytovaných služeb ve stacionáři. Po zpracování a vyhodnocení položených otázek vyplývá, že kvalita dostupnosti poskytovaných služeb ve stacionáři je hodnocena kladně. Doporučuji, aby stacionář nadále pokračoval v kvalitě nabízených služeb, preferoval spokojenost respondentů a vyjádření jejich názoru. Nadále poskytoval volnočasové aktivity dle potřeb uživatelů, pokračoval v kvalitní péči, spolupracoval s rodiči a personálem.

15. Diskuze

Domnívám se, že u některých kladně hodnocených otázek u kterých vyšla spokojenost 100 %, mohlo dojít ke zkreslení. Uživatelé, personál i rodiče nechtěli kritizovat. Měla jsem možnost tyto 3 skupiny respondentů pozorovat, jak mezi sebou vzájemně spolupracují.

Mé předpoklady, které jsem konfrontovala s teoretickou částí, se vyplnily. Z mé zkušenosti mám malé výhrady. Stacionář poskytuje efektivní a kvalitní službu, na základě mé praxe zde narážím na překážky – dle mé teorie by měla být zajištěna bezbariérovost a bezpečnost. V praktické části jsem zjistila, že bezbariérovost není v celém areálu stacionáře a bezpečnost respondentů je ohrožena přecházením hlavní silnice bez přechodu.

V teoretické části je kladen důraz na bio psychosociální a spirituální potřeby hendikepovaného jedince. Rodina a příbuzní by se měli snažit o sociální rehabilitaci jedince. Na základě mé praxe u některých uživatelů rodiče nedokáží správně plnit svoji výchovnou funkci a efektivně naplnit jeho volný čas. Chtějí, aby dítě zůstávalo pouze v domácím prostředí. Důvodem může být špatná finanční situace, zdravotní stav rodičů, sociální situace v rodině. Při své praxi jsem se setkala s tím, že některé hendikepované děti nemají v péči rodiče, ale prarodiče. Neočekávala jsem, že o postiženého se stará 65 letý rodinný příslušník, který situaci nezvládá. Je pro něho zatěžující fyzicky i psychicky. V tomto případě je rodinný příslušník rád, že může uživatele na několik hodin umístit do stacionáře. Mnoho rodičů či rodinných příslušníků řeší, co bude s jejich postiženým dítětem do budoucna. Zjištění plynoucí ze studia odborné literatury byly plně v souladu s výsledky mého průzkumu.

Z mé zkušenosti sociálního pracovníka v tomto stacionáři je třeba nahlížet na sociální situaci rodiny a uživatelů individuálně. Praxe mi potvrdila, a byla jsem mile překvapena, že tomu tak opravdu je. Nadále je potřeba podpora rodiny a ochota spolupráce. Jak plyne z mé zkušenosti sociálního pracovníka, byly výsledky evaluace stacionáře Rosa velmi pozitivní. Zaznamenány byly pouze drobné výhrady. Na základě mé praxe a výsledků průzkumu zde narážíme, že podle zjištěné teorie by měla být zajištěna bezpečnost a bezbariérovost. Dle mého průzkumu jsem zjistila, že bezbariérovost chybí.

Vzhledem k zjištěným drobným nedostatkům a výhradám bych navrhla pro zlepšení fungování stacionáře některá opatření.

V návrhu řešení jsem se zaměřila na hůře hodnocené výsledky spokojenosti, které se týkají umístění stacionáře Rosa, nabídky aktivizačních činností, prostoru zahrady, supervize a většího zviditelnění na internetu.

Uživatelé se do stacionáře dopravují sami, svozy, za pomocí rodičů nebo autobusů. Umístění stacionáře v Bystřici nad Pernštejnem se nachází u hlavní, frekventované silnice. Jak jsem již v kapitole č. 14 Vyhodnocení získaných dat uvedla, otázka týkající se umístění stacionáře nebyla u respondentů vyhovující. Všechny 3 skupiny respondentů hodnotili tuto otázku negativně. Při zpracování dotazníků jsem vyhodnotila umístění stacionáře blízko silnice bez přechodu, jako největší problém. Rozhovorem s vedoucí stacionáře jsem zjistila, že návrh na přechod pro chodce byl podán na městský úřad, ale následně byl zamítnutý. Navrhovala bych opětovné podání žádosti, aby se městské zastupitelstvo mohlo zabývat znovu tímto problémem.

Uživatelé stacionáře v letních dnech tráví svůj čas a odpolední aktivity v zahradě. Uživatelé na zahradě hrají kuželky, opékají párky, starají se o zahrádku s ovocem a zeleninou (například plení trávy, zalévání, sběr plodů). Zahrada by měla pomáhat hendikepovaným rozvíjet jejich motorické schopnosti, poskytovat vjemy a podněty. Zvýšená nespokojenost se projevila zázemím a prostorem v zahradě. V rámci mé praxe jsem od respondentů mimo dotazník zjistila, že v zahradě je malý prostor a špatný terén pro uživatele, kteří jezdí na mechanickém vozíku. Navrhuji konzultaci projektanta s vedoucí stacionáře. Renovace zahrady závisí na finančních možnostech stacionáře. Navrhuji zlepšení nerovného terénu pro osoby na vozíčku nebo, jedince, co jsou méně mobilní z důvodu zajištění bezpečnosti. Od vedoucí stacionáře vím, že v letošním roce 2019 se bude projekt a možné zafinancování do zahrady projednávat.

Z mého dotazníku určeného pro personál z otázky č. 12 jsem zanalyzovala nespokojenost s úrovní supervize. Z 11 zaměstnaných je 7 (64 %) nespokojeno se supervizorem. Supervize je v zajištění kvality sociálních služeb důležitá. Supervizor by měl být mediátorem při řešení konfliktů v organizaci. Supervize by nám měla ověřit správnost pracovních postupů, zabránit syndromu vyhoření. Navrhuji, aby vedoucí stacionáře projednala společně se supervizorem obsahy supervizí, její hranice a případnou změnu pracovních strategií.

Internetové stránky stacionáře Rosa jsou prezentovány na internetovém webu oblastní charity Žďár nad Sázavou. V otázce č. 4 jsem se dotazovala, kde rodiče získali informace o stacionáři, pouze 2 rodiče uvedli, že z internetu. Základní informace o stacionáři jsem se na internetových stránkách dozvěděla a použila do praktické části své diplomové práce. Chybělo mi však větší rozpracování jednotlivých informací o realizaci služeb, které ve stacionáři probíhají. Navrhuji, aby stacionář měl vlastní webové stránky, kde budou například vybrané fotografie, nabízené aktivity, podrobný popis realizace služeb, vstupní kritéria pro uživatele, nebo jiná forma prezentace například na facebooku nebo odkaz na stránkách Bystřice nad Pernštejnem.

Cílem všech aktivizačních činností ve stacionáři Rosa je podpora a rozvoj schopností a aktivní využití pracovního i volného času hendikepovaného jedince. Aktivity ve stacionáři probíhají skupinově nebo individuálně. Z dotazníku u rodičů vyplývá, že další zájem o aktivizace by byla hippoterapie, masáže, arteterapie, pobytové výlety a více cvičení. Uživatelé by si přáli masáže, muzikoterapii, více výletů, hippoterapii, canisterapii a arteterapii. Navrhuji rozšířit ve stacionáři určité aktivity. Uživatelé by si nejvíce přáli hippoterapii, muzikoterapii a systematičtější a častější canisterapii. Představoval bych si, aby každá tato aktivita měla svůj určený den a časovou dostupnost. Probíhala by pravidelně, aby si uživatelé mohli vybrat.

Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit, jak jsou spokojeni uživatelé, rodiče uživatelů a personál s kvalitou poskytovaných sociálních služeb ve stacionáři Rosa. Diplomová práce byla rozdělena na 2 hlavní části – teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsem se zabývala životem hendikepovaných osob. Popsala jsem počátky péče o postižené osoby. Rozdělila jsem klasifikaci zdravotního postižení. Uvedla jsem nejčastější zdravotní postižení, které se ve stacionáři Rosa vyskytují. Věnovala jsem se kvalitě života osob s hendikepem a jejich potřebám. Popsala jsem postoje společnosti k hendikepovaným. Zabývala jsem se přístupem postižených vůči zdravé populaci. Zmínila jsem se o integraci, inkluzi a o vztazích rodiny k postiženému dítěti. Charakterizovala jsem ucelenou rehabilitaci, která podporuje osoby s postižením. V osmé kapitole mé diplomové práce jsem se zaměřila na sociální dávky pro osoby s postižením, průkazy osob s postižením, příspěvek na péči, zákon o sociálních službách, standardy kvality. Poslední kapitolou bylo popsání stacionáře Rosa v Bystřici nad Pernštejnem. Popsala jsem zásady, cíle, poslání, služby poskytované ve stacionáři a personální zajištění.

Praktická část a jednotlivé kapitoly se věnovaly metodice výzkumu, popisu sběru dat, průzkumnému vzorku, metodologii sběru dat a evaluaci. Hlavní průzkumnou otázkou bylo zjistit, jak je hodnocena kvalita poskytovaných služeb ve stacionáři. Dílčí průzkumné otázky byly zaměřeny na hodnocení kvality poskytovaných služeb uživateli, personálem a rodiči. Dále jsem zjišťovala, jak je personál spokojen s motivací, komunikací a pracovními podmínkami na pracovišti, a jak je rodina spokojena s nabídkou služeb v denním stacionáři Rosa. Vytvořila jsem anonymní dotazníky – pro rodinu, personál a uživatele. Dotazník pro uživatele jsem doplnila obrázky, které jim měly pomoci porozumět a dokreslit tázanou otázku. Při vyplňování dotazníku jsem brala na zřetel zdravotní a mentální stav uživatelů a pomohla jsem jim ho vyplnit. Výsledky byly zaznamenány do tabulek a grafů. Vyhodnotila jsem získané informace, zanalyzovala data a na základě pozitivního a negativního hodnocení navrhla řešení. Výsledky mé diplomové práce poslouží jako zpětná vazba pro vedoucí stacionáře Rosa.

Závěrem mé diplomové práce bych chtěla zmínit, že její psaní mi pomohlo se v současné uspěchané době zastavit a uvědomit si, jak těžký může být pro člověka

život, ve kterém je odkázán na pomoc druhých lidí. Setkávala jsem se s uživateli při vyplňování dotazníků, na vánoční besídce i při aktivizacích. Uvědomila jsem si, jak jsou tito lidé upřímní a zranitelní. Obdivovala jsem rodiče uživatelů, jak vše zvládají a přes nepřízeň osudu dokáží předat energii i zaměstnancům, kteří se o uživatele starají. Všimla jsem si, jak zaměstnanci stacionáře vnímají názory svých uživatelů i jejich rodičů a na jejich základě přehodnocují a zkvalitnitňují poskytované služby. Setkala jsem se s tím, jak zaměstnance zásadním způsobem ovlivňuje prožívání spokojenosti i nespokojenosti uživatelů. V posledních letech došlo ke zlepšení vztahů mezi zdravou populací a postiženými občany. Životem zdravotně postižených lidí se zabývá rozhlas, televize i tisk. Na kvalitu jejich života má velký vliv, jakým způsobem se k nim chová veřejnost.

Domnívám se, že má diplomová práce má především praktický význam. Slouží sociálnímu zařízení – stacionáři, jako evaluace jeho práce. Proto doufám, že v praxi bude možné využít některé mé navrhované změny, aby došlo k dalšímu zlepšení již tak kvalitně poskytovaných služeb tohoto stacionáře.

Seznam použité literatury

Odborná literatura

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024751474.

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Vydání druhé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0987-4.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.

HENDL, Jan. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, 583 s. ISBN 80-717-8820-1.

HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. ISBN 9788026211921.

HOLMEROVÁ, Iva. *Průvodce vyšším věkem: manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta, 2014. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-3119-6.

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením: problematika pěti typů zdravotních postižení*. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785881.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JESENSKÝ, Ján. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 8071848239.1995. ISBN 8070669411.

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině: základní projevy ADHD, zásady výchovného vedení, působení relaxačních technik, dospívání hyperaktivních dětí*. Praha: Grada, 2010. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024726977.

KRAUS, Jaroslav a Oldřich ŠANDERA. *Tělesně postižené dítě: psychologie, léčba a výchova*. 2., přeprac. vyd. Praha: SPN, 1975. Knižnice speciální pedagogiky.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: ANAG, 2003. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 8072631683.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673109.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678593.

MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9

NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia, 1995. ISBN 8020005250.

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. Praha: Galén, c2002. ISBN 80-246-0502-3.

NOVOSAD, Libor. *Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením: kapitoly ze sociologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 8070832681.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 9788073675097.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 9788073678739.

NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 8073671743

O'DELL, Nancy E. a Patricia A. COOK. *Neposedné dítě: jak pomoci hyperaktivním dětem*. Praha: Grada, 2000. Psychologie pro každého. ISBN 8071698997.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 9788021045750.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 8086633403

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie: příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8071789232.

SCHOPLER, Eric, Robert Jay REICHLER a Margaret LANSING. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. Praha: Portál, 1998. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071781991.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 9788024717333.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

Stacionář Rosa, základní informace o stacionáři Rosa a poskytovaných sociálních službách, 2014

Standardy kvality sociálních služeb stacionáře Rosa

SOLOVSKÁ, Vendula. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 9788026203698

TITZL, Boris. *Péče o tělesně postižené dítě: sborník k 70. výročí založení Jedličkova ústavu*. Praha: Ústav pro kulturně výchovnou činnost, 1985.

TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova, 2000. ISBN 80-86039-90-0.

TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.

VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 8021037547.

VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2., přeprac. vyd. V Praze: Karolinum, 2004. ISBN 8071849294.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674144.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 9788024738291.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-73150719.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce*. Vyd. 2. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-23-3.

VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 8024607085.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 8024702533.

ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení*. Praha: Portál, 1994. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 8071780383

Standardy kvality sociálních služeb Stacionáře Rosa, Bystřice nad Pernštejnem, 2014

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Elektronické zdroje

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. Copyright © 2006 [cit. 26.12.2018]. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online].
Copyright ©2006 [cit. 1.12.2018].
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.
In:*Zákony pro lidi* [online]. Copyright © 2006 [cit. 1.12.2018].
Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Příspěvek na péči [online]. [cit. 8.1.2019].
Dostupné z:https://portal.mpsv.cz/soc/ssl/příspěvek

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální služby [online]. [cit. 18.1.2019]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/18661

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Zdravotní postižení [online]. [cit. 20.2.2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/8

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Kvalita sociálních služeb – standardy, podpora [online]. [cit. 12.2.2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/5962

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR | pomáháme druhým* [online]. Copyright © 2007 [cit. 19.03.2019]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/dokumenty/Vybrane_statisticke_udaje_OZP_2007.pdf

Výběrové šetření zdravotně postižených VŠPO 07 [online]. [cit. 13.2.2019]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20536150/330908j3.pdf/ad1e416d-b46d-47c9-ad51-609579759834?version=1.0

Rosa - denní stacionář - Oblastní charita Žďár nad Sázavou. *Oblastní charita Žďár nad Sázavou - Oblastní charita Žďár nad Sázavou*[online]. Copyright © 2019 [cit. 19.03.2019]. Dostupné z: https://zdar.charita.cz/nase-sluzby-a-zarizeni/rosa-denni-stacionar/

Základy statistiky — Matematika.cz. Matematika pro střední a základní školy — Matematika.cz [online]. Copyright © 2006 [cit. 19.03.2019]. Dostupné z: https://matematika.cz/zaklady-statistiky

Zavádění standard kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele [online]. Copyright © 2019 [cit. 12.3.2019]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf

Abstrakt

Denní stacionář Rosa poskytuje službu pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením. Stacionář podporuje rozvoj samostatnosti a sociální začlenění postiženého do společnosti. Cílovou skupinou jsou osoby od 6 do 60 let, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci (například postižený není schopen péče o vlastní osobu – denní hygiena, strava, oblékání). Cílem této služby je začlenění jedince do společnosti, umožnit kontakt s lidmi, rozvíjet komunikaci a aktivně trávit volný čas.

Hlavním cílem mé diplomové práce bylo zjistit, jak je hodnocena kvalita poskytovaných služeb ve stacionáři. Dílčí průzkumné otázky zjišťovaly, jak hodnotí kvalitu poskytovaných služeb personál, uživatelé i rodiče.

Průzkumný soubor tvořili uživatelé, rodiče a personál. Vytvořila jsem anonymní dotazník pro každou skupinu respondentů. Otázky v dotazníku byly velmi podobné. Dotazník jsem si rozdělila na 4 okruhy – hodnocení stacionáře Rosa, prostředí stacionáře Rosa, služby poskytované ve stacionáři a personální zajištění. Průzkum byl zaměřen zejména na služby, se kterými byli respondenti méně spokojeni a na rizikové faktory, které by mohly k nespokojenosti přispět. Některým uživatelům s ohledem na jejich zdravotní stav jsem byla s vyplňováním dotazníku nápomocná.

Kvalita dostupnosti poskytovaných služeb ve stacionáři je hodnocena kladně s drobnými výhradami, které nejsou pro tuto chvíli odstranitelné.

Abstract

The Rosa Daily Stationary provides a service for people with mental or combined disabilities. The stationary supports the progress of the self-reliance and social inclusion of the disabled person in society. The target group is people aged 6 to 60 who are in an unfavorable social situation (for example the disabled person is not able to care for himself - daily hygiene, food, dressing). The goal of this service is to integrate the individual into society, enable people to interact, develop communication and to spend leisure time actively.

The major aim of my diploma thesis was to find out how the quality of the provided services in the stationary is evaluated. The partial research questions try to investigate how staff, users and parents assess the quality of the services provided.

The research team consisted of users, parents and staff. I created an anonymous questionnaire for each group of respondents. Questions in the questionnaire were very similar. I have divided the questionnaire into 4 rounds - evaluating of Rosa, Rosa's environment, stationary services and personnel ensuring The survey was mainly focused on services with which respondents were less satisfied and on risk factors that could contribute to dissatisfaction. To some users, with regard to their state of health, I help to filling out the questionnaire.

The quality of service provided at the stationary has a positive rating only with a small objections which can´t be aliminate in this moment.

Přílohy

Příloha 1: Souhlas stacionáře Rosa 109
Příloha 2: Dotazník pro uživatele 110
Příloha 3: Dotazník pro personál 114
Příloha 4: Dotazník pro rodiče 117
Příloha 5: Příspěvek na péči 120
Příloha 6: Škály stupňů sociální integrace dle WHO 121
Příloha 7: Zamyšlení nad jednou proměnou 122

Příloha 1: Souhlas stacionáře Rosa

Souhlas stacionáře Rosa

Souhlasím se shromažďováním, uchováním a zpracováním údajů stacionáře Rosa k účelu diplomové práce. Schvaluji používání názvu stacionáře ROSA.

Bc. Lucie Fialová

DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
OBLASTNÍ CHARITA
ŽĎÁR NAD SÁZAVOU ①
Rosa-denní stacionář
[illegible]

Bc. Petra Königová, Dis.
Vedoucí stacionáře Rosa

Příloha 2: Dotazník pro uživatele

Dotazník pro uživatele stacionáře Rosa

Dobrý den.
Jmenuji se Lucie Fialová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru sociální a charitativní práce na Univerzitě Karlově v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, jeho cílem je zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb ve stacionáři. Budu proto velice ráda, pokud přijmete tuto nabídku ke spolupráci a věnujete svůj čas na vyplnění tohoto dotazníku.
V případě, že si s dotazníkem či danou otázkou nevíte rady, požádejte o pomoc s jeho vyplněním.

U každé otázky označte jen jednu z nabízených možností odpovědí, pokud v instrukci není uvedeno jinak. Pokud na některou otázku nedokážete odpovědět, zaznamenejte tuto skutečnost u dané otázky. Pokud byste se při vyplňování zmýlili, chybnou odpověď přeškrtněte a opravte na správnou odpověď. U možnosti prázdného pole prosím napište vaši odpověď.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas k vyplnění mého dotazníku.
Lucie Fialová

Demografické otázky

1. Pohlaví

A	Muž
B	Žena

2. Jaký je Váš věk?

A	méně než 30
B	30-50 let
C	50 -60 let

3. Jak dlouho navštěvujete stacionář Rosa?

A	5 let
B	3 roky
C	méně než 3 roky

Stacionář Rosa

1. Jste spokojen/a s provozní dobou od 7 do 16 hodin, ve které je služba poskytována?

A	ANO ☺
B	NE ☹

2. Jste spokojen/a s umístěním stacionáře Rosa (dostupnost, dobrá lokalita)?

A	ANO ☺
B	NE ☹

Prostředí stacionáře Rosa

3. Jste spokojen/a s prostředím ve stacionáři, zázemím a prostorem v zahradě?

A	ANO ☺
B	NE ☹

4. Jste spokojen/a s bezbariérovostí?

A	ANO ☺
B	NE ☹

5. Jste spokojen/a s vybavením místností a nábytkem?

A	ANO ☺
B	NE ☹

6. Jste spokojen/a s vybavením aktivizačních prostředků (hry, pomůcky na cvičení…)?

A	ANO ☺
B	NE ☹

7. Jste spokojen/a se stravováním?

A	ANO ☺
B	NE ☹

Služby poskytované ve stacionáři

8. Jste spokojena s nabídkou aktivizačních činností?

Muzikoterapie	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Canisterapie	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Procházky	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Výlety	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Šicí dílna	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Kulinářská dílna – cvičná kuchyně	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Snoezelen	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Výtvarná dílna	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Individuální místnost	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Tělocvična	SPOKOJEN	NESPOKOJEN

Uvítal/a bych:

……

Personální zajištění

9. Myslíte, že personál vytváří dobrou náladu a vztahy ve stacionáři?

A	ANO ☺
B	NE ☹

10. Domníváte se, že personální zajištění je dostačující (13 pracovníků - 2x řidič, 3x sociální pracovník, 8x pracovník v sociálních službách)?

A	ANO ☺
B	NE ☹

Práva

11. Můžete se sám /sama rozhodovat o běžných každodenních činnostech?

A	ANO ☺
B	NE ☹

12. Je respektována Vaše intimita (při hygieně, použití wc)?

A	ANO ☺
B	NE ☹

Uvítal/a bych:

……

Příloha 3: Dotazník pro personál

Dotazník pro personál stacionáře Rosa

Dobrý den.
Jmenuji se Lucie Fialová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru sociální a charitativní práce na Univerzitě Karlově v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, jeho cílem je zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb ve stacionáři. Budu proto velice ráda, pokud přijmete tuto nabídku ke spolupráci a věnujete svůj čas na vyplnění tohoto dotazníku.
V případě, že si s dotazníkem či danou otázkou nevíte rady, požádejte o pomoc s jeho vyplněním.

U každé otázky označte jen jednu z nabízených možností odpovědí, pokud v instrukci není uvedeno jinak. Pokud na některou otázku nedokážete odpovědět, zaznamenejte tuto skutečnost u dané otázky. Pokud byste se při vyplňování zmýlili, chybnou odpověď přeškrtněte a opravte na správnou odpověď. U možnosti prázdného pole prosím napište vaši odpověď.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas k vyplnění mého dotazníku.
Lucie Fialová

Demografické otázky

1. Pohlaví

A	Muž
B	Žena

2. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

A	Základní
B	Výuční list
C	Středoškolské vzdělání s maturitou
D	Vyšší odborné
E	Vysokoškolské

3. Jaká je Vaše délka praxe?

A	1 rok
B	2 – 4 roky
C	5 a více let

Stacionář Rosa

1. Jste spokojen/a s provozní dobou od 7 do 16 hodin, ve které je služba poskytována?

A	ANO
B	NE

2. Jste spokojen/a s umístěním stacionáře Rosa (dostupnost, dobrá lokalita)?

A	ANO
B	NE

3. Máte dostatek informací o stacionáři (poslání, cíl, nabízené služby)

A	ANO
B	NE

Prostředí stacionáře Rosa

4. Jste spokojen/a s bezbariérovostí?

A	ANO
B	NE

5. Jste spokojen/a s vybavením aktivizačních prostředků (hry, pomůcky na cvičení…)?

A	ANO
B	NE

Hodnocení komunikace na pracovišti

6. Jste spokojen/a s atmosférou na pracovišti?

A	ANO
B	NE

7. Jste spokojen/a se spoluprací s ostatními pracovníky v týmu?

A	ANO
B	NE

8. Jste spokojen/a s podporou kolegů?

A	ANO
B	NE

9. Jste spokojen/a s interní komunikací?

A	ANO
B	NE

Motivace

10. Dostává se Vám pochvaly a uznání za Vaši odvedenou práci?

A	ANO
C	NE

11. Máte dostatek prostoru vyjádřit své názory na poskytování služby?

A	ANO
B	NE

12. Jste spokojena s úrovní supervize?

A	ANO
B	NE

Příloha 4: Dotazník pro rodiče

Dotazník pro rodiče stacionáře Rosa

Dobrý den.
Jmenuji se Lucie Fialová, jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia oboru sociální a charitativní práce na Univerzitě Karlově v Praze. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní, jeho cílem je zhodnotit kvalitu poskytovaných služeb ve stacionáři. Budu proto velice ráda, pokud přijmete tuto nabídku ke spolupráci a věnujete svůj čas na vyplnění tohoto dotazníku.
V případě, že si s dotazníkem či danou otázkou nevíte rady, požádejte o pomoc s jeho vyplněním.

U každé otázky označte jen jednu z nabízených možností odpovědí, pokud v instrukci není uvedeno jinak. Pokud na některou otázku nedokážete odpovědět, zaznamenejte tuto skutečnost u dané otázky. Pokud byste se při vyplňování zmýlili, chybnou odpověď přeškrtněte a opravte na správnou odpověď. U možnosti prázdného pole prosím napište vaši odpověď.

Předem děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas k vyplnění mého dotazníku.
Lucie Fialová

Demografické otázky

1. Jaký je Váš rodinný stav?

A	Vdaná/ Ženatý
B	Svobodná/ Svobodný
C	Rozvedená/ Rozvedený

2. Kdy jste se dozvěděl/a, že má dítě zdravotní potíže?

…….

3. Kdo Vám nabídl pomoc?

…….

4. Kde jste získali informace o stacionáři?

…….

Stacionář Rosa

1. Jste spokojen/a s provozní dobou od 7 do 16 hodin, ve které je služba poskytována?

A	ANO
B	NE

2. Jste spokojen/a s umístěním stacionáře Rosa (dostupnost, dobrá lokalita)?

A	ANO
B	NE

Prostředí stacionáře Rosa

3. Jste spokojen/a s prostředím ve stacionáři, zázemím a prostorem v zahradě?

A	ANO
B	NE

4. Jste spokojen/a s bezbariérovostí?

A	ANO
B	NE

5. Jste spokojen/a s vybavením místností a nábytkem?

A	ANO
B	NE

6. Jste spokojen/a s vybavením aktivizačních prostředků (hry, pomůcky na cvičení…)?

A	ANO
B	NE

Služby poskytované ve stacionáři

7. Jste spokojen/a s šíří aktivizačních činností?

A	ANO
B	NE

Na následující otázku odpovídají pouze ti, kteří v předešlé otázce odpověděli variantou „B‘‘

Uveďte, o jaké aktivizace byste měla zájem?

8. Jste spokojena s nabídkou aktivizačních činností?

Muzikoterapie	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Canisterapie	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Procházky	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Výlety	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Šicí dílna	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Kulinářská dílna – cvičná kuchyně	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Snoezelen	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Výtvarná dílna	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Individuální místnost	SPOKOJEN	NESPOKOJEN
Tělocvična	SPOKOJEN	NESPOKOJEN

9. Jste spokojen/a s informovaností o aktivizačních činnostech?

A	ANO
B	NE

Personální zajištění

10. Jste spokojen/a s včasnou informovaností a srozumitelností?

A	ANO
B	NE

11. Jste spokojen/a s přístupem pracovníků k uživateli?

A	ANO
B	NE

Příloha 5: Příspěvek na péči

	Osoby do 18 let věku		Osoby nad 18 let věku	
stupeň závislosti	**počet nezvládnutých životních potřeb**	**měsíční výše příspěvku od 1. 8. 2016**	**počet nezvládnutých životních potřeb**	**měsíční výše příspěvku od 1. 8. 2016**
I.	3 potřeby	3.300,- Kč	3 až 4 potřeby	880,- Kč
II.	4 až 5 potřeb	6.600,- Kč	5 až 6 potřeb	4.400,- Kč
III.	6 až 7 potřeb	9.900,- Kč	7 až 8 potřeb	8.800,- Kč
IV.	8 až 9 potřeb	13.200,- Kč	9 až 10 potřeb	13.200,- Kč

(Zákon č. 108/2006 Sb., §8, odst. 11, www.zakonyprolidi.cz)

Příloha 6: Škály stupňů sociální integrace dle WHO

Tab. 5 *Škály stupňů sociální integrace podle WHO (Jesenský, 1995)*

Stupeň integrace	Reálný obraz
1. Sociálně integrovaný	Postižení neomezuje plnou účast při všech společenských činnostech.
2. Účast inhibovaná	Postižení vyvolává určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení.
3. Omezená účast	Osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností, jejich postižení negativně ovlivňuje manželství, sexuální život apod.
4. Zmenšená účast	V důsledku postižení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy – rodina, domov, pracoviště apod.
5. Ochuzené vztahy	Jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení.
6. Redukované vztahy	Jedinci jsou schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci.
7. Narušené vztahy	Jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny.
8. Společenská izolovanost	Jde o specifické případy segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost.

(Jesenský J. in Slowík J., 2016, s. 33)

Příloha 7: Zamyšlení nad jednou proměnou

Zamyšlení nad jednou proměnou

Jana Sobotková

Když se narodí dítě s nějakým postižením, budete se mnou jistě souhlasit, že je to pro rodiče velká zátěž. Ono i příchod naprosto zdravého potomka je pro mnohé náročný – všechna ta výbavička, kočárky, dudlíky, kašičky, noční vstávání, rýmečky, kašlíčky… A když přijde miminko s postižením, ať už vrozeným nebo získaným při porodu, je to ještě všechno mnohem složitější. Rodiče nebo v tom horším případě jenom maminka najednou zjišťují, co všechno je třeba udělat, aby tomu svému dítku ten ztížený start do života nějak ulehčili. Pomohli napravit to, co normální zdravé dítě dělá tak nějak automaticky.

Raná péče, rehabilitace a lázně

Musím konstatovat, že tady už došlo k velkému zlepšení nabízené péče. Existuje raná péče (do sedmi let), fyzioterapie hrazená pojišťovnou, od roku dítěte lázně i s doprovodem. Pomohou vám různé neziskové organizace, které poskytují ucelenou rehabilitační péči v rámci čtrnáctidenních pobytů dítěte s rodičem (Arpida České Budějovice, dětské centrum Znojmo), dětské léčebny pohybových poruch v Boskovicích nebo Košumberku či různé neurorehabilitační kliniky, které využívají k rehabilitačním účelům kosmický oblek – TheraSuit. Nejznámější jsou Axon Praha, Sarema Brno a Liberec. Rodiče mají k dispozici přístup k sociálnímu poradenství, společnost jako taková je postiženým dětem nakloněna – dostanou od státu snadněji příspěvek na pořízení zvláštní pomůcky (např. auto či MOTOmed).

Také pojišťovny dětem více přispívají na různé pomůcky, třeba na kočárky, vozíky nebo až třikrát ročně na rehabilitační obuv. A i různé nadace velmi ochotně přispívají na různé kompenzační pomůcky, rehabilitační pobyty, pořízení motorového vozidla atd. Každé dítě s postižením má povinnou desetiletou školní docházku, takže se může socializovat a scházet se se svými vrstevníky.

I když máte doma postižené dítě, můžete žít relativně pestrý život naplněný docházkou do školy, návštěvou rehabilitačních a lázeňských zařízení, ve kterých se vaše dítě alespoň malinko zlepší a uvolní psychicky. Vy se dozvíte něco nového, co by se ještě dalo s vaším dítětem podnikat, aby se jeho zdravotní stav zlepšil nebo alespoň udržel. Je to pro vás fyzicky i psychicky vyčerpávající kolotoč, který ale pro své dítě rádi podstoupíte s vidinou zlepšení jeho vývoje.

Den D

Ale pak přijde den, kdy vaše dítě dovrší osmnáct let. Máte doma úplně stejné dítě, se stejnou diagnózou, se stejnými potřebami a rehabilitačními návyky a se stejnou náročností péče. Ale společnost na něj najednou nahlíží jako na dospělého a všechno se rázem změní. Do lázní se jen tak nedostanete, a pokud ano, tak jednou za dva roky. A to budete mít velké problémy s doprovodem, protože pojišťovny vám ho jen tak neschválí, i když má vaše dítě má průkaz ZTP//P, tudíž má na průvodce nárok. Pojedete tedy do odborného léčebného ústavu, ale tam již budete mít zdravotnický režim a méně procedur. Pokud má vaše dítě kromě fyzického postižení i mentální diagnózu, nedostanete se na rehabilitační prakticky vůbec. Přinejmenším je to velmi složité.

Celkově je velmi málo rehabilitačních zařízení, které dospělým lidem s postižením rehabilitační péči nabízejí. Pořídit si cvičební pomůcky domů je finančně a z hlediska prostorových dispozic tak náročné, že si to jen málokterá rodina může dovolit. Příspěvky z nadací nejsou bezbřehé, pro dospělé lidi s postižením jsou méně dostupné než v případě dětí.

A co zdravotní pojišťovny? Vaše před pár dny ještě dítě najednou spadá do kategorie dospělých, tím pádem má nárok na boty jednou za dva roky, vozík jednou za 7 let atd.

Fyzioterapie je důležitá i u dospělých

Vaše dospělé dítě tedy může navštěvovat stacionář, který mu utužuje sociální vazby, což je důležité. Ale po stránce fyzioterapie jsou tato zařízení jen velmi málo vybavena. A to spousta klientů chodí jen díky tomu, že se s nimi od malička cvičí. Bez této pravidelné aktivity se jejich zdravotní stav rapidně zhoršuje. Pro některé z nich to může mít až fatální důsledky.

Z tohoto pohledu postrádá smysl celé to období snahy rodičů, trpělivosti dětí i finančních investic ze strany státu. K čemu to nakonec je, když energie, kterou od narození do dospělosti vložili do péče o dítě s postižením, přijde prakticky vniveč? Jsem přesvědčená, že fyzioterapie dospělých lidí s postižením je stejně důležitá jako v dětském věku.

Společnost je v podstatě ochotna pomáhat, proto je důležité o těchto potřebách mluvit. Věřím, že je velká šance se v této oblasti posunout správným směrem. Za těch devatenáct let, kdy se pohybuju v sociálních službách, opravdu vidím, že se systém pomoci lidem s postižením vyvíjí. Proto věřím, že se stát vydá správným směrem i v oblasti přístupu k fyzioterapii pro dospělé s postižením.

Ilustr. foto: https://www.kiplinger.com

Denní stacionář Rosa podporuje/ poskytuje pomoc uživatelům při řešení jejich nepříznivé sociální situace tak, aby řešení vedlo k sociálnímu začlenění a ochraně před sociálním vyloučením.

Poslání

Denní stacionář Rosa poskytuje služby lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Posláním denního stacionáře je podpora a rozvoj osob s mentálním a kombinovaným postižením, vedoucí k co největší možné míře samostatnosti, začlenění se do běžné společnosti a spokojenosti uživatelů.

Pro koho tu jsme?

Cílovou skupinu tvoří osoby s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 6 do 60 let.
Služba je poskytována lidem, kteří se v důsledku svého postižení ocitají v nepříznivé sociální situaci. Nepříznivou sociální situací je chápáno snížení nebo ztráta schopnosti žít běžným způsobem života, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Péčí o vlastní osobu se rozumí především takové denní úkony, které se týkají zajištění či přijímání stravy, osobní hygieny, oblékání a pohybu.

Soběstačností se rozumí úkony, které umožňují účastnit se sociálního života, tj. např. schopnost komunikovat, nakládat s penězi či předměty pro vlastí potřebu, obstarat si osobní záležitosti, žít společenský život, zvládat péči o domácnost - uvařit si, vyprat a uklidit, získávat pracovní uplatnění, aktivně trávit volný čas, dbát na svoji bezpečnost, hájit svá práva a zájmy.

Co je cílem naší služby?

- Zabezpečení základních životních potřeb
- Získání sebeobslužných návyků
- Setkávání se s lidmi
- Rozvoj komunikace
- Aktivní trávení volného času

Co vám nabízíme?

- Poskytujeme pomoc při podávání jídla, pití, osobní hygieně, oblékání, pohybu a při používání speciálních pomůcek.
- Zajišťujeme svačinu, oběd a pitný režim.
- Podporujeme získávání komunikačních a sociálních dovedností.
- Podporujeme upevňování pohybových dovedností.
- Podporujeme získávání pracovních dovedností a návyků (činnosti v dílnách, nácvik domácích prací).
- Učíme naše uživatele využívat běžné služby v okolí (obchody, pošta).
- Navštěvujeme společenské akce, účastníme se sportovních aktivit, pořádáme výlety.
- Poskytujeme informace o dalších službách a jiných formách pomoci (sociální dávky, pomůcky, vzdělávání, zaměstnávání).
- Podáváme informace o právech osob s postižením a pomáháme při jejich uplatňování.

FAKULTATIVNÍ SLUŽBA

- Doprava uživatelů do stacionáře a na akce mimo stacionář

Jaká je cena služby?

Dle aktuálního ceníku, který je uvedený na www.zdar.charita.cz v sekci Rosa – denní stacionář.

Jaké jsou zásady naší služby?

- **R**espekt
- **O**dpovědnost
- **S**amostatnost
- **A**ktivita

Kdy vám službu poskytneme?

Pondělí – pátek 7.00-16.00 hod.

KONTAKTY

Kde nás najdete?

Pod Horou 191, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem
TELEFON 566 521 178
MOBIL 733 592 268
E-MAIL stacionar.bystrice@zdar.charita.cz

DĚKUJEME všem institucím za poskytnutou finanční podporu. Rovněž děkujeme všem fyzickým i právnickým osobám za jejich dary. Aktuální seznam našich donátorů naleznete na webových stránkách.

www.zdar.charita.cz

DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
OBLASTNÍ CHARITA
ŽĎÁR NAD SÁZAVOU

Horní 22, 591 01 Žďár nad Sázavou
tel.: 566 626 040
mob.: 739 344 056
e-mail: ochzr@zdar.charita.cz
web: www.zdar.charita.cz
@ochzr
IČ: 44 99 02 60
bankovní spojení:
ČSOB a. s. – č. ú. 110889787/0300

Zařízení Oblastní charity Žďár n. Sáz.

CHARITNÍ OŠETŘOVATELSKÁ SLUŽBA
Studentská 4, 591 01 Žďár nad Sázavou
mob.: 777 755 435, e-mail: chos@zdar.charita.cz

DOMÁCÍ HOSPICOVÁ PÉČE
Horní 22, 591 01 Žďár nad Sázavou
mob.: 739 389 244, e-mail: dhp@zdar.charita.cz

CHARITNÍ PEČOVATELSKÁ SLUŽBA
Hornická 643, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem
mob.: 777 155 374, e-mail: chps.bystrice@zdar.charita.cz

VČELA – VOLNOČASOVÝ KLUB PRO SENIORY A OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
Hornická 643, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem
mob.: 735 726 859, e-mail: vcela.bystrice@zdar.charita.cz

KLUB V 9 – CENTRUM SLUŽEB PRO PODPORU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ
Okružní 1, 591 01 Žďár nad Sázavou
mob.: 777 756 410, e-mail: klubv9@zdar.charita.cz

NESA – DENNÍ STACIONÁŘ
Čechova 1660/30, 594 01 Velké Meziříčí
mob.: 777 155 376, e-mail: stacionar.velmez@zdar.charita.cz

OSOBNÍ ASISTENCE
Čechova 1660/30, 594 01 Velké Meziříčí
mob.: 733 755 870, e-mail: oa.velmez@zdar.charita.cz

PONORKA – NÍZKOPRAHOVÉ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ
Nádražní 44, 591 01 Žďár nad Sázavou
mob.: 777 755 436, e-mail: ponorka@zdar.charita.cz

NADOSAH – NÍZKOPRAHOVÉ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ
Masarykovo nám. 299, 593 01 Bystřice nad Pernštejnem
mob.: 777 755 437, e-mail: nadosah.bystrice@zdar.charita.cz

WELLMEZ – NÍZKOPRAHOVÉ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ
Hornoměstská ul., 594 01 Velké Meziříčí
mob.: 731 626 116, e-mail: wellmez.velmez@zdar.charita.cz

CENTRUM PREVENCE OBLASTNÍ CHARITY ŽĎÁR NAD SÁZAVOU
Horní 22, 591 01 Žďár nad Sázavou
mob.: 777 755 658, e-mail: prevence@zdar.charita.cz

KOPRETINA – CENTRUM PRO RODIČE S DĚTMI
592 33 Radešínská Svratka 11
mob.: 732 126 905, e-mail: kopretina.radsvratka@zdar.charita.cz

SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO RODINY S DĚTMI
Horní 22, 59101 Žďár nad Sázavou
mob.: 733 741 566, e-mail: sas@zdar.charita.cz

KAMBALA – DOBROVOLNICKÉ CENTRUM
Horní 22, 591 01 Žďár nad Sázavou
mob.: 777 755 444, e-mail: dc@zdar.charita.cz

„Nejvřelejší poděkování za Boží dary spočívá v tom, že je předáváme dál." (Michael Faulhaber)

DIECÉZNÍ CHARITA BRNO
OBLASTNÍ CHARITA
ŽĎÁR NAD SÁZAVOU

ROSA
DENNÍ STACIONÁŘ

www.zdar.charita.cz