

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky



**Stárnoucí osoby s mentálním postižením žijící mimo rodinu
kvalita jejich života a poskytovatelé sociálních služeb**

vedoucí diplomové práce: PhDr. Iva Strnadová, Ph.D.

autor diplomové práce: Lukáš Stárek

bydliště: Sportovní 151, Ondřejov 251 65

ročník, obor studia: 5. ročník, Speciální pedagogika – učitelství

typ studia: prezenční studium

měsíc a rok dokončení DP: březen 2008

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením PhDr. Ivy Strnadové, PhD. V práci jsem použil informační zdroje uvedené v seznamu.

V Ondřejově

Dne 6.4.2018

Lukáš Stárek

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucí diplomové práce paní PhDr. Ivě Strnadové, PhD. za odborné vedení a za pomoc při řešení problémů. Děkuji také své rodině a přátelům za trpělivost a podporu v době psaní diplomové práce.

SOUHLAS

Souhlasím s poskytnutím této diplomové práce zájemcům pro studijní účely

Lukáš Stárek

Ondřejov, 2008

ANOTACE

Tato diplomová práce je věnována problematice stárnutí osob s mentálním postižením, zejména roli sociálních služeb v této sféře.

V kapitole 1 – 3 se autor zaměří na stárnutí společnosti obecně, dále na specifika stárnutí u osob s mentálním postižením související s kvalitou jejich života. Následně zde stručně popíše působení sociálních služeb v ČR.

V kapitole 4 – 8 vyhodnotí a shrne jím provedené dotazníkové šetření. Cílem tohoto výzkumu bude vyvolat diskusi na aktuální téma, získat názory poskytovatelů sociálních služeb na danou problematiku. Rovněž přinese cenné údaje o připravenosti sociálních zařízení na populační nárůst stárnoucích osob s mentálním postižením.

ANNOTATION

This thesis has been dedicated to the issues of aging of people with intellectual disabilities, in particular to the role of social services in this field.

In Chapters 1 to 3, the author's focus will be on the aging of the society in general, further on the specific items concerning aging of people with intellectual disabilities, which are related to the quality of their life. Furthermore, he will briefly describe the functioning of social services in the Czech Republic.

In Chapters 4 to 8, he will evaluate and summarize the survey carried out on the basis of a questionnaire. The goal of this survey is to evoke discussion concerning the researched issue, to gain the opinions of providers of social services on the given questions. It should also give data about the preparedness of social institutions for the population growth of aging people with intellectual disabilities.

ÚVOD	8
1. POPIS OBDOBÍ STÁŘÍ	9
1.1 Stárnutí společnosti	9
1.2 Dělení stáří	11
1.3 Životní fáze a vývojové úkoly	14
1.4 Autonomie ve stáří	15
2. STÁRNUTÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	18
2.1 Vymezení pojmu mentální retardace	18
2.2 Výskyt a příčiny mentálního postižení	19
2.3 Možná přidružená postižení v období stáří	21
2.3.1 Demence a její výskyt, příčiny, průběh a typy	21
2.3.2 Demence a Alzheimerova choroba	25
2.3.3 Diagnostika demence u stárnoucích osob	28
3. KVALITA ŽIVOTA STÁRNOUCÍCH OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	30
3.1 Pojem kvalita života	30
3.2 Změny spojené se stárnutím osob s mentálním postižením	33
3.2.1 Nadváha	34
3.2.2 Mobilita	35
3.2.3 Osobní hygiena	36
3.2.4 Smyslové orgány	37
4. POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	40
4.1 Umístění v zařízení s pobytem	40

4.2 Podpora života v domácích podmínkách	41
4.3 Legislativa a sociální služby	42
4.4 Kvalita sociálních služeb	44
5. <i>DOTAZNÍKOVÝ PRŮZKUM</i>	48
5.1 Cíl dotazníkového průzkumu	48
5.2 Cílová skupina šetření	48
5.3 Metoda dotazníkového šetření	49
5.4 Proces šetření	50
6. <i>PILOTNÍ OVĚŘENÍ DOTAZNÍKU</i>	51
6.1 Domov sociálních služeb Vlašská	52
6.2 POHODA – Chráněné komunitní bydlení	53
7. <i>ANALÝZA DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ</i>	55
8. <i>Závěr</i>	122
9. <i>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</i>	123
<i>PŘÍLOHA 1</i>	128
<i>PŘÍLOHA 2</i>	142
<i>PŘÍLOHA 3</i>	148

ÚVOD

Během mých odborných praxí v různých organizacích či zařízeních pro klienty s mentálním postižením jsem si na základě rozhovorů se spolupracovníky uvědomil, že přibývá klientů s mentálním postižením, kteří se dožívají stále vyššího věku. Zjistil jsem i z vlastní zkušenosti, že tito klienti potřebují mnohem větší míru pozornosti, intenzivnější a častější podporu. Je zřejmé, že s přibývajícím počtem těchto klientů bude souviset nutnost provedení celé řady systematických změn v přístupu poskytovatelů sociálních služeb.

Začal jsem více přemýšlet o kvalitě života stárnoucích klientů s mentálním postižením, o způsobech jejího udržování a s tím souvisejícím zlepšováním jejich životních podmínek. Zkoumal jsem v dostupné literatuře, periodikách a na internetu, abych se dozvěděl další informace o této problematice. V ní se nejedná o úkoly, jejichž řešení by bylo snadné a jednoznačné; proto jsem se rozhodl zmapovat situaci v oblasti péče o stárnoucí klienty v celé České republice na základě dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření je zaměřeno na informovanost o stárnoucích klientech, ale také by mělo nabídnout podněty poskytovatelů z oblasti péče o klienty.

Tato diplomová práce je věnována problematice stárnutí osob s mentálním postižením a z ní vyplývajícím důsledkům pro poskytovatele sociálních služeb. Téma stárnutí jedinců s mentálním postižením se díky prodlužování délky života obyvatelstva stává více aktuálním, tudíž by této oblasti měla být věnována větší pozornost. Pro dosažení co nejlepší kvality života seniorů s mentálním postižením je třeba, aby došlo k propojení oblastí péče a přistupovalo se ke stáří jako k důležité etapě lidského života.

1. Popis období stáří

„Stáří (lat. senium) – senium fyziologické přináší s sebou dosti často typické změny, které mohou být však považovány za patologické teprve tehdy, když se vyskytnou ve výraznější formě. Patří sem zesílený egocentrismus, lakota, hypochondrické stesky, nároky na zvýšenou pozornost. Takové osoby bývají emočně labilní, snadno se rozplácí nebo rozzlobí. Jsou také hovorné, dobře si pamatují události minulé, kdežto paměť pro věci nedávné nápadně slábné. Jsou nepružné, a proto nezvládají nové situace. Jestliže tyto jednotlivé změny zesílí a jsou kromě toho provázeny také podstatným snížením soudnosti, přechází senium v senilní demenci.“ (Edelsberger, L., 2000, s. 314/315)

Existuje celá řada definic, které popisují průběh a fenomén stárnutí či stáří. Je těžké poznat, kdy končí střední věk a začíná období stáří. Neexistuje tedy jednoznačná a všeobecná charakteristika děje stárnutí.

„Stárnutí – proces projevující se v průběhu času změnami. Obvykle jsou do něj zahrnovány pouze změny (chápané často jako negativní), ke kterým dochází po adolescenci. (V anglické terminologii se objevují speciální pojmy pro biologické stárnutí – senescing; psychologické stárnutí – geronting a sociální stárnutí – elderring).“ (Stuart-Hamilton, I., 1999)

1.1 Stárnutí společnosti

Stárnutí společnosti se v současnosti stává jedním z celosvětových problémů. Pomalu přibývá lidí, kteří se dožívají stále vyššího průměrného věku; jedná se o zřejmě nezvratný proces. Každý člověk stárne do určité míry svým tempem. Podle dlouhodobých prognóz Českého statistického úřadu (<http://www.czso.cz/>) o budoucím vývoji počtu a věkové struktury obyvatelstva bude podíl starších lidí v populaci stále narůstat. Je samozřejmé, že tato populační změna je něčím ovlivněna. Můžeme zde hovořit například o zvýšeném životním očekávání – jako důsledek zlepšení ekonomické výkonnosti společnosti, úrovně bydlení či celkové kvality života. Nebo také o urbanizaci a zvýšení hustoty obyvatelstva či o zcela zásadních celosvětových sociálních změnách, které narušují tradiční stabilitu obyvatelstva. Stáří je období, které může být velice často spojováno s nemocemi, ale ztráta soběstačnosti nemusí být nezbytným důsledkem stárnutí.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace lidská populace stárne, zvyšuje se absolutní i relativní podíl mužů a žen ve starších věkových kategoriích. „Zatímco na začátku 19. století žila na naší planetě 1 miliarda lidí, v současné době je to 6 miliard a odhad pro rok 2050 je 9 miliard lidí. Odhady pro rok 2010 předpovídají celosvětově nejpočetnější nejstarší populaci v těchto zemích: 97 milionů lidí v Číně (tj. 11% z celkové populace Číny), 49 milionů v Indii (18%), 37 milionů v Evropské unii (20%) a 23 milionů v USA (16%).“

(<http://www.andrologie.cz/page/5084.epidemiologie-starnuti/>)

Ze statistických údajů Českého statistického úřadu vyplývá, že v roce 1900 byla předpokládaná střední délka života v okamžiku narození 47 – 55 let. Odhaduje se, že muži narození v roce 1991 budou mít střední délku života cca. 76let a ženy 80 let. (<http://www.czso.cz/>) Střední délka života uvádí věk, ve kterém zemřelo padesát procent lidí z příslušné věkové skupiny. Čím déle člověk žije, tím méně je moderní společnost schopna prodlužovat jeho zbývající život za hranice toho, co bylo běžné v dřívějších dobách.

Demografické stárnutí je tedy proces, při němž se postupně mění věková struktura obyvatelstva takovým způsobem, že se zvyšuje podíl osob starších 60 let a snižuje se podíl osob mladších 15 let, tj. starší věkové skupiny rostou relativně početně rychleji než populace jako celek.

Zajímavý dokument, který vydala Evropská unie, nese název “Evropa všech věkových skupin“. Jedná se o zprávu, která je zaměřena na politiku zaměstnanosti a její přizpůsobení procesu stárnutí obyvatelstva, dále na přizpůsobení výše důchodového věku a penzí stárnutí populace a také na řešení zdravotních a pečovatelských potřeb prostřednictvím procesu zdravého stárnutí. Prodloužení délky života s sebou přináší zvýšená očekávání, týkající se udržení kvality života. Toto téma bude stále aktuálnější, protože mnoho starších občanů se dožívá vyššího věku. Rozsah demografických změn v 21. století dává Evropě příležitost a zároveň vyžaduje od ní změnu přístupu ke starším spoluobčanům. Evropský model solidarity charakterizuje záruka přístupu k adekvátní zdravotní péči a pečovatelským službám. Rychlý nárůst počtu starších obyvatel bude v budoucnu zatěžkávací zkouškou nejen pro zdravotní a pečovatelské služby. Současná generace starších občanů je sice zdravější než ty předešlé generace, avšak starší lidé vyžadují větší množství odlišné zdravotní péče a pečovatelských služeb než

střední či mladší generace. V důsledku stárnutí populace budou tedy zdroje zdravotnictví značně zatěžovány. Potřeba rozšíření lékařské a ošetrovatelské péče však může být snižována prostřednictvím zdravotního vzdělávání, propagací zdravého životního stylu, prevence nehod a dokonalejší rehabilitace.

1.2 Dělení stáří

Mühlpachr (Mühlpachr a Staníček, 2001) uvádí dělení stáří na:

- biologické stáří
- sociální stáří
- kalendářní (chronologické) stáří
- dlouhověkost

Biologické stáří

„Biologické stáří je hypotetické označení konkrétní míry involučních změn (atrofie, pokles funkční zdatnosti, změny regulačních a adaptačních mechanismů), obvykle těsně propojených se změnami způsobenými těmi chorobami, které se vyskytují s vysokou frekvencí převážně ve vyšším věku.“ (Mühlpachr, P., Staníček, P. 2001, s. 9). Zde je zajímavé poukázat na aspekt toho, že lidé stejné věkové kategorie, či stejného handicapu, stárnou rozdílně. Záleží především na příčinách stárnutí a stáří, které však nejsou stále uspokojivě objasněny. Je nutné si uvědomit, že úpadek funkcí nezačíná ve stáří, ale již v ranné dospělosti, neboť většina tělesných soustav vykazuje po třicátém roce věku každoroční úbytek funkcí. Samotný průběh tohoto úbytku je zpravidla pozvolný. Pozvolný průběh může být způsoben třeba i tím, že jednotlivé funkce se zhoršují jenom nepatrně, ale mají-li pracovat v komplexnosti, je celkové zhoršení větší než součet úbytků jednotlivých funkcí. Obvyklý postup při vývoji metod určování biologického stáří spočívá ve výběru a měření vhodných veličin, popisujících co nejúplněji stav organismu, z hlediska stupně jeho zestárnutí. Matematickým zpracováním výsledků těchto měření se pak stanoví biologické stáří, hodnocené zpravidla jedním číslem. Toto číslo nejčastěji vyjadřuje průměrný kalendářní věk v populaci, odpovídající stavu příslušného jedince. Biologické stárnutí – tento pojem můžeme používat ve smyslu celkového stavu organismu.

Sociální stáří

„Sociální stáří je období vymezené kombinací několika sociálních změn či splněním určitého kritéria –nejčastěji penzionování, resp. dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu.“ (Mühlpachr, P., Staníček, P. 2001, s. 9). Sociální stáří je v tomto pohledu bráno jako sociální událost, která je doprovázena například změnou způsobu života. Toto období je možno ještě rozdělit dle již zmiňovaného autora na první, druhý, třetí a čtvrtý věk. Daná období označují etapy života jedince. První věk – období dětství a mládí. Druhým věkem se zde rozumí období dospělosti, kdy má jedinec tendenci budovat své zázemí a vytvářet svou vlastní rodinu. Třetí věk je postproduktivní či období stáří, kdy se život ubírá jinou cestou. Poslední je čtvrtý věk, který navazuje na předchozí období, kdy člověk stárne.

Kalendářní (chronologické) stáří

Jak název napovídá, je zde propojen vzhled a věk jedince, kdy v určitém věkovém období nastávají různé změny. Mohou být stanoveny různé věkové hranice stáří. Vždy se jedná pouze o rámcové nastínění věkových faktorů. Stáří určujeme v současné době prakticky pouze jediným způsobem: pomocí tak zvaného chronologického neboli kalendářního věku. Tedy dobou, která uplynula od narození jedince. Mühlpachr (2001) uvádí věkové rozdělení seniorů, a to na: mladé seniory (ve věkovém rozmezí od 65 – do 74 let), dále pak na staré seniory (ve věkovém rozmezí od 75 – do 84 let) a poslední skupinou jsou tak zvaní velmi staří senioři (ve věkovém rozmezí od 85 let více). Z těchto věkových bodů je určitě každý zlomový a hlavně individuální, ale můžeme konstatovat, že zlomovým bodem je střed – tedy věk kolem 75. roku života jedince. Chronologické stáří však nevystihuje například individuální rozdíly průběhu stárnutí ani eventuální změny v rychlosti procesů, stárnutí provázejících.

Dlouhověkost

„Dlouhověkost je označení pokročilého věku, obvykle nad 90 let (někdy nad 85 let).“ (Mühlpachr, P., Staníček, P. 2001, s. 11). S ohledem k věkovému

vymezení je zřejmé, že tito lidé tvoří zlomek populace, jenž se navyšuje. Dlouhověkost je spojena i s maximální délkou života.

I když je maximální délka života člověka, i živočicha určena především geneticky, nesmíme opomenout životní podmínky. Stejně tak jako u tělesného stárnutí, i duševní vývoj prodělává určité změny. Na kvalitu života starého jedince mají velký podíl především vnější vlivy, z nichž je nejdůležitějším působení vlivu stereotypu. Studie Ryffové (1991) svým výzkumným šetřením poukázala na rozdílnost vnímání vlastního sebehodnocení v závislosti na věk dotazovaných. Požádala subjekty mladého, středního a pokročilého věku, aby hodnotily vlastní minulost, současnost a budoucnost. Součástí hodnocení byla informace o stavu duševní pohody. Došla k závěru, že subjekty mladého a středního věku mají tendenci vidět se na cestě k sebezdokonalování – v současnosti jsou lepší než v minulosti a v budoucnu se ještě zlepší. Naproti tomu staří lidé očekávali budoucí pokles – měli tedy pocit, že se udržují na stejné úrovni, jakou znali z minulosti, ale do budoucna předpokládali pokles.

Důležité je i to, že určité události v minulosti jedince mohou negativně ovlivnit jeho postoj ve stáří. Je zřejmé, že rozhodnutí o vlastní kariéře, počtu dětí či jiné důležité životní otázky. Další významnou negativní událostí, kterou nám stáří může přinést, je u většiny lidí odchod do důchodu či ovdovění, ztráta životního partnera či přátel nebo odpoutání se od kontaktů. I tyto významné faktory se mohou bohužel negativně podepsat na našem stárnutí. Ne každý může prožívat bezstarostné stáří, obklopují nás příběhy, které jsou plné sebevražedných pokusů starých lidí, které jsou obecně mnohem častěji úspěšné než pokusy mladších lidí. Vnímání věku je i ovlivňováno časem – každý z nás chtěl být v dětství již konečně dospělý; či když jsme byli nemocní – tak byl, alespoň pro mě; čas nekonečný. Vnímání stáří je především spojeno s vnímáním času. Můžeme si položit i otázku, zda je čas biologický jiný než čas fyzikální..... to zajisté je, protože v čase fyzikálním minuta trvá pořád stejně – bylo tomu tak včera a bude tomu tak i dnes.

Skutečnost, že mezi lidmi jsou značné rozdíly v rychlosti stárnutí, naznačují i proměny lidských fyzických a psychologických znaků. Stárnutí je závěrečnou fází lidského vývoje a je třeba ho posuzovat jako součást kontinuální proměny.

1.3 Životní fáze a vývojové úkoly

Každá životní fáze má své vývojové úkoly (Erikson, 1978), stále se objevují nové a nové situace a změny, se kterými je třeba naučit se žít. Nová fáze se může pojít s loučením se s důležitými důvěrnými záležitostmi, ale přináší zároveň nové a zajímavé poznatky. Přejít do dalších stadií je vesměs pozitivní věc, jež může být brána spíše jako výzva, která značí krok v před. Na fázi stárnutí či stáří se pohlíží ale jinak. Většina seniorů se spíše ohlíží, protože má velkou část života za sebou. Jejich myšlenky se mohou zaměřit na nemoci či na zhoršení jejich stavu. Jakoby se ze života vytratilo něco pěkného a cenného. Ve vývojové fázi stáří se jedinec může dostat do konfrontace s vývojovými úkoly. Mohou se objevit změny, které velice hluboce zasáhnou do života stárnoucího člověka, musí je zpracovat, přizpůsobit se jim či najít jiné řešení daného problému. Ve stáří můžeme rozlišit tři základní vývojové úkoly:

1. Markantní změny – změny, kterými máme na mysli hluboký zásah do života seniora. Do této kategorie lze zařadit ztrátu životního partnera, sourozenců či přátel nebo ztrátu samostatnosti kvůli zdravotním problémům. Zde se rozlišují dvě podoblasti – tělesná ztráta a sociální ztráta. V oblasti tělesné ztráty, může dojít ke snížení sluchových či zrakových schopností jedince a jiných smyslových orgánů. To má negativní dopad na jeho působení v sociálním prostředí, kdy může docházet ke snižování sociálních kontaktů z důvodu, že jedinec má sníženou schopnost sluchu. Tím se zmenší životní pole působnosti a k tomu všemu se mohou připojit psychické důsledky z důvodu nespokojenosti či samoty. Druhá podoblast je tvořena sociální ztrátou – sem můžeme zařadit již zmiňovanou ztrátu partnera, sociální ztráta může mít za následek zmatek, smutek a rovněž vést k zanedbání sebe samého, čímž mohou vznikat různá onemocnění nebo může dojít ke snížení kondice (tělesná ztráta).

2. Předsudky a očekávání - existuje mnoho předsudků o starších lidech. V publikacích (Vohralíková, 2004) se často vykresluje obraz starších lidí odkázaných na pomoc, kdy jsou představováni jako špatně chodící, trochu blázniví, lidé, kteří jsou samotářští. nedělají si plány a nemají zájem o nový vývoj. To může mít za následek, že senioři nejsou bráni tak zcela vážně. Před několika lety se běžně hovořilo o “důchodcích“ a teď se používá termín senior či starší člověk, což zní každopádně uctivěji. Někteří senioři či starší lidé s mentálním postižením jsou

umístění v ústavech, jiní ne. Lidé, kteří dosáhli středního věku, mají negativní očekávání týkající se stáří. Jsou totiž v přímém kontaktu s předsudky jiných lidí o starších lidech. Snaha vidět seniory jako skupinu lidí se stejnými znaky je zcela nevhodná. Naopak, existuje mnoho rozdílů mezi starými lidmi. To není zas tak překvapivé, když si uvědomíme, že každý má za sebou dlouhý život spojený s různými okolnostmi, se kterými se musel vypořádat. Každá nová zkušenost se vrstvila na tu předchozí. Nebezpečí, že starší klienti jsou považováni za zvláštní kategorii či skupinu a takovým způsobem je k nim i přistupováno, se do jisté míry snížilo. Je to způsobeno vývojem, kterým prochází také péče o lidi s mentálním postižením, úhel pohledu spočívající v tom, že považují klienta za jedince či individuum, a nikoliv skupinový přístup, který stále více získává nový prostor, čehož si můžeme všimnout i v individuálních přístupech k jedincům s handicapem. Důležitým vývojovým úkolem je vyrovnávání se s předsudky a očekáváními.

3. Konečnost života – to, že stáří má i své pozitivní stránky, není mnohým lidem zřejmé. V průběhu let mnoho zažijeme a získáme zkušenosti, což nám umožňuje věci vidět ve větším rozměru, s větším odstupem, a dovolí nám stát se “hodnějším a přívětivějším“ než v mladších letech. Jako další přednost je zmiňováno to, že má člověk méně povinností a odpovědností. Nemusí každý den vstávat do práce, odpadá péče o děti, s čímž souvisí možnost vlastního rozvržení času. Stáří v tomto ohledu poskytuje více svobody než ostatní fáze. Jako starší člověk se však nevyhneme myšlenkám o konečnosti života. Příprava na loučení se životem není jednoduchým úkolem. Je to ztíženo i tím, že se o smrti v naší kultuře nehovoří. Mnoha starším lidem se podaří si zvyknout na myšlenku, že jejich život skončí a nebojí se smrti, ale bojí se ztráty bližních a zhoršení psychické situace. Konečnost je pro ně faktorem, se kterým počítají a nyní, pokud se dostali tak daleko, akceptují, že jejich život je konečným a jsou schopni vyplnit čas, který jim zbývá, pozitivním způsobem.

1.4 Autonomie ve stáří

Pojem autonomie vnímám jako přiblížení se ke svobodě, která je důležitá v rozhodování o způsobu života či chování. V životě každého z nás jsou období, která souvisejí s rozvojem osobnosti jedince. Když jsou tedy schopnosti rozhodování se narušeny, je člověk odkázán na pomoc druhých. Z toho lze vyvodit

tvrzení, že čím méně je člověk autonomní, tím větší je podíl pomáhajícího na samotné pomoci druhému. V autonomii nejde jenom o to, aby jedinec něco udělal sám, jde spíše o to, aby se sám a dobrovolně mohl rozhodnout o daném činu.

Oblast autonomie je ve stáří brána s ohledem na různá omezení, která jsou individuální u každého seniora. Nelibé pocity mohou být u člověka vyvolány vlastními zkušenostmi se stářím. Přestože má stáří negativní stránky, nemusí být postoj k němu nutně záporný. Postoj k vlastnímu stáří je do značné míry určován tím, jaký postoj je zaujímán ke starým lidem společností. Někdy nastává pocit vyřazení se ze společnosti a nemožnost uplatnit se.

Autonomie se v životě starších lidí může projevit v různých oblastech. Například v oblasti psychické, kde velkou roli mají již zmiňované sociální kontakty. Schopnost reálného náhledu stárnoucích jedinců na sebe samého a s tím spojená možnost rozhodovat se. Vedle oblasti psychické je důležitá autonomie v oblasti zdravotního stavu. Zde je důležité stanovisko odborných lékařů, kteří by měli znát, pokud možno co nejvíce informací o stavu pacienta. Je nutné brát v úvahu jeho pohyblivé a motorické schopnosti. Tyto schopnosti jsou spojeny s autonomií zdravotního stavu, kdy je možnost rozhodnout se například jít na návštěvu spojena s nutností, aby se klient oblékl a pomocí vlastních sil vyšel vstříc sociálnímu kontaktu. Na to můžeme navázat autonomií v oblasti soběstačnosti a sebeobsluhy – výhodu mají lidé, kteří i v pokročilém věku mohou využívat svých dovedností k provedení osobní hygieny, zasednout ke společnému stravování, kdy mohou bez pomoci stolovat a stravovat se. Při psaní tohoto textu bych rád, aby si čtenář uvědomil to, na co chci upozornit – na maximální propojování a kooperaci činností, které jsou zásadně závislé na autonomii. Ať dojde k narušení či nikoliv, vždy má člověk před sebou těžký krok – pro někoho může být těžký v tom, že se nedokáže obléknout, někoho může tížit strach ze zařazení se do kmenové komunity. Každý jsme jedinečný a tudíž i naše vnitřní pocity, ať strachu či úspěchu, jsou rozlišné.

Sýkorová (2004) ve své kapitole v knize Autonomie ve stáří pojednává o dobrovolné a nedobrovolné ztrátě autonomie. O dobrovolné ztrátě hovoříme tehdy, když jedinec realisticky zváží své možnosti a schopnosti a vzdá se některé části autonomie. Z praktických zkušeností vyplývá, že nejlépe se lidé dokáží vyrovnat s autonomním omezením v oblasti sebeobsluhy či s pohybovým omezením

menšího rozsahu. Ve svém okolí se velice často setkávám se staršími lidmi, kteří někdy volí dobrovolnou ztrátu ještě tehdy, kdy jsou soběstační. Druhou stránkou je nedobrovolná ztráta autonomie. Nastává tehdy, když dojde u seniora k velkému narušení nejen jeho psychického, ale i tělesného schématu – jedná se například o onemocnění typu demence, jemuž se v této práci také věnuji. Rád bych zmínil i etickou ztrátu autonomie, kdy jedinec je tlačěn někým k tomu, aby ztratil část své vlastní autonomie. Bohužel i takové případy jsou a myslím si, že jich není po málu.

Je důležité přistupovat ke stárnoucí populaci s důstojností a s pochopením. Tento přístup by měl být propojen s určitou empatií, komunikací, tolerancí a trpělivostí.

2. Stárnutí osob s mentálním postižením

Stále větší procento lidí s mentálním postižením se dožívá vyššího věku. Příčiny mohou být různé, ale hlavním důvodem může být zlepšení zdravotní péče, výživy, kvality života a hygieny. Je výzkumně prokázáným fakt, že lidé s mentálním postižením stárnou dříve než lidé bez tohoto handicapu. U lidí s mentálním postižením bývá stáří spojováno s věkem 45 let, zatímco u ostatní populace je tato věková hranice vyšší nejméně o 15 let. Podobné věkové hranice se používají pro veřejnou správu sociálních služeb, ale nemají příliš velký význam pro individuální péči. Lidé stárnou, každý jinak, vlastním tempem či způsobem, ať již jsou či nejsou postiženi. Senioři s mentálním postižením a proces stárnutí - zde na tuto větu nelze odpovědět vyjmenováním řádky znaků či poskytnutím jednoho popisu, neboť rozdíly mezi staršími klienty jsou značné. Už jen tím, že jeden klient má k dispozici více možností než druhý a také zcela odlišný prožitkový životní obraz – vnímání světa. I když jsou lidé stejnou měrou postiženi a narozeni ve stejném roce, i tak jeden z nich prožije změny jinak než ten druhý a také se zcela jinak vyrovná s prožíváním stárnutí. Ve stáří může také docházet ke změnám daného druhu postižení, což s sebou přináší změnu potřeb jedince.

2.1 Vymezení pojmu mentální retardace

“Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován.“ (Vágnerová, 2004) Jedinec má nižší úroveň rozumových schopností – nedostatečný rozvoj řeči a myšlení, což se projevuje ve snížené možnostech učení se, ale také v oblasti adaptace jedince. Modernější definici, ve které je možno vidět měnící se pohled společnosti, aktualizovala v roce 2002 American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) takto: „Mentální retardace je snížená schopnost (=disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech.“ (Šiška, J., 2005, s.10)

Existuje vzájemné interakce mezi jedincem a vnějším okolím, tento dimenzionální vztah vytlačuje i tzv. deficitní model mentální retardace, který pro definici této kategorie využíval stanovení hraniční linie minimální hodnoty IQ. Tuto kategorii vypracovala v roce 1992 Světová zdravotnická organizace (WHO) která posuzovala hloubku postižení podle toho, jak se jedinec oddaluje či přibližuje k průměrnému výkonu, který je nastaven na hodnotu IQ 100. WHO stanovila hranici mentální retardace pod IQ 70. I tento posun v odborné terminologii poukazuje na určité zdůraznění již zmiňovaného vztahu mezi jedincem a společností, ať se jedná o odbornou společnost či o neodborné jedince. Považuji za důležité upozornit i na určitou odbornou nejednotnost, což dále poukazuje na specifičnost problematiky jedinců s mentálním postižením.

2.2 Výskyt a příčiny mentálního postižení

V celkové populaci lidstva se vyskytují přibližně 3% lidí s mentálním postižením (Vágnerová, 2004). Tvoří tedy tak jednu z největších skupin lidí s postižením. V současnosti dochází k neustálému nárůstu počtu lidí s mentálním postižením. Existuje pro to několik vysvětlení, kdy jednou z teorií je to, že dochází ke zkvalitňování péče odborníků a tím pádem k lepší diagnostice, což se odráží na růstu počtu osob. Největší skupinou jsou lidé s lehkou mentální retardací, kteří tvoří 80% z populace mentálně postižených. Nejvíce osob s mentálním postižením je diagnostikováno především ve školním období, což je způsobeno nástupem do školy, který je spojen s různými vyšetřeními, která mohou odhalit skutečnost o postižení jedince. Jsou kladeny požadavky na výkon a intelekt jedince, což napomáhá k odhalování různých nepřesností či postižení. Po splnění povinné školní docházky, v období adolescence, dochází k sloučení s pracovní majoritou lidské populace.

V současné době je těžké stanovit přesné příčiny vzniku mentálního postižení. Základním bodem je poškození CNS. Jedná se o působení různorodých faktorů, v základu můžeme rozdělit příčiny vnitřní neboli endogenní a vnější tzv. exogenní. Za vnitřní příčiny je považováno genetické poškození, které může vzniknout již při početí či v průběhu těhotenství. Vágnerová (2004) uvádí různé genetické rozlišení:

❖ Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury autonomů. Zde můžeme zmínit trisomii 21. chromozomu = Downův syndrom.

❖ Poruchy vzniklé na bázi odlišného počtu nebo struktury pohlavních chromozomů. Příkladem je syndrom lomivého X postihující převážně chlapce.

❖ Mentální retardace vzniká na bázi onemocnění způsobeného genovou poruchou. K poškození inteligence dochází různým způsobem, často v důsledku určitého chorobného procesu. Mnohé z těchto poruch se rozvíjejí postupně, i když jejich příčina je vrozená.

❖ Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje. Jde spíše o krajní variantu normy, jedinec s tímto postižením má malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností.

Vnější faktory nemusí vždy ovlivnit poškození mozku, ale mohou být považovány za faktory ovlivňující vznik příčin. Ať jde o působení v období prenatálním, kdy může dojít k infekci plodu nebo působení toxických látek či úrazy matky. V perinatálním období, které se váže na samotný porod, kdy rizikem je obrácená poloha dítěte, mechanické poškození, ale také přenošení dítěte. Postnatální období může dojít k infekci, záněty a úrazy mozku dítěte.

Dříve se považovalo i za příčinu nedostatečná výchova jedince. V současné době můžeme hovořit o tom, že nedostatečná či nepřiměřená výchova není vrozené postižení a není ani trvalé. Nedostatkem je pro jedince podnětné prostředí, které má negativní vliv na jeho intelektovou stránku.

„Kategorie osob s mentálním postižením je nesmírně široká a vnitřně nekonzistentní z mnoha úhlů pohledu. Samozřejmými faktory této variability jsou např. věk, umístění v instituci nebo rodinné zázemí včetně socioekonomického statutu o rodinné konstelace a mnohé další. Různorodost uvnitř skupiny je evidentní i pokud uvažujeme další formy znevýhodnění, které se s intelektovým postižením často pojí, jako např. omezení hybnosti, smyslové postižení, poruchy autistického spektra, epilepsie, statisticky čtenější psychické onemocnění atd.“(Vančura, J., 2007, s. 8)

2.3 Možná přidružená postižení v období stáří

2.3.1 Demence a její výskyt, příčiny, průběh a typy

Jedním ze závažných problémů stáří může být demence. „Demence (z latinského mens = mysl) je pozdější úpadek duševních schopností rozumových i povahových. Toto snížení je trvalé nebo alespoň déle trvající. Při demenci značně poklesnou nebo se vůbec rozpadnou rozumové schopnosti postiženého a souběžně s tím i jeho schopnost soustředění, pracovního výkonu a sebeovládání. Přesto u něho zpravidla nacházíme zbytky bývalého intelektu, ovšem neúčelně používané.“ (Edelsberger, L., 2000, s. 61)

Můžeme se domnívat, že demence je údělem stáří, ale není tomu tak. Demence je způsobena dysfunkcí mozku, kdy dochází ke ztrátě intelektových schopností. Demence se dle Vágnerové (2004) diagnostikuje až po druhém roce života jedince; do té doby je postižení hodnoceno jako mentální retardace. Můžeme tedy usoudit, že při získané mentální retardaci – demenci, která je diagnostikována po druhém roce života se jedná o zpomalení či pozastavení mentálního vývoje, které bylo způsobeno nemocí či úrazem mozku. Vývoj poruchy může být progresivní nebo se může i zastavit, takže pak nedochází k dalšímu zhoršení stavu. Mezi projevy dětské demence patří: zpomalení psychického vývoje, snížení adaptability dítěte, zpomalení psychického vývoje a ztráta intelektových funkcí. Na rozdíl od demence dětské je stařecká demence již patologickou poruchou, která může postihnout stárnoucího člověka.

Stařecká demence se vyskytuje spíše u starší populace obyvatelstva. Demence se může vyskytnout v jakémkoli věku, ale relativně vzácně přichází před 60. rokem. „S přibývajícím věkem přichází častěji a postihuje cca 1% lidí 65 - 69letých, ale cca 24% 85letých a starších. Přesto však není dosud zřejmé, zda věk je samostatným rizikovým faktorem, anebo zda se jedná o častější výskyt jiných rizikových faktorů s přibývajícím věkem.“

(www.alzheimer.cz/data/docs/Dopis_40.doc)

Můžeme říct, že demence je hrozbou stárnoucí populace. Syndrom demence je tedy závažným problémem zdravotním, sociálním a ekonomickým, neboť se vlastně jedná o nejčastější onemocnění vůbec.

Příčinami tohoto onemocnění mohou být různé faktory, které se mohou vzájemně ovlivňovat. Ve vývoji nemoci hrají roli genetické vlivy. Může dojít k poruše konkrétních genů. Výzkumy dokázaly, že příímí příbuzní lidí s demencí mají dvakrát vyšší riziko, že u nich propukne demence, než ostatní. Další přímou příčinou mohou být biologické, chemické či fyzikální faktory. Jedním z rizik vzniku demence jsou vážná poranění lebky.

Mezi klinické projevy demence můžeme zařadit:

Postižení paměťových funkcí – první ze signálů demence, kdy dochází k narušení krátkodobé paměti. Poruchy paměti bývají propojeny s poruchami pozornosti, z toho vyplývá problematika soustředěnosti a neschopnosti učit se novým věcem a nižší míra výkonnosti. Postupně dochází k větším úbytkům paměťových funkcí, což způsobuje neschopnost vybavení si některých vzpomínek či naučených dovedností.

Dochází k úbytku dalších kognitivních funkcí – *myšlení* se stává stereotypním, ochuzeným a zúženým. Mizí schopnost abstraktního myšlení, nastává problematika s porozuměním souvislostí a vztahů. Těž dochází k úpadku kritičnosti nejen k sobě samému, ale i ke svému okolí. Všední úkoly v rozhodování se pro jedince s demencí stávají složitými až neúnosnými.

S postupem času může dojít k *agnozii*, kdy člověk sice vidí či slyší, ale nepoznává. Důsledkem komplexní poruchy kognitivních schopností je *narušení orientace* v čase, prostoru, orientace v sobě samém a u druhých osob. Dochází k situacím, kdy jedinec nepoznává své okolí, které je většinou tímto zjištěním šokováno. V některých případech i sám nemocný ztrácí svou identitu a neví kdo je, či kde se nachází.

Poruchy řeči mohou být odrazem narušeného myšlení. Dochází ke zpomalení aktivního verbálního projevu. Bývají i obtíže v porozumění, kdy jedinec neví co je po něm požadováno, či co je mu sdělováno. To může vyvolávat nechuť aktivně komunikovat, což může mít negativní dopad na okolí. Snížená schopnost verbální komunikace může vést až k afázii. Může vzniknout i porucha při písemném vyjadřování – agrafie, nebo postižení schopnost četby – alexie. Pacient je schopen vytvořit si vlastní způsob komunikace – ať verbální či neverbální, otázkou je spíše, zda dojde k porozumění ze strany okolí. Možnost běžně komunikovat s člověkem

trpící demencí je vždy pro jeho okolí těžkou zkouškou. Jakoby postižený jedinec byl přítomen pouze fyzicky, většinou se nemluví k němu, ale o něm. „Je to, jako kdyby se tito nemocní lidé vzdálili světu a nám, jako kdyby byli „nepřítomní“, aby se chránili, aby (nevědomě) unikli z tohoto příliš tvrdého světa, který je vyloučil, odhodil.“ (Pichaud, C., 1998, s. 94) Je důležité si klást otázku, jak tedy komunikovat s osobou trpící demencí. Můžeme využívat dotyku, pohledů či mimiky.

Další z příčin demence mohou být *poruchy emotivity*. Stejně tak jako lidé bez demence, tak i lidé s demencí mohou být jednou šťastni či smutni, což může o něco později vystřídat strach a hněv. Základní nálada u lidí s demencí zůstává v podstatě stejná, jako byla dřív. Objevuje se však nápadnost v citovém ladění a zhoršení kontroly emocí. Pokud u pacienta nedošlo ke ztrátě soudnosti, může se objevit úzkost či deprese, které přicházejí s výsledkem přemýšlení a uvědomování si úpadku vlastních kompetencí a negativní prognózy. Zvýšení emočního napětí se může projevit i tělesným neklidem, který může vyústit ve stereotypní pohyby.

U nemocných dochází ke *ztrátě motivace* k jakékoliv činnosti, neprojevují zájem o to, co je dříve zajímalo a bavilo. Může to být zapříčiněno i apraxií – úpadku naučených motorických dovedností, ztrácí se schopnost adekvátního užití adekvátního užití nástrojů. To může mít za následek úpadek v oblasti sebeobsluhy, kdy dochází k závislosti na pomoci druhých.

Nesmíme opomenout, že může dojít i ke změnám v postoji k jídlu – přejídání se či lehká mentální anorexie. Jedná se samozřejmě o individuální vývoj, i když jde o stejnou diagnózu.

Úpadek osobnosti – v průběhu nemoci se mění osobnost jedince. Dochází k negativistickým postojům, které bývají propojeny s konflikty či s neuváženým sociálním chováním. Je bezpodmínečně nutné, aby příznaky demence co nejdříve posoudil lékař.

(Vágnerová, 2004)

Průběh demence je třeba vždy hodnotit jako individuální proces. Jedná se sice o stejnou diagnózu, ale každý průběh má svá specifika. Dle Jiráka lze rozvoj demence rozdělit do čtyř stadií:

První stadium – lehká demence: v tomto období trpí jedinec krátkodobými poruchami paměti, krátkodobými výkyvy v časové a místní orientaci, častěji má potíže při vybavování slov či jmen. Uvažování může být pomalejší a těžkopádné. Stereotyp běžných činností je zachován, je důležitá kontrola jedince a občasná pomoc.

Druhé stadium – střední demence: porucha paměti je závažnější, nechápe běžné souvislosti a vztahy, vyskytují se problémy s řešením obvyklých činností. Verbální komunikace je silně omezena – nízká aktivita v komunikaci, která je způsobena omezením slovní zásoby. V tomto období se mění mezilidské vztahy, kdy dochází k negativním změnám sociálního chování. Upadá i osobní hygiena, výskyt inkontinence. Je třeba dohledu a trvalé pomoci jedinci, pomoc by měla být poskytována i rodinným příslušníkům, kteří pečují o jedince.

Třetí stadium – těžká demence: celková dezorientace nejen v čase a prostoru, ale i v osobnosti. Možnosti komunikace jsou velmi omezeny, verbální komunikace není chápána – schopnost myšlení je narušena. Velká míra negativismu, nerespektování sociálních pravidel. Neschopnost výkonu jednoduchých sebeobslužných úkonů, běžná je úplná inkontinence. Člověk je v tomto období plně odkázán na péči okolí, nezbytnou pomoc potřebuje i samotná rodina.

Čtvrté stadium – terminální: ztráta schopnosti k jakékoli aktivitě. Jedinec je upoután na lůžku, neprobíhá žádná komunikace, je plně závislý na ošetrovatelské péči.

Existují různé typy demencí, nejčastěji se používá a prakticky nejdůležitější je nozologická klasifikace demencí, která se opírá o poznatky z etiologie a patogeneze demencí. V nozologické klasifikaci se demence třídí na skupinu primární (primární degenerativní demence), jejíž příčinou je primární poškození mozku a na skupinu sekundární, kde poškození mozku je způsobeno jinou chorobou a nebo poruchou. Dispozice k primární demenci se dědí – například Alzheimerova choroba. Společným znakem primárních demencí je hromadění patologických proteinů v mozku. Mezi sekundární demence patří demence způsobené jiným typem patologie než je degenerativní proces- například úrazy mozku.

2.3.2 Demence a Alzheimerova choroba

Demence má mnoho forem a je tedy hromadným termínem. Její nejběžnější formou je Alzheimerova nemoc, pojmenována po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906. Tehdy to byla nemoc vzácná a neobvyklá. (<http://www.alz.co.uk/alzheimers/aa.html>)

„Tato choroba je známa pod několika podobnými názvy – vedle demence Alzheimerova typu se často také užívá termín Alzheimerova choroba či senilní demence Alzheimerova typu.“ (Stuart Hamilton, I., 1999, s. 183) Jedná se o degenerativní onemocnění mozku, které pak způsobující poruchy nebo úpadek jeho činností. Dochází při ní k zániku některých mozkových buněk a ke změně látkové přeměny v mozku. V mozku postižených vznikají škodlivé bílkoviny, které se ukládají vně či v okolí nervových buněk v podobě vláken. Dochází tedy k poškození a zániku nervových buněk a jejich spojů, což se projevuje poruchou kognitivních funkcí, kterými jsou myšlení, paměť či úsudek. V mozkové tkáni dochází k ubývání acetylcholinu, látky, které je třeba při přenosu nervových vzruchů. Při jeho nedostatku ztrácejí buňky schopnost vzájemně si vyměňovat informace.

V dnešní době je těžké rozpoznat příznaky této choroby. Postižený jedinec ani členové rodiny si nevšimají, že by něco bylo abnormální. Až s postupným vývojem nemoci se objevují jasnější příznaky. Nemoc začíná pozvolna – obvykle se nejprve zhorší krátkodobá paměť. Nemocný není schopen vykonávat některé složitější činnosti. Rychlost dalšího vývoje je u každého individuální. Během počátečních fází probíhá onemocnění u mladších pacientů obvykle rychleji, ale tito pacienti v pokročilejších stadiích onemocnění přežívají déle než ostatní pacienti. Prvními známkami u pacientů je zvláště strnulý pohled či občasná neurčitá prázdnota v očích. Samozřejmostí jsou problémy s vyjadřováním a rozhodováním se, kdy upadá schopnost porozumět verbálnímu sdělení. Nesmíme ani opomenout to, že lidé trpící onemocněním obtížně dokončují své myšlenky. Dochází i ke zhoršování řeči, kdy se může dojít k redukci řeči na několik slov či na různé zvuky, které připomínají nějaká slova. Nemocným tedy ubývá slovní zásoba, často reagují jednoslovnými odpověďmi. Porucha paměti vede ke ztrátě orientaci v prostoru, mají špatný časový odhad, což může způsobovat bloudění či různé bezmyšlenkovité útky. Jak se choroba rozvíjí, prohlubuje se současně závažnost symptomů.

Zhoršuje se i paměť na časově vzdálené události, zhoršuje se i poznávání – stavy, kdy pacient nedokáže rozeznat členy rodiny či přátele. To vše je propojeno se změnami osobnosti a nápadnosti v chování, kdy jedinec opomíná společenské chování a upadá motivace k veškerým činnostem. Krom těchto úpadků dochází i k chýtrání vnějšího vzhledu, kdy je třeba o jedince pečovat pomocí pečovatelů či rodiny.

Přesné příčiny Alzheimerovy choroby nejsou doposud známy. Můžeme ale poukázat na některé faktory, které zvyšují riziko vzniku onemocnění:

- věk - Alzheimerova choroba se může objevit zhruba od 55. roku života jedince; i zde platí, že se stoupajícím věkem stoupá riziko onemocnění touto chorobou. Můžeme rozlišovat presenilní formu s časným začátkem – do 65 let a senilní formu s počátkem po 65. roce života.

- pohlaví – ranná forma postihuje častěji ženy než muže. Pravděpodobným spouštěcím mechanismem jsou rozdíly v hladinách hormonů.

- genetické vloh – na riziku vzniku onemocnění se mohou podílet i genetické dispozice, které jsme získali od svých rodičů. Uplatňují se zřejmě určité genetické faktory a dědičnost.

- opakované úrazy hlavy – i tyto úrazy mohou způsobit to, že se choroba projeví. Nebezpečné jsou časté údery do hlavy a rizikové jsou i pády.

„U lidí s mentálním postižením s výjimkou dospělých, kteří trpí Downovým syndromem, se vyskytuje Alzheimerova choroba stejně často jako u lidí bez postižení. Obecně vzato je riziko vzniku choroby u lidí, kteří:

- jsou starší šedesáti let,
- mají Downův syndrom,
- utrpěli těžké či mnohočetné poranění hlavy,
- uvádějí výskyt Alzheimerovy choroby v rodině.

Celospolečenské výzkumy ukazují, že míra výskytu Alzheimerovy choroby u lidí s mentálním postižením se zdá být stejná jako u populace bez postižení (6 % lidí starších šedesáti let). Výskyt u stejně starých lidí s Downovým syndromem je

ale mnohonásobně vyšší, uvádí se přibližně 60 % lidí starších čtyřiceti let a 65 % u jedinců starších šedesáti let.“ (<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=657>)

Můžeme tedy konstatovat, že projevy Alzheimerova choroby jsou velmi podobné stárnutí. Diagnostika takového onemocnění je velmi náročná a složitá. Bohužel neexistuje vyšetření, které by za života pacienta prokázalo, že klient trpí na sto procent Alzheimerovou chorobou. Základem je lékařské vyšetření, které by mělo vyvrátit či potvrdit příznaky, které by ukazovaly na nemoc způsobující demenci. Především u jedinců s mentálním postižením jsou vhodné častější návštěvy u neurologa a psychologa. S velkou pravidelností by mělo docházet k celkovému vyšetření a vyhodnocení tohoto vyšetření by se mělo porovnávat s předcházejícím vyšetřením. Nejpoužívanějším testem je MMSE (Mini-Mental State Examination), kterým psychiatři ověřují jak přítomnost Alzheimerovy choroby, tak i její závažnost. Soustředí se v něm na několik základních oblastí diagnostiky: orientovanost, paměť, pozornost, počítání, vybavování, pojmenování, opakování, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování.

O průběhu a vývoji onemocnění může informovat též DAD dotazník. Jedná se o připravený formulář, do kterého může například pečující osoba zaznamenávat činnosti, které jedinec zvládá sám. Existují i další testy, které může lékař při vyšetření použít – jedná se o Test hodin, který představuje jednu z metod, jak odhalit počáteční stadia Alzheimerovy choroby. Jeho hlavní úkolovou podstatou je nakreslení hodin. Klient dostane tužku a papír na kterém je předkreslený kruh. Úkol spočívá v tom, že jedinec by měl doplnit do kruhu čísla, tak aby vznikl hodinový ciferník. Po nakreslení hodin by dalším úkolem mělo být zakreslení přesného času, a to čas jedenáct hodin a deset minut – 11.10.

Alzheimerova choroba je zatím sama o sobě nevyléčitelná. Výhodou je to, že její průběh můžeme ovlivnit způsobem života. Aktivní životní styl, rozšiřování si vědomostí a jejich ověřování – aktivní práce s podněty a informacemi. To vše, a nejen to, slouží k tomu, aby došlo ke zpomalení onemocnění. Pro lidi staršího věku jsou tedy velice vhodné různé křížovky, četba, společenské hry a mnohé další činnosti. V současné době jsou na trhu léky určené k léčbě Alzheimerovy choroby. Nevedou k jejímu vyléčení, ale mohou zastavit či zpomalit zhoršování nemoci a tím prodlouží aktivní část života nemocného. Tyto léky sice nezabrání úbytku mozkových buněk, ale vedou ke zvýšení množství acetylcholinu v mozku a tak

zlepšují fungování mozku. Jde o tzv. inhibitory acetylcholinesterázy (blokují činnost látky, která rozkládá acetylcholin). Tyto léky jsou určeny k léčbě mírné až středně těžké Alzheimerovy choroby. „Je těžké omezit diskusi o roli prostředí v péči o osoby s Alzheimerovou nemocí pouze na stavební úpravy. Postoje, vztahy a programy jsou natolik součástí každého prostředí, že mohou nahradit mnohé hmotné nedostatky nebo mohou naopak negovat pozitivní efekt toho nejideálnějšího prostředí. To platí pro jakékoli institucionální prostředí, především ale pro domovy důchodců a léčebny dlouhodobě nemocných a psychiatrické léčebny. Proto když se jedná o Alzheimerovu nemoc, tvoří otázky fyzického prostředí jenom část celkových podmínek.“ (Zgola, J., 2003, s. 147)

2.3.3 Diagnostika demence u stárnoucích osob

Demence je u více než 80 % pacientů diagnostikována až v pokročilém stádiu. Kromě rodiny a nejbližších by se měl na diagnostice též podílet i praktický lékař. Praktický lékař zná své pacienty a může tedy včas zachytit příznaky rozvíjející se demence. Odbornou diagnostikou se mohou zabývat neurologové a psychiatři. Včasně zachycení demence, správná nozologická diagnostika a včasná léčba mohou výrazně zmírnit utrpení nemocných a i jejich blízkých, zmírnit rizika vyplývající z demence a prodloužit pobyt nemocných v domácím prostředí.

Mezi nejdůležitější body diagnostiky patří vyšetření. Důkladné anamnestické vyšetření by mělo obsahovat nejen rodinnou anamnézu, ale i osobní anamnézu. Měly by být poskytnuty informace o výskytu demence v rodině. Dále je vhodné se zaměřit na úrazy a tělesné vady jedince. Jsou třeba i další odborná vyšetření – interní a neurologická vyšetření, historie požívání návykových látek i další vyšetření dle doporučení lékařů.

Některé z metod jsme již zmínili při diagnostice Alzheimerovy choroby – Test hodin či DAD dotazník, dále bychom zmínili Krátké vyšetření mentálního stavu – Mini Mental State Examination MMSE. Toto vyšetření je zaměřeno na kognitivní poruchy a dokáže se určit hloubku demence, používá se i při hodnocení efektu léčby. Pro orientační vyšetření paměti a některých dalších kognitivních funkcí je používán test, který vytvořil Pfeiffer. Obsahuje 10 otázek a hodnotí se počet chyb. Při hodnocení kognitivních funkcí se používá odpovídající - kognitivní část škály (ADAS-cog). Tato škála velice dobře odlišuje pacienty s lehkou

poruchou kognitivních funkcí od pacientů s depresí. Je velice náročná na čas a vyžaduje náročné vybavení. U atypických, složitých případů (spojené s depresí či paranoiou) a nebo u pacientů s mírnou kognitivní poruchou se využívají specializovaná vyšetření – což je například elektrocefalické vyšetření (EEG), které napomáhá diagnostice demence či jiných psychických poruch.

3. Kvalita života stárnoucích osob s mentálním postižením

Poskytování péče lidem s mentálním handicapem směřuje ke zkvalitnění jejich existence. Při zkoumání kvality života je podle Van Houtena (1998) shoda týkajících se čtyř východisek:

I. Kvalita života by měla být stejná jak pro lidi s postižením, tak pro lidi bez postižení. To znamená, že východiska, která jsou zde dále uvedena platí pro všechny jedince, ať s handicapem či bez něj.

II. Kvalita života je posuzována jakožto výsledek rovnováhy, do které jsou zahrnuta základní přání, potřeby a způsob běžného plnění povinností. Dostatek jídla, pití, střecha nad hlavou (pod kterou se cítím bezpečně), jsou považovány za základní potřeby. Dále by mělo být uskutečňováno obecné lidské směřování ve smyslu vývoje a míry odpovědnosti.

III. Kvalitu života dále určuje rozsah a druh interakcí s jinými lidmi. Pro lidi je velmi důležité se stýkat a udržovat kontakty s druhými. Vyvíjíme se v interakci s lidmi. Zajímá nás četnost kontaktů i jejich žádoucí příjemnost, oboustranný respekt (kontakty mohou probíhat i v napjaté atmosféře), tudíž mohou vést ke konfliktům.

IV. Kvalita života je otázkou individuálního vnímání a hodnocení. Každý dává přednost něčemu jinému protože tomu přisuzuje jinou důležitost. Vlastní vnímání je subjektivní, stejně tak jako hodnocení dané situace. Určitá situace je vnímána jedním jako pozitivní avšak druhý přisuzuje dané situaci jiný význam. Kvalita života je formována nesčetnými situacemi a okolnostmi.

(Van Houten, 1998)

3.1 Pojem kvalita života

Současná doba vybízí k zájmu o oblast kvality života - QOL (quality of life). „Světová zdravotnická organizace (WHO) založila rozčlenění jednotlivých oblastí QOL na své definici kvality života. WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení: fyzičné zdraví a úroveň samostatnosti (energie a únava, bolest, odpočinek, mobilita, každodenní život, závislost na lékařské pomoci, schopnost

pracovat atp.), psychické zdraví a duchovní stránka (sebepojetí, negativní a pozitivní pocity, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, koncentrace, víra, spiritualita, vyznání atp.), sociální vztahy (osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita atp.), prostředí (finanční zdroje, svoboda, bezpečí, dostupnost zdravotnické a sociální péče, domácí prostředí, příležitosti pro získání nových vědomostí a dovedností, fyzikální prostředí (znečištění, hluk, provoz, klima ap.).“ (Popelová, J., 2006, s. 88)

Obsáhlé rozčlenění dle WHO poukazuje na pojem kvality života jako na odraz vývoje společnosti a lze poukázat i na klienta a jeho vnímání. Kdy samotný jedinec, by měl být východiskem pro poskytování péče.

Roli zde hraje několik faktorů:

- Dlouhé roky určovali sami poskytovatelé péče nabídku daných možností v oblasti péče o klienty s mentálním postižením. Posunutím poptávky po dané péči dochází postupně k nutnosti obratu myšlení v této oblasti.

- Poskytovatelé péče musejí tedy omezovat svoji moc a více žádat o svolení či podávat rozsáhlejší vysvětlení k dané problematice.

- Tím, že poskytovatelé péče nabízejí širší rámec služeb, může někdy vznikat závislost klientů na těchto službách, kterou lze pak nesnadno mírnit.

- Je velký rozdíl mezi situací, kdy volit nemohu a situací, kdy se musím naučím volit.

(Bleeksma, 2001)

V této práci se věnujeme lidem s mentálním postižením, kteří stárnou. Posloupnost těchto slov má jistý význam - jedná se o lidi, kteří mají mentální postižení, jenž má obrovský vliv na jejich životy a tito lidé dlouhou dobu žijí, již mnoho zažili a dožívají se vysokého věku - zkrátka stárnou. Stárnutí - obsahuje velkou pravděpodobnost, že se objeví změny, které mají vliv na kvalitu jejich života. Pokud poskytovatelé péče lidem chtějí pomoci při zlepšení kvality života, musejí vždy vycházet z klientova vlastního prožitku života. Péče o lidi s handicapem má být zaměřena na určitý cíl. Péče musí tedy umožnit klientovi zažít kvalitní život.

Kvalita života je osobní otázkou. Její hodnocení je možno pojmut jako subjektivní náhled klienta na vlastní etapy svého života. Bylo vytvořeno již několik různých dotazníků, které se zaměřovaly na kvalitu života klientů s různým onemocněním. Posuzování kvality života má svůj význam, ať už pro samotného jedince či pro vnímání důležitosti poskytované pomoci a potřebné péče. Musíme si ale uvědomit psychický a fyzický stav jedince, z čehož se odvíjí subjektivní prožitek života a důležité je uvědomit si, *jak* osoba na svůj život pohlíží. Obecně můžeme hovořit o tom, co má vliv na kvalitu života v dnešní době:

- Určení sebe sama – jedná se o sféru, ve které někdo zažívá osobní vliv a může se zabývat kontrolou toho, co se v jeho životě děje. Nikdo nemá kontrolu nad celým svým životem, na to je naše závislost na okolí příliš veliká. Ale pokud bychom prožívali naši svobodu volby pouze v otázkách jako je „Co si dám k jídlu?“, pak to náš život příliš neobohacuje.

- Osobní vývoj a přisouzení smyslu – tvoření identity, sebevědomí a sebeúcty. Získávání znalostí a dovedností v oblastech, které sám jedinec považuje za důležité, ale také kompetentnost či zodpovědnost v situacích ve kterých se objeví potíže.

- Fyzická spokojenost – v této oblasti se především poukazuje na zdraví člověka, výživu, pohyb, ale nesmíme opomenout ani možnost relaxace či možnost uvolnění se.

- Emocionální spokojenost - v případě emocionální spokojenosti jako oblastí spoluurčující kvalitu života míváme na mysli bezpečí a výzvu. Příliš mnoho výzev může vést ke stresu, ale příliš málo výzev má za následek znudění klientů. Je důležité upozornit na upřesnění pojmů, kdy se emocionální spokojenost může zaměnit s dobrou kvalitou života. Emocionalita má pouze vliv na kvalitu života.

- Vztahy k jiným lidem – jedná se především o vztahy s rodinou, přáteli, jinými klienty či s poskytovateli služeb. Důležitá je samotná frekvence a různorodost kontaktů, kromě toho je důležitý význam těchto kontaktů: sounáležitost, teplo, láska, přátelství ...

- Životní klima - co nabízí bydlení a životní okolí ve kterém bydlíme, je-li bezpečné nebo ne. Můžeme mít soukromí nebo jsme obklopeni hlukem záleží i na stavu bytu, ve kterém žijeme a na jeho okolí, kde se nachází nebo v jaké je lokalitě.

- Hmotná spokojenost - jedná se o majetek a finanční zajištění, které by mělo tvořit základ.

- Společenská pozice – je důležité místo, které člověk zaujme ve společnosti a stejně tak šance, které má, aby se účastnil a podílel na vytváření hodnot či jiných společenských prvků v této společnosti.

Zmiňované oblasti nám poskytují trochu více náhledu na pojem kvality života. To, zda někdo považuje svůj život za kvalitní či méně kvalitní je však otázkou posuzování samotné osoby. Pro mnoho lidí s mentálním postižením platí, že při relativně dobré kvalitě života jsou závislí na názorech poskytovatelů služeb. Tito zdůrazňují určité kvality života, kterým dávají přednost před jinými. Přitom jsou patrné i rozdíly zájmů, které jsou věnovány určitým oblastem.

Hodnocení kvality života lze pojmut jako subjektivní náhled jedince na jednotlivé životní etapy. Byly vypracovány různé dotazníky, jež se zaměřují na kvalitu života jedinců s různými diagnózami. Tyto dotazníky se zaměřují na soběstačnost klienta v denních činnostech, hodnocení paměťových schopností nebo na jiné osobnostní projevy a důsledky náročných životních situací.

3.2 Změny spojené se stárnutím osob s mentálním postižením

V procesu stárnutí si můžeme všimnout řady změn, které však nepostihují všechny seniory. Nejvíce zasažena je oblast zdraví, tím se vlastně stárnutí vyznačuje. Neznamená to však, že změny musejí být jen tak přijímány a že se jim nemůžeme bránit. Je nutné počítat s tím, že únava patří k životu, stejně tak jako problémy s pletí a nebo s fungováním smyslových orgánů – především zraku a sluchu. Většina těchto změn probíhá postupně. Snížená schopnost zraku a sluchu či únava mohou být zastřeny změnami v náladě a v chování. Jiní klienti vyjadřují únavu tím, že méně vycházejí a přizpůsobují se bez odporu své změněné situaci. V mnoha případech se změny objevují jen v lehčích formách a mohou zejména na začátku vyvolávat problémy, ale dá se vůbec s těmito obtížemi něco dělat? Potíže se mohou zhoršovat a proces stárnutí získává problematický charakter. Mohou

nastat poruchy funkčnosti orgánů, je obtížnější spolupráce mezi orgány nebo nastávají či jiná závažná onemocnění, která mohou ovlivnit život.

3.2.1 Nadváha

Mezi časté tělesné změny můžeme zařadit především nadváhu. Tato fyzická změna je spojena s vydáváním menšího množství energie. Pokud jedinci nadále konzumují stejné množství jídla, pak tloustnou. Mentálně postižení mají velice často sklon k obezitě, což je podporováno i menším počtem pohybových aktivit, a to především u stárnoucích jedinců. Existuje shoda v tom, že tloustnutí není zdravé, neprospívá srdci a cévám. (Málková, Kreh, 2001)

Nadváha neprospívá ani zádovému svalstvu, ale ani asistentům a ošetřovatelům, kteří musejí zvedat těžké jedince. Státní zdravotní ústav se sídlem v Praze na svých internetových stránkách (www.szu.cz) upozorňuje na to, že problematice výživy ve stáří je třeba věnovat pozornost. Uvádějí zde, na co by se nemělo v této souvislosti zapomínat:

- strava by měla být co nejvíce pestrá
- je vhodné přizpůsobit úpravu a konzistenci stravy – s ohledem na úbytek chrupu
- dostatečná konzumace masa a ryb
- podávání ovoce a zeleniny několikrát denně
- v případě nemožnosti zajištění pestré a výživné stravy je třeba zajistit klientovi vhodné potravinové doplňky (vitamíny, minerální látky)
- nedílnou součástí výživy je dodržování pitného režimu

U jedinců, kteří trpí problematikou nadváhy je důležité využívat různé redukční diety. Je třeba si uvědomit, že dieta neznamena hladovění, ale konzumaci lehkých a výživově pestrých pokrmů.

Kromě obezity se u stárnoucích klientů s mentálním postižením může objevovat nedostatečná výživa až podvýživa. Tento problém může být způsoben zhoršením vnímání chuti, ztrátou chrupu. Dále je nutno brát ohled na zhoršení trávení, omezením hybnosti či užívání léků, jejichž vedlejším účinkem je nechutenství. Trávicí soustava může být méně zdatná při vstřebávání živin. Velkou

roli zde hraje společenský faktor, kdy klient nechce stolovat ve společné jídelně – to se týká různých zařízení a různých důvodů – například, že sedí u stolu s člověkem, který je mu nesympatický nebo se může stydět za svůj projev při stolování je to někdy třes rukou, který způsobí, že klient bude špatně zacházet s příborem. Vhodné jsou někdy různé pomůcky a když je to možné může jedinec stolovat sám, pokud si to vyžádá. Důležitý je režim jídla, kdy platí obecně známá zásada jíst pravidelně, častěji a v menších dávkách.

3.2.2 Mobilita

Nesmíme opomenout důležitost pohybových aktivit, které pozitivně ovlivňují tělesný rozvoj a zvyšují celkovou odolnost jedince. Vhodné jsou pohybové aktivity jako je například pěší turistika či hudebně pohybové cvičení. V negativním stránkám přibývajícím věku patří úrazy a pády. Tyto mohou způsobit omezení chůze, ať klient používá hole, chodítka či částečně vozíku. Jedinec sice nedisponuje velkou silou a možná, že nemůže chodit, ale alespoň se může postavit a musí se opírat rukama. Nepříjemnou součástí různých pádů je bolest, která se ozývá při každém namáhavějším pohybu.

Je třeba počítat se změnou mobility, která může vést k tomu, že se klient nemůže pohybovat ve svém bytě, chráněném bydlení či jiném zařízení. Snížení mobility má mnoho následků. Jedním z mnoha následků je již zmiňovaná nadváha, dále pak špatný krevní oběh a špatné trávení. Při dlouhodobém ležení a sezení se mohou vyskytnout dekubity, tudíž je důležité klienta častěji polohovat a využívat různě měkkých a tvrdších polštářů. Samotný fakt, že jedinec potřebuje pomoc, může mít za následek dlouhé čekání, kdy k jedinci musí docházet ošetřující personál, rodina či přátelé. Zhoršení mobility způsobí ztrátu aktivit – je to narušení důležité oblasti kvality života u stárnoucích jedinců. Okolí klienta by mělo působit podnětně k tomu, aby se pohyboval. Jednou z forem aktivit mohou být i cviky – cviky by měly být prováděny tak, aby byl důraz kladen na sebe sama, na využití pomůcek při cvičení a třeba i na hudbu, která může příjemně působit na celkové pohybové cvičení. S tím souvisí rovnoměrnost ve vytváření denních programů pro cvičení, která by měla spadat do odpovědnosti odborníka. Jelikož tělo staršího jedince není už ohebné a pružné, nesmí dojít k nějakému narušení funkčnosti těla.

Kromě pohybu během pohybových aktivit by měl klient disponovat dostatečným množstvím podnětů, aby sami mohli chodit a aby nebyli omezováni. Zde narážíme na obslužnost sociálního zařízení, kde nesmí chybět madla, polohovatelné a kvalitní židle, postele se správným výškovým nastavením a další nezbytné pomůcky, které usnadňují pobyt, rekonvalescenci a každodenní činnost. Někteří klienti, kteří se špatně pohybují nepovažují za příjemné docházet do různých center, kdy se při cestě mohou střetnout s auty nebo koly, které vyvolávají pocit nejistoty a strachu. Někdy pomáhá hůl, či jiná opora při chůzi, klient se může o něco opřít a určit si sám jak rychle může chodit a nebo kde bude odpočívat. Nesmíme proto opomenout naučit je zacházet s novými pomůckami. Je to proto, aby sám klient ocenil jejich výhody a neměl strach je využívat.

(Bleeksma, 2001)

3.2.3 Osobní hygiena

„Osobní hygiena představuje nejsnadněji ovladatelný faktor. Patří sem zejména celková péče o tělo, způsob výživy, režim stravování, úprava jídel a další hygienické problémy konzumace vhodných jídel a nápojů. Také režim činnosti a odpočinku je velmi důležitý. Nelze zapomínat ani na duševní a sexuální hygienu, každý by měl žít harmonicky a v pohodě.“ (Kvapilík, J., Černá, M., 1990, s. 63)

U stárnoucích klientů s mentálním postižením si v této oblasti všímáme jejich návyků a zvyků – především v oblasti hygieny. Je vhodnějším dávat přednost sprechování a jedinci si sami určují – zda se umyjí ve vaně či ve sprechovém koutě. Samozřejmostí je častější mytí rukou a to z důvodu nebezpečí přenosu různých nákaz, které by mohly narušit zdravotní stav jedince. Je těžké u starších osob měnit jejich zvyky – péče o obličej, vlasy či ústní dutinu. Je třeba si stále uvědomovat, že první dojem je důležitý, proto by péče měla být věnována i vhodnému oblečení a obuvi. Oblečení a boty by měly být z vhodných materiálů a měly by být příjemně nošeny. V dnešní době existuje velká nabídka v oblasti textilu a obuvi, což usnadňuje tuto problematiku. Rád bych se zmínil o péči o zuby, kdy velkým problémem je, že jedinec má špatný a nebo žádný chrup. Žádnou zvláštností, především u starších klientů není zvláštností protéza, která usnadňuje konzumaci jídla. Často jsou zuby zkaženy nebo jejich počet v dutině ústní je minimální. Velký vliv na zuby má samotná medikamentózní léčba, některé léky ničí zuby ničí. Tento

problém by měl být řešen preventivními kontrolami u zubních lékařů, kteří by měli vhodně ovlivnit jedincovu péči o zuby.

Další problematikou je inkontinence, která může být nejen spjata se stupněm mentálního postižení, ale také s přibývajícím věkem. Inkontinence může způsobit u klientů zmatenost, reagují tak možná proto, že si byli celý život jisti, že inkontinentní jsou malé děti. Sám klient může řešit otázku, jak má správně zareagovat a co má v daný okamžik dělat. Může tedy dojít k emocionálnímu narušení spokojenosti a také k fyzické nespokojenosti – čas věnovaný hygienické péči se prodlužuje. Kromě zápachu a zničeného spodního prádla se může objevit odpor ze strany klienta k tomu, aby vycházel ze svého pokoje a nebo se stýkal se svými přáteli. Pomoc je snadná, lze využívat moderní materiál proti inkontinenci, ale musíme brát především ohled na samotného klienta a je zřejmé, že při prvních společných krocích v oblasti osobní hygieny bude jedinec stydlivý či podrážděný.

3.2.4 Smyslové orgány

Stárnutí negativně působí i na naše smyslové orgány (zrak, sluch, chuť, čich, hmat) ve smyslu snížení plného prožívání okolního světa. Daný podnět v tomto důsledku potřebuje k cestě do mozku více času – dochází k celkovému zpomalení nervového systému. Staří lidé jsou tudíž znevýhodněni v situacích, kdy je třeba zvládnout několik jednoduchých postupů současně. “Staří lidé si podle tradičních představ zachovávají svoji moudrost (krystalickou inteligenci), ale ztrácejí důvtip či bystrost (fluidní inteligenci). Tento názor potvrzují i uskutečněné výzkumy, ačkoli je třeba upozornit na to, že určité procento starých lidí si fluidní inteligenci zachovává.” (Stuart-Hamilton, I. 1999, str. 87).

U starších lidí se velice často snižuje kvalita zraku, je narušena schopnost zrakového orgánu. Oči starších jedinců potřebují více světla, aby mohly dobře fungovat. Jsou určité signály a situace, které nám napovídají o stavu zraku – starší klient chce na někoho sáhnout a netrefí se; nebo je méně upravený či špatně vykonává činnost jako je například prostírání. Znaků, jak si povšimnout, že senior má problémy se zrakem je velice mnoho. Více chyb při aktivitách vyžadující činnost rukou. Pokud klient vyhledává jiné aktivity, může to být jeden ze znaků špatné funkčnosti zraku. Ale pozor, takové signály by měli být brány i tak, že může dojít ke snížení zájmu o činnosti, nárůstu nudy, strachu či zmatení v dané činnosti.

Snížení zraku může být velmi často vyrovnáno brýlemi a tím pádem může být problém vyřešen.

Může se také objevit nový problém - někteří klienti brýle nechtějí nosit či je stále sundávají. Dobré je se zaměřit na to, zda brýle netlačí a postupovat klidně, kdy si sám klient musí na nové brýle zvykat – nosit je třeba část dne. Pokud tento přístup naráží na odpor, je dobré společně zjistit, jak na klienta působí, že špatně vidí. To také platí, když je schopnost zraku snížena, když klient i s brýlemi špatně vidí. Co můžeme udělat aby kvalita života v této oblasti byla zachována? Jde o to, aby se klient naučil zacházet s tímto handicapem tak, aby co nejméně jemu samotnému vadil. Aby kvalita jeho života byla co nejméně ovlivněna.

Asistent a klient by měli společně hledat cestu jak fungovat nejlépe, co se k němu hodí a jaké informace a podněty jsou pro něj důležité. Může nastat situace, kdy u jedince dojde k úplné ztrátě zraku, což je obtížný zlomový bod a je pak třeba aby došlo k využití jiného smyslu, jako je například hmat. Záleží na jedinci a jeho přístupu k životu, ale předpokladem by mělo být, že klient má o své okolí zájem a dovede si představit určité pojmy a reaguje na podněty. Někteří starší klienti se stydí sdělit, že mají zrakové a sluchové problémy.

Dalším narušeným smyslovým orgánem je sluch. Stejně jako u zraku je vhodné denně zjišťovat, zda klient dobře slyší. Špatný sluch se může též projevat snížením zájmu a pasivitou. Může se i stát, že klient má různé předměty či maz v uších. Projevem může být i stárnutí sluchového orgánu. Snížení sluchu – vysokých tónů, které jsou důležité pro vedení a sledování rozhovoru může mít za následek špatný sociální kontakt. Ztráta sluchu působí zranitelně. Pro zajištění potřeb v oblasti sluchu lze použít sluchový aparát – naslouchadlo, stejně jako u chůze musíme klientovi pomoci, aby ho co nejlépe používal. Je nutné naučit ho s naslouchátkem zacházet a kontrolovat, zda je funkční. Přejít na tento aparát je náročný, jelikož dříve neslyšel a teď slyší až moc, což může mít za následek unavitelnost z velkého množství hluku. Bez ohledu na naslouchadlo je důležité hovořit jasně. Jedinec musí sledovat ústa, zvyšování hlasu nemá smysl.

Při komunikaci s mentálně postiženými platí to, že komunikace by měla být doprovázena gesty či mimikou. Je velmi důležité, aby špatně slyšící klient byl stále součástí skupiny či komunity. Nižší rychlost rozhovoru je mnohem příjemnější a

nemusíme se tedy namáhat ani my. U klienta může nastat pocit, že je izolován. Opětovná pozornost věnována jiným aspektům stárnoucího klienta: ne vždy platí, že špatně slyšící klient musí být vždy součástí skupiny a musí vědět o všem. Záleží na osobnosti seniora a jeho potřebách. Někteří klienti chtějí mít svůj vlastní klid ve svém pokoji a nechtějí být v rušné společenské místnosti.

Chuť a čich jsou dalšími smyslovými orgány, které se s přibývajícím věkem snižují. Příčinou je degenerace těchto dvou smyslových orgánů. Nesmíme přistoupit na to, aby jedinec při ztrátě chuti přestal konzumovat potravu. Je vhodné využívat různé zábavné hry, při kterých dochází k procvičování jak chuti, tak i čichu.

Nesmíme ani opomenout na snižování kvality v oblasti jemné motoriky, která i tak je u osob s mentálním postižením narušena. Jemná motorika se může zhoršit následkem revmatického onemocnění či Parkinsonovy nemoci, ale i bez takových nemocí je pro mnoho starších lidí nemožné vykonávat dobře jemnou práci. Pro mnoho lidí tyto změny znamenají ztrátu aktivit a ztrátu schopnosti postarat se sám o sebe. Díky moderním pomůckám můžeme nahradit některé činnosti, při kterých je použita jemná motorika.

4. Poskytovatelé sociálních služeb

V průběhu různých životních fází jsou pro jedince nejen s mentálním postižením důležité sociální služby. Mnohem častěji se hovoří o modernizaci sociálních služeb. Je zřejmé to, že kvalitní a partnerský svazek mezi klienty a poskytovateli sociálních služeb by měl zajistit nejen stárnoucím osobám s mentálním postižením delší a kvalitnější život.

Sociálními službami rozumíme různou podporu, pomoc či opatření, které vychází z nutnosti řešit problémovou situaci jedince. Závažným zlomem v životě stárnoucích lidí s mentálním postižením je období, kdy dochází k řešení variant v oblasti bydlení. Rodiče těchto lidí umírají, nebo sami nezvládají péči o své "děti" s handicapem či rodiče zvládají péči a jsou si vědomi své „smrtelnosti“ a snaží se řešit danou situaci s předstihem. Blízcí či jiní příbuzní odmítají vzít na sebe odpovědnost či mají jiné překážky, které brání v tom, že nemohou a nebo nechtějí pomoci. Novosad (2004) nabízí řešení ve dvou rovinách:

- umístění v zařízení s pobytem
- podpora života v domácích podmínkách.

4.1 Umístění v zařízení s pobytem:

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (staré označení Ústavy sociální péče) – jedná se o poskytování služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje následující činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti

- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(zákon č. 108/2006 o sociálních službách § 48)

Dalším zařízením s pobytem jsou *domovy pro jedince s handicapem*. Tyto domovy bývají většinou menšího rozměru a snaží se nahradit rodinnou atmosféru a poskytnout rodinné zázemí. Klient je více začleněn do prostředí zařízení, je možné, že se podílí na různých prospěšných pracích – např. někdo z klientů zametá zápraží apod..Pobyt v tomto zařízení může být celoroční či týdenní, kdy klienti mohou v případě týdenního pobytu odjíždět na víkendy domů.

Stacionáře – zařízení pro denní pobyt klientů. Tj. klient ráno přijde a nebo je přivezen do zařízení, kde následují různé aktivity a jiné terapeutické činnosti a večer jde či jede zpět domů. Výhoda je zde v tom, že rodina plní svou funkci – péče o svého člena, a přesto se může věnovat svému zaměstnání a tudíž finančně zabezpečit funkčnost rodinného soužití. Velmi často jsou stacionáře zřizovány různými organizacemi či nadacemi.

Nesmíme opomenout *hospicová zařízení*, která plní jinou funkci než zmiňovaná zařízení a to především funkci etickou.

4.2 Podpora života v domácích podmínkách:

Domácí péče, kterou zajišťuje *ošetřovatelka*, která klienta navštěvuje v jeho domácím prostředí. Intenzita návštěvnosti záleží na vzájemné dohodě a také na službách, které poskytuje. Nejčastěji se jedná o domácí práce, pomoc při hygieně a oblékání, vyřizuje za klienta nákupy a jiné možné pochůzky. Nesmíme ale opomenout i složku sociální, kdy je pro jedince nesmírně důležitý sociální kontakt, který je v tomto případě i kontaktem s vnějším okolím.

Osobní asistence, kdy hlavní snahou je úsilí o nezávislost a samostatnost jedince s handicapem.

„Realitní péče – vychází z předpokladu, že člověk pečující o své dítě nebo jinou blízkou osobu s postižením, potřebuje (stejně jako kdokoli jiný, nebo ještě více) odpočinek, volný čas. I on potřebuje realizovat své potřeby a zájmy. Proto je

třeba, aby byl občas ve výkonu péče zastoupen buď asistentem, který na určitou dobu přebírá péči o postiženého za něj, nebo stacionářem, který jej na několik hodin denně či několik týdnů v roce zastoupí.“ (Novosad, L., 2000, s. 48)

4.3 Legislativa a sociální služby

Zlomovým bodem v oblasti sociálních služeb byl rok 1989. Převážným poskytovatelem sociálních služeb byl do této doby stát a jeho pole působnosti bylo velice omezené. Nebral se ohled na jednotlivé metody sociální práce a vázl přímý vztah mezi státem a klienty, kdy nedocházelo k vzájemnému propojování vazeb v oblasti sociálních služeb. Revoluční rok 1989 znamenal radikální změnu. Práce se chopili lidé, kteří se nebáli založit nestátní organizace zaměřené na specifické potřeby klientů, jejich prostřednictvím mohli začít poskytovat modernější sociální služby. Docházelo k velkému rozmachu sociálních služeb ve kterých se objevoval moderní trend, který je specifikován aktivním zapojováním samotných uživatelů služeb.

Dalším významným zlomovým bodem je rok 2006. Systém sociálních služeb je obohacen o řadu změn, které jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách, který nabyl platnosti k 1. ledna 2007. Jedná se o zákon číslo 108 o sociálních službách. Hlavním cílem zmiňovaného zákona je ochrana práv a zájmu lidí, kteří mohou být vzhledem ke svému postižení, věku či nepříznivé životní situaci různými způsoby diskriminováni. Dále je patrna snaha o vytváření podmínek důležitých při uspokojování přirozených potřeb jedinců. Pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu vyžaduje podporu, která je tak nutná při vytváření pocitu soběstačnosti.

Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách uvádí cíle zákona o sociálních službách takto:

- vytvořit podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování
- naplnit princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti
- zajistit potřebnou podporu a pomoc pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života odpovídající úrovni rozvoje společnosti
- podpořit a podporovat proces sociálního začleňování

- podporovat proces sociální soudržnosti společnosti
- zabezpečit ochranu osob oslabených ve schopnosti prosazovat svá práva a zájmy
- podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace
- získat přehled o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb
- zajistit potřebnou síť sociálních služeb v území
- zrovnoprávnit poskytovatele sociálních služeb.

Již v roce 2003 uvádí Bílá kniha v sociálních službách, že „sociální služby existují proto, aby pomáhaly lidem udržet si své nové místo ve společnosti a aby je chránily před sociálním vyloučením. Sociální služby by v maximálním možném rozsahu měly lidem pomáhat žít běžný životem, umožnit jim pracovat, nakupovat navštěvovat školu, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o svou domácnost stejně jako o všechny další věci, které jsou lidmi vnímány jako samozřejmé.“ (Bílá kniha v sociálních službách)

Nový zákon číslo 108 o sociálních službách zahrnuje tři základní oblasti sociálních služeb:

1. Sociální poradenství – do této kategorie je zařazeno základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství

2. Služby sociální péče – napomáhají zlepšení psychické a fyzické soběstačnosti a umožňují v nejvyšší možné míře zapojení člověka ve společnosti. Patří sem: 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 a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

3. Služby sociální prevence – snahou je zabránit sociálnímu vyloučení jedince, cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám v překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Do této oblasti spadá raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, 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 z komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

(Zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, § 37 - § 70)

Tímto zákonem a vypsáním všech služeb bychom rádi upozornil na široké spektrum sociálních služeb. Zákon ovšem nepamatuje na služby, které vznikají nově a nebo teprve vzniknou.

Zákon vymezil rozdělení sociálních služeb podle jejich formy na terénní, pobytové a ambulantní a stanovil typy služeb, jejichž náplň blíže specifikuje § 35 a vyhlášce číslo 505/2006 Sb. Celkem je v zákoně a vyhlášce popsáno třicet dva služeb. Ve vyhlášce je přesně uvedeno, jaké úkony jsou poskytovatelé sociálních služeb v rámci dané služby oprávněni poskytovat a na co mají uživatelé nárok.

Územní dostupnost sociálních služeb by mělo zajistit vytváření sítě služeb na úrovni obcí a krajů. Mělo by docházet k vybudování sítě služeb, které by nabízely dostatek vhodných služeb pro všechny cílové skupiny. „Základem plánování sociálních služeb je spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu, vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb.“ (Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, s. 6)

4.4 Kvalita sociálních služeb

V několika posledních letech Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV) hovoří o standardech kvality sociálních služeb. Kvalita

v sociálních službách je mnohdy těžko definovatelná. Za kvalitní služby lze považovat ty, které pomáhají uživatelům žít běžným životem, naplňovat jejich vlastní cíle a chrání jejich práva a zájmy. Velká míra odpovědnosti v zajišťování kvality se nachází jednoznačně vně samotných zařízení či organizací. Kvalita se musí odvíjet od uspokojování potřeb a zájmů samotných uživatelů služeb, ovšem i v zájmu zadavatelů služeb, tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí z veřejných zdrojů – například obce či státu. Propagační publikace MPSV – Standardy kvality sociálních služeb, Praha 2004 či Kvalita v sociálních službách, Praha 2001; hovoří o tom, že zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služeb. Důležitým zdrojem pro hodnocení kvality služeb je: cíl služeb, poslání zařízení, cílová skupina klientů, kapacita zařízení, postupy, jak zajistit respektování práv uživatelů služeb, způsob a principy služeb a další vnitřní pravidla. Rádi bychom zmínili, že neexistuje žádná absolutní definice kvality – to co je společností považováno za „kvalitní“, je závislé na politických, společenských, kulturních, hospodářských či historických vlivech působících v jakékoli situaci.

„Manuály zabývající se kvalitou většinou obsahují pokyny a postupy na dvou úrovních, a to ty, které jsou aplikovány napříč celou organizací a ty, které jsou specifické pro jednotlivé části organizace nebo s ohledem na místní podmínky. Menším organizacím, zabývajícím se poskytováním sociálních služeb, může připadat vypracování zásad přehledného systému kvality zbytečně časově náročné, drahé a byrokratické. Nicméně by měl platit princip, že jasná pravidla obsahují pokyny a postupy existují a jsou respektována všemi organizacemi, bez ohledu na jejich velikost. Soubor zásad však bude reagovat na to, co je podstatné z hlediska souboru konkrétních okolností při poskytování jednotlivých typů služeb.“ (MPSV, 2004, s. 103)

Ke zlepšení kvality by měla napomoci registrace poskytovatelů sociálních služeb, která umožní vstoupit do systému sociálních služeb. Samozřejmostí je to, že registraci dostanou pouze ti, kteří splní určité požadavky. Podmínky, které poskytovatelé musí splňovat a které se týkají bezpečnosti služeb a jejich

individuálního zaměření na uživatele specifikuje § 88 zákona o sociálních službách.

Právě standardy kvality sociálních služeb mají být hlavním prvkem zvyšování úrovně při kontrole kvality. Podle zákona je „důležitým znakem kvality sociální služby její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situaci. Ve standardech je proto zdůrazněna orientace na osobní cíle uživatelů služeb, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost či plnohodnotný život.“ (Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, s. 5)

Systém kontroly a dodržování povinností poskytovatele a kvality poskytovaných služeb by měl zajistit nově zavedený institut inspekce kvality. Inspekce se zaměřuje na podmínky, které jsou uvedeny v § 88 a § 89. Dále se inspekce řídí zákonem o státní kontrole a provádí se v místě poskytování služeb.

Jedním z důležitých spojovacích bodů s kvalitou je samotná orientace na klientelu. Dostí obtížně se vypracovává měřítko kvality, protože samotní klienti nemusejí vždy být schopni vyjádřit své podnětné připomínky související s kvalitou služeb, která se jim dostává. Proto někdy nedochází k objektivnímu získávání informací.

Lidská práva by měla být zaručena všem osobám bez rozdílu sociálního statutu či zdravotního stavu. Snahou zákona je předcházet možnému porušování práv uživatele nebo jeho diskriminaci. Především v komunikaci bychom měli používat takovou formu, aby ji samotný klient rozuměl.

Důležitým bodem je samotná smlouva o poskytování sociálních služeb. Podle zákona má poskytovatel povinnost uzavřít s uživatelem nebo jeho zákonným zástupcem písemnou smlouvu v případě poskytnutí sociální péče. Smlouva by měla obsahovat kromě jiných náležitostí i rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytované služby a výpovědní lhůty. Pracovník zařízení zjišťuje, co zájemce od služby očekává, a společně pak formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba dohodnuté cíle naplňovat. Smlouvou se tedy rozumí oboustranná ochrana smluvního vztahu.

Aby nedocházelo k porušování mlčenlivosti zaměstnanců – poskytovatelů sociálních služeb, obcí, kraje či státu, je ujednána v případě porušení mlčenlivosti výše pokuty a vše je posuzováno jako právní delikt.

Jedním z důležitých problémových okruhů je i opatření týkající se omezení pohybu osob. Zákon definuje, v jakém případě lze použít opatření omezující pohyb osob (přímé ohrožení zdraví a života uživatele, zdraví a život jiných fyzických osob). Opatření by mělo být použito tehdy, kdy došlo k selhání jiný z možných variant, jako je např. domluva. Opatření by mělo mít přiměřeně dlouhé trvání. Samozřejmostí v takovýchto situacích je uvědomění lékaře, který by měl vydat souhlas. Informován by měl být i zákonný zástupce uživatele. V případě výskytu takovéto situace by mělo dojít k její evidenci, zároveň by tato zpráva měla obsahovat určité informace – např. kdy se událost stala, důvod použití opatření, doba trvání opatření atd...

„Uživatelé si mohou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb, aniž by tím byli jakýmkoli způsobem ohroženi. Zařízení za tímto účelem má stanovená a uplatňuje vnitřní pravidla, se kterými jsou seznámeni uživatelé i pracovníci.

Dále zařízení podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, jako je rodina, přátelé a snaží se předejít jeho návyku na sociální službu. V případě potřeby umožňuje využívání dalších sociálních služeb.“ (Standardy kvality sociálních služeb, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004)

5. Dotazníkový průzkum

5.1 Cíl dotazníkového průzkumu

Dotazníkové šetření je jednou z mnoha možností, jak lze zjistit názory poskytovatelů sociálních služeb. Dotazník obsahuje široké spektrum otázek, ke kterým se mohou poskytovatelé vyjádřit. Cílem bude získat názory poskytovatelů sociálních služeb na problematiku stárnutí osob s mentálním postižením. Následně pak přináší dotazník cenné údaje o připravenosti sociálních zařízení na populační nárůst stárnoucích osob s mentálním postižením.

5.2 Cílová skupina šetření

Cílovou skupinou byli samotní poskytovatelé sociálních služeb.

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,

- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče.

Kombinací zařízení sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.

(zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách)

Dotazníky jsme posílali zařízením, která poskytují péči stárnoucím jedincům s mentálním postižením, tudíž klienti žijí mimo domov. Seznam poskytovatelů neboli Adresář zařízení sociální péče v ČR 2006 jsme vyhledali na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí – <http://www.mpsv.cz/cs/9> Proto zařízení nesou starší název, než se nyní používá dle nového zákona č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách.

5.3 Metoda dotazníkového šetření

Za účelem splnění cíle diplomové práce jsme zvolil metodu dotazníkového šetření. Jeho velkou výhodou je získání písemných odpovědí od velkého množství respondentů. Respondenti mohou mít dostatek času na vyplnění dotazníku a jejich odpovědi mohou mít hodnotovou kvalitu. Respondent může pomocí dotazníku uvádět i odpovědi na citlivější otázky, které by při osobním kontaktu nemusely být vhodné. Nevýhodu dotazníku vidíme především v tom, že nedochází k osobnímu kontaktu mezi respondentem a tazatelem, tudíž respondent může některé otázky pochopit jinak, než je tazatel myslel. Při dotazníkovém šetření je třeba počítat s nižší návratností, kdy respondenti dotazník nevyplní.

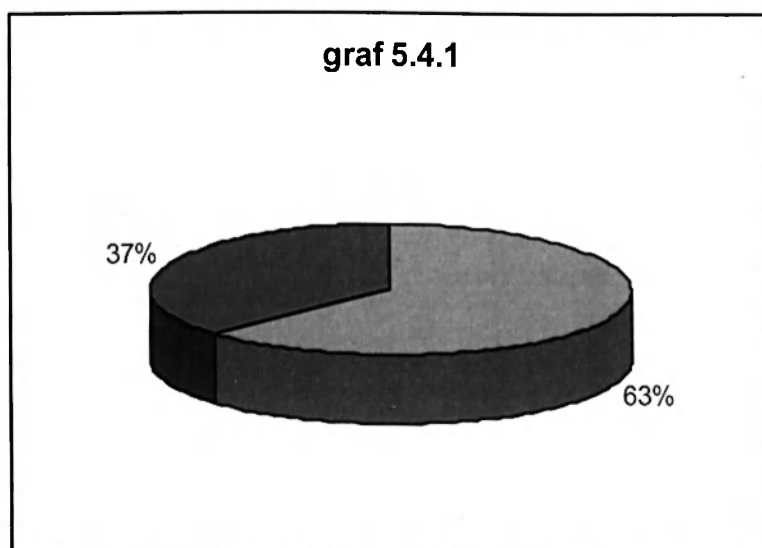
Dotazník jsme koncipovali tak, aby co nejrozsáhleji pokrýval zkoumaný cíl diplomové práce. Snažili jsem se o co nejvýstižnější formulaci otázek, aby nevznikala možnost různého výkladu otázek. Dotazník je tvořen otevřenými a

uzavřenými otázkami. Respondenti měli i dostatečný časový prostor pro vyplnění dotazníků, který byl delší než dva měsíce.

Dotazník jako celek jsme uspořádali tak, aby zde kromě informací o klientech mohli samotní poskytovatelé uvést svůj názor k dotazníku a k celkové problematice týkající se péče o stárnoucí klienty s mentálním postižením. Odeslaný dotazník je součástí této diplomové práce – viz. příloha číslo jedna.

5.4 Proces šetření

Poskytovatelé byli osloveni oficiálním dopisem, ve kterém bylo vysvětleno, z jakého důvodu se dotazníkové šetření bude konat. Konečný termín byl domluven písemně – datum bylo pro všechny poskytovatele jednotné. Přesto se však nepodařilo získat od poskytovatelů sociálních služeb odpovědi na všechny položené otázky. Některé dotazníky tedy nebyly úplně vyplněny, ale i tak byly zařazeny do celkového shrnutí a procentuálních výpočtů. Dotazník byl distribuován pomocí poštovních obálek po celé ČR v období měsíce listopad roku 2007. Do distribuce bylo dáno celkem 108 dotazníků. Seznam obeslaných zařízení je zveřejněn v příloze číslo 2. Vyplněný dotazník jsme zpětně získali od 40 poskytovatelů sociálních služeb. Následný graf (graf 5.4.1) poukazuje na procentuální návratnosti dotazníků.



Z celkového počtu rozeslaných dotazníků – 108 dotazníků, byla návratnost 37% tomuto procentuálnímu vyjádření odpovídá 40 vyplněných a odeslaných dotazníků. Dotazník tedy nevyplnilo 63% respondentů. Tudiž se dotazníky nevrátily od 68 respondentů.

6. Pilotní ověření dotazníku

Otázky v dotazníku jsem se snažili strukturovaně uspořádat. Otázky v dotazníkovém šetření se především zabývají problematikou péče o jedince s mentálním postižením. Z odpovědí měly vyplynout názory poskytovatelů sociálních služeb na oblast sociální péče.

Název dotazníku jsme zvolil se záměrem vyvolání zájmu o jeho vyplnění. Název dotazníku: „DOTAZNÍK PRO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB“.

Dotazník byl pilotně ověřen ve dvou odlišných zařízeních. Prvním zařízením byl Ústav sociální péče ve Vlašské ulici na Praze 1 a druhým zařízením byla pobočka občanského sdružení POHODA se sídlem v Praze. Jedná se o osobní asistence a odlehčovací službu v rodinách. V zařízení POHODA pracuji jako dobrovolník v denním komunitní centru.

6.1 Domov sociálních služeb Vlašská

„Domov sociálních služeb Vlašská je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Hlavní město Praha se sídlem Praha 1.

Předmětem činnosti je:

- sociální péče s celoročním, týdenním a denním provozem pro mentálně postižené osoby
- vzdělávání mentálně postižených osob
- provoz chráněných bytů pro osoby s mentálním postižením
- organizování chráněné dílny
- organizování školení a dalšího vzdělávání v oblasti péče o mentálně postižené “

<http://www.usppl.cz/index.html>

Domovy pro osoby se zdravotním postižením Vlašská poskytuje péči osobám s mentálním postižením a to v denním, týdenním či celoročním pobytu. Poskytování sociální péče je obohaceno o zdravotní, rehabilitační a terapeutickou péči. Celkové zařízení Vlašská se skládá z pěti jednotlivých středisek, hlavním cílem je tedy integrace jedinců nejen do všech částí zařízení, ale i do majoritní společnosti. Jedna z možností integrace je i forma chráněných bytů, které nejsou v areálu zařízení a tudíž napomáhají k celkové integraci do majoritní společnosti.

V současné době v zařízení žije 30 klientek s mentálním postižením, jejichž věk se pohybuje mezi 20 - 50 lety. K ubytování klientek celoročního pobytu slouží nově rekonstruovaná podkrovní část objektu pro 10 osob. Je zde k dispozici společenská místnost, kuchyň, aranžérská a keramicko-výtvarná dílna či herna s hudebními nástroji.

Při práci s klienty je v tomto zařízení kladen důraz na individuální přístup a uplatnění klientovy volby – např. při rozhodování ve volbě činností. Klienti se zapojují do běžných činností v zařízení – úklidové a pomocné práce. Důraz je kladen na rozvoj v oblasti sebeobsluhy, motoriky, komunikace, psychických funkcí a pracovních dovedností. Klienti mají možnost rehabilitačně-relaxačního pobytu

mimo zařízení. Středisko Vlašská pořádá různé kulturní akce – jarmark či divadelní představení.

S vyplněním dotazníku v tomto zařízení nebyl větší problém. Při společné konzultaci jsme se pozastavovali nad jednotlivými body v dotazníku, abychom upřesnili formulaci různých otázek. Jediný problém, který zde vznikl, byl ten, že PhDr. Seethalerová (osoba, která vyplnila dotazník za Domov sociálních služeb Vlašská), byla natolik svědomitá, že se snažila aby veškeré údaje početně souhlasily, což zapříčinilo větší časovou náročnost při vyplňování. Dotazník po této konzultaci prošel drobnými změnami, které se týkaly použití přesnějších slovních vyjádření.

6.2 POHODA – Chráněné komunitní bydlení

Chráněné komunitní bydlení poskytuje pobytovou sociální službu, které spočívá v nabídce domu pro klienty s různým stupněm mentálního postižení. Služba - péče je poskytována non-stop. Služby jsou vázány na individuální potřeby jedinců, kteří se sami zapojují do chodu domácnosti a spolurozhodují o denních činnostech. Znamená to tedy, že klienti chodí s asistenty na společné nákupy, při kterých se rozhoduje o tom, co se bude vařit k jídlu či jaké potřebné věci je třeba koupit pro potřeby společného bydlení.

Klienti mají možnost ubytování v různých pokojích, kde mohou být sami a nebo pokoj sdílí s některým ze spolubydlících. Míru pomoci zde mají i samotní asistenti, kteří zde fungují s ohledem na soběstačnost a schopnost samotného fungování všech klientů. Volný čas klientů je vyplněn různými aktivitami – mohou docházet do Denního komunitního centra a nebo je snaha, aby klient našel pracovní uplatnění na trhu práce. „Člověk s postižením je jen malým kolečkem velkého ústavního „stroje“ a nemá prakticky možnost svůj život nijak ovlivňovat. Dospělý, někdy dokonce už stárnoucí nebo starý člověk s handicapem má však své velmi individuální potřeby, ustálené zvyky a značnou potřebu soukromí. Potřebuje skutečný domov. Stejně jako všichni, i lidé s postižením touží po lásce a normálním životě v páru. Služby chráněného bydlení jim toto zázemí mohou nabídnout.“ (<http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=47&lang=cs>)

I zde jsem se setkal s vlídným přijetím a ochotou vyplnit dotazník, který zde nebyl kriticky ohodnocen. Jednalo se zde o další formální úpravy, o grafickou úpravu, která měla usnadnit orientaci v dotazníku. Problém byl shledán v tom, že někteří z daných klientů se nedají přímo zařadit do různých tabulek, což je samozřejmé. Dále jsme rozebírali poslední otázky dotazníku, které jsou spíše více zaměřeny pro vyjádření poskytovatelů.

Oběma zařízeními bych rád ještě jednou poděkoval, že jejich zaměstnanci byli ochotni vyplnit dotazník a byli vstřícní ke společné konzultaci nad dotazníkem. Oba pilotní dotazníky jsem zařadil do celkového počtu přijatých vyplněných dotazníků a tudíž je započítal do statistiky.

7. Analýza dotazníkového šetření

Dotazník je strukturován do čtyřech základních bodů a to:

1. Informace o poskytovatelích sociálních služeb – jedná se o dotazníkovou část, která má stručně charakterizovat dané zařízení – tj. s jakými klienty pracují, počty klientů, počty zaměstnanců, kdo je zřizovatelem zařízení či do jakého kraje jejich zařízení spadá.

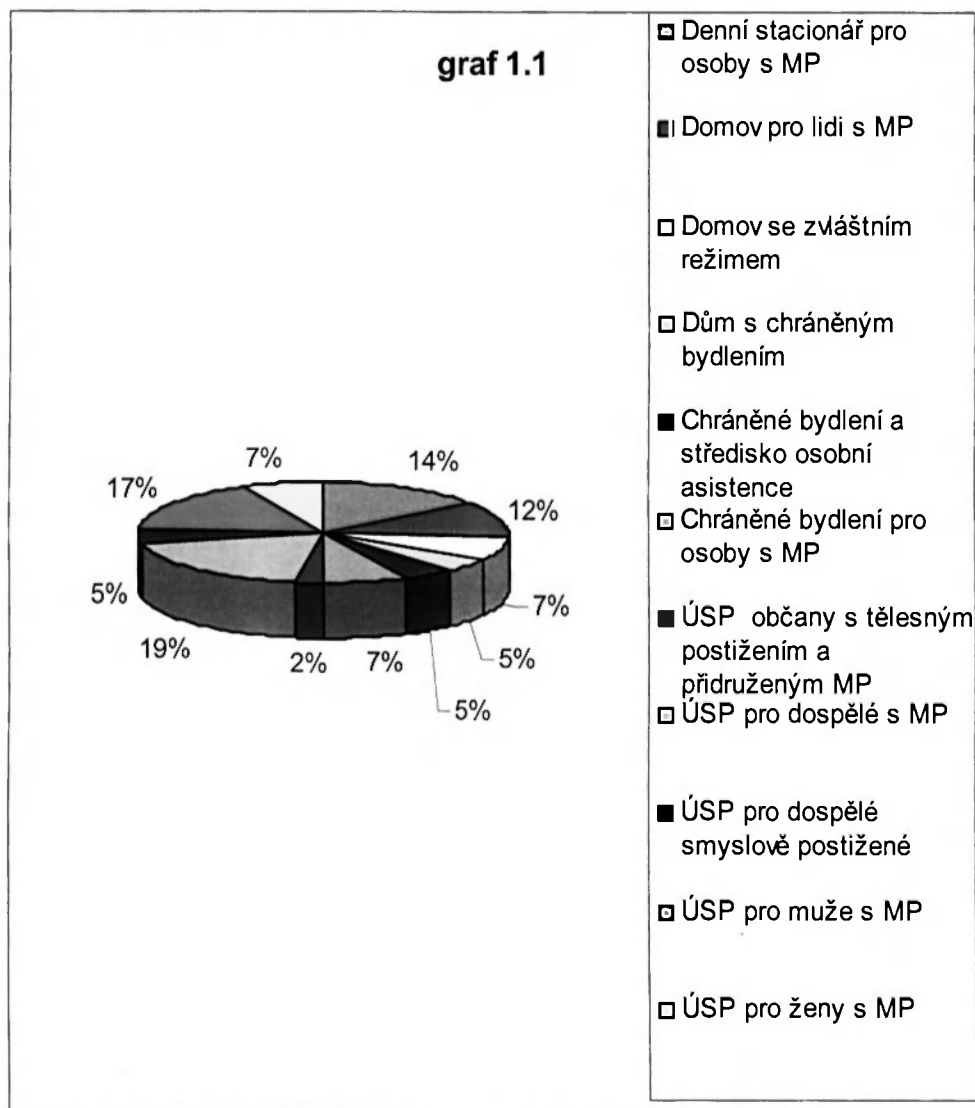
2. Informace o klientech v daném zařízení či organizaci – zde se dotazník zaměřuje na rozumové schopnosti klientů, jejich komunikační schopnosti, na zdravotní stav klientely, dále na sociální oblast vztahů mezi klienty, na sebeobsluhy jedinců a na aktivity klientů. Každá z otázek je tvořena z několika podotázek, které by měly vytvořit obraz o zařízení. Zde jsem se snažil zaměřit na nejaktuálnější problematiku při práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

3. Doplňující otázky k dotazníkovému šetření – jedná se spíše o otázky, které již nejsou směřovány na samotné klienty, ale spíše na pracovníky zařízení. V této části dotazníku jsou otázky zaměřeny na vzdělávání zaměstnanců, zda zařízení spolupracuje s jinými zařízeními a jaké metody práce s klienty dané zařízení preferuje.

4. Možnost vlastního názoru či jiných připomínek k dotazníku – zde jsem chtěl získat názor respondentů na celkový dotazník, jak se jim s dotazníkem pracovalo a v čem vidí stinná místa dotazníku.

7.1. INFORMACE O POSKYTOVATELÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:

▪ graf (graf 1.1) znázorňuje procentuální vyjádření účasti zařízení na dotazníkovém šetření



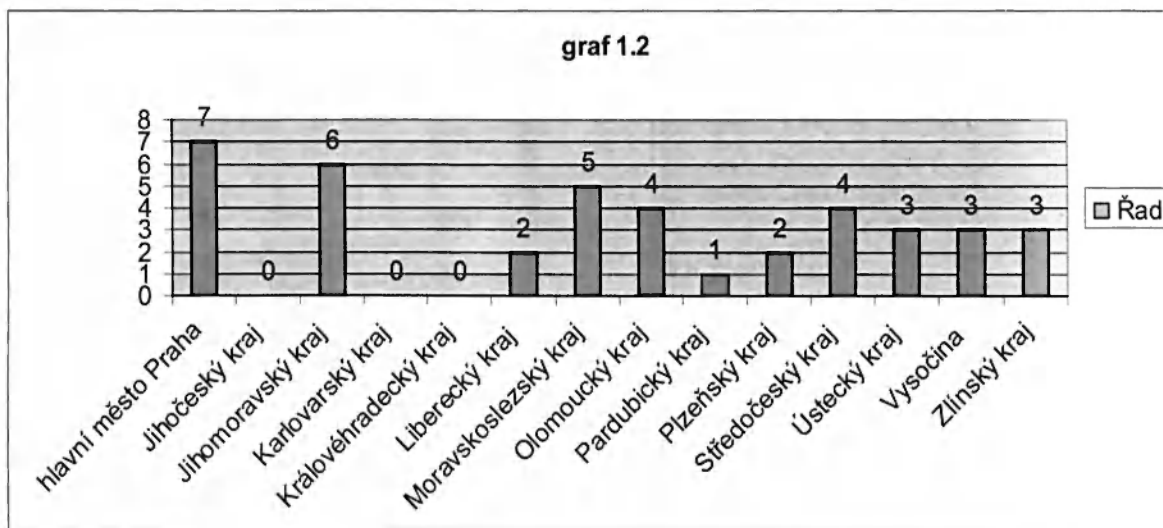
Největší počet navrácených dotazníků – 19% tj. 8 vyplněných dotazníků, byl z ÚSP pro dospělé s MP (dle zákona č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách se jedná o domovy pro osoby se zdravotním postižením)

Počet dotazníků – 17% tj. 7 vyplněných dotazníků, byl z ÚSP pro muže s MP (dle zákona č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách se jedná o domovy pro osoby se zdravotním postižením).

Jsem rád, že největší návratnost byla ze zařízení, kde je nejvíce stárnoucích klientů s mentálním postižením. Návratností z těchto zařízení pro klientelu

s mentálním postižením získávají údaje vyplývající z dotazníkového šetření na vyšší kvalitě. Myslím si, že poskytovatele v zařízeních s několika málo stárnoucími klienty s mentálním postižením nebyli ochotni vyplnit dotazník, jelikož je dotazník zaměřen na určitou skupinu klientů a není zaměřen na pouze na zařízení. Tato má domněnka potvrzuje to, že největší návratnost byla ze zařízení pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých respondent většinou pracoval s údaji celého zařízení a nemusel klienty různě rozčleňovat, například dle druhu handicapu.

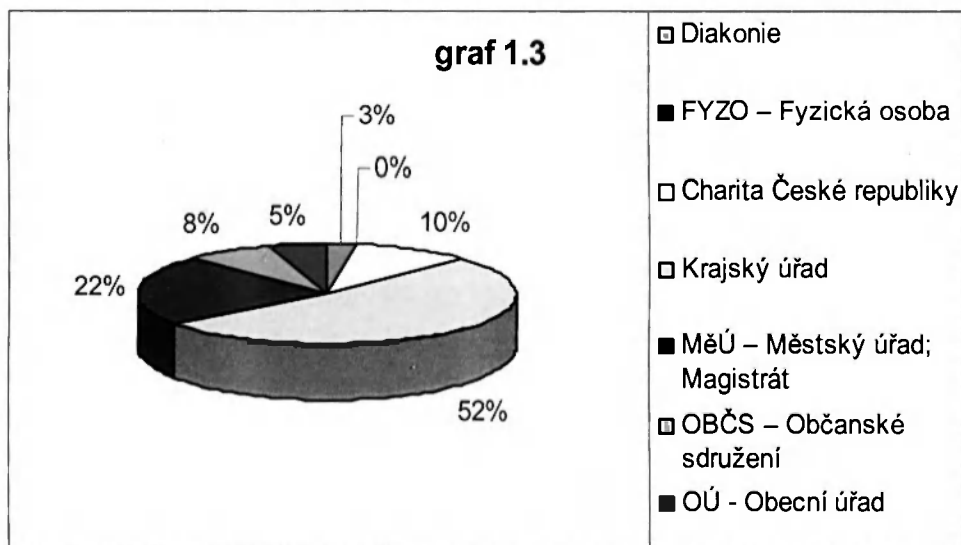
▪ graf (graf 1.2) znázorňuje počty vyplněných dotazníků z daných krajů



Největší počet vyplněných dotazníků byl v hlavním městě Praha, celkem zde bylo vyplněno sedm dotazníků. Mohu se pouze domnívat, že poskytovatelé sociálních služeb v Praze jsou nejvíce zvyklí a vstřícní k různým dotazníkovým průzkumům, proto zde bylo nejvíce vyplněných dotazníků. Považuji za vhodné podotknout, že Praha nepatřila k těm krajům, kde by byl největší počet zařízení či organizací.

Šest vyplněných dotazníků se navrátilo z Jihomoravského kraje. Z Moravskoslezského kraje dotazník vyplnilo pět respondentů. Ve Středočeském a Olomouckém kraji bylo vyplněno stejný počet dotazníků – v každém z krajů po čtyřech dotaznících. V krajích Vysočina, Ústeckém a Zlínském kraji byl vyplněn také stejný počet dotazníků – v každém z krajů dotazník vyplnili tři respondenti. Z Plzeňského a Libereckého kraje se navrátilo po dvou dotaznících – tj. z každého kraje dva dotazníky. Jeden dotazník byl přijat z Pardubického kraje. Jihočeský kraj, Karlovarský kraj a Královéhradecký kraj - zde nebyl vyplněn žádný dotazník, i když v daných krajích byla kontaktována různá zařízení.

▪ *graf (graf 1.3) vykazuje zřizovatele daných organizací či zařízeních:*



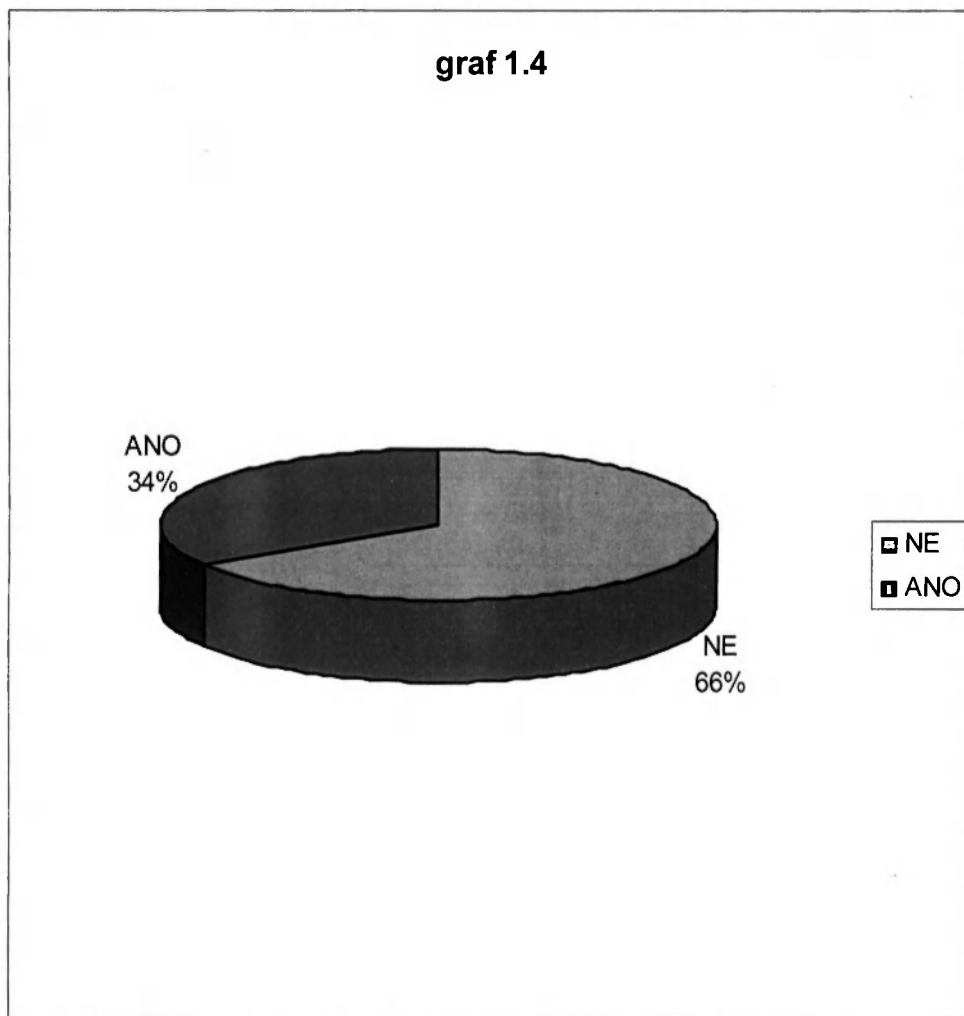
Většina zařízení sociálních služeb je nyní zřizována kraji či obcemi, tento fakt potvrdil i dotazníkový průzkum, jelikož 52% respondentů je zřízeno Krajskými úřady. Dále následuje Městský úřad – Magistrát a to ve 22%.

▪ *celkový počet zaměstnanců v zařízeních či organizacích:*

Celkem odpovědělo 40 respondentů. Je důležité vycházet z údajů o zařízeních, kdy každé zařízení poskytuje různé druhy služeb a tím se liší i počty zaměstnanců v zařízeních. Musíme si také uvědomit, že každé zařízení má odlišnou kapacitu klientů a tudíž jsou zde různé počty zaměstnanců.

Po sečtení různých počtů zaměstnanců vyšel součet na 1 520 zaměstnanců. Považuji zde za nevhodné zprůměrnovat počet zaměstnanců na jedno zařízení, ale je důležité si uvědomit, kolik zaměstnanců pracuje v počtu 40 zařízeních. Mně samotného tento číselný údaj o počtu zaměstnanců překvapil aniž bych ho chtěl hodnotit.

- graf (graf 1.4) znázorňuje zda v daných zařízeních či organizacích pracuje speciální pedagog:



Z grafu vyplývá, že v 66% dotazovaných zařízeních nepracuje speciální pedagog. Na graf navazuje následná tabulka 1.5, která znázorňuje počty pedagogů v dotazovaných zařízeních či organizacích.

▪ *tabulka (tabulka 1.5) poukazuje na počet speciálních pedagogů v zařízeních či organizacích:*

<i>počet speciálních pedagogů</i>	<i>počet zařízení</i>
1 speciální pedagog v zařízení	6
2 speciální pedagogové v zařízení	1
3 speciální pedagogové v zařízení	3
4 speciální pedagogové v zařízení	1
5 speciálních pedagogů v zařízení	1
6 speciálních pedagogů v zařízení	0
7 speciálních pedagogů v zařízení	1

Různorodost v oblasti zaměření se zařízeních či organizacích umožňuje i uplatnění různých odborníků. V odborném týmu by neměl chybět lékař, psycholog, sociální pracovník a speciální pedagog. Uplatnění speciálního pedagoga může být různé – asistent, vychovatel, asistent pedagoga atd.

Velice často jsem se v dotazníkovém šetření setkával s odpovědí, že v zařízení speciální pedagog nepracuje – tuto negativní odpověď znázorňuje graf 1.4, kdy záporná odpověď byla napsána v 66% dotazníků.

Následná tabulka (tabulka 1.5) znázorňuje kolik speciálních pedagogů v zařízeních pracuje. Nejčastěji je zaměstnán jeden speciální pedagog, ale výjimkou není ani to, že v zařízení pracuje více speciálních pedagogů. Bylo by třeba se zajímat o to, zda jedinec vykonává funkci speciálního pedagoga či zda pro zařízení pracuje na plný pracovní úvazek nebo zda pracovní úvazek je rozdělen na více speciálních pedagogů. Nejvíce speciálních pedagogů v jednom zařízení bylo sedm.

▪ *cilové skupiny klientů na které jsou kontaktovaná zařízení či organizace zaměřeny:*

(je zde použita terminologie, jenž byla napsána ve vyplněných dotaznících)

- MP muži
- MP ženy
- osoby s mentálním postižením
- osoby s mentálním postižením, kombinovanými vadami a rysy autismu
- osoby s různým stupněm MP, popř. s kombinovaným či přidruženým tělesným postižením od počátku školní docházky do konce života
- osoby s různými typy demencí a osoby s mentálním postižením
- osoby se zdravotním postižením, tělesným, mentálním, kombinovaným, jiným zdravotním postižením, senioři
- pro osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, a potřebují pomoc jiné osoby
- senioři se zrakovým postižením
- sociálně vyloučené osoby
- ženy od 26 let z oblasti daného kraje, se střední a těžkou MR, se sníženou schopností sebeobsluhy vyžadující asistenci druhé osoby

Jsem rád, že poskytovatelé uvedli přesné údaje o tom, na jakou klientelu se jejich zařízení zaměřuje. Výše vypsané údaje poukazují na rozdílnost zařízení v oblasti zaměření se na klientelu. Považuji za velice přínosné, že se dotazníkového šetření neúčastnily pouze domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale i zařízení, která vykazují nižší podíl stárnoucích klientů s mentálním postižením.

Z toho lze vyvodit i to, že senioři s mentálním postižením nemusí být umístěni do typově jednotných zařízení, ale že jsou schopni prožívat svůj život s osobami s jiným druhem handicapu než mají oni samotní.

▪ *celkový počty klientů v daných zařízeních či organizacích:*

Vycházíme zde ze součtu klientů, kteří žijí v zařízeních, jenž se účastnila dotazníkového šetření. Celkem odpovědělo 40 respondentů a po sečtení klientů vyšlo, že v těchto zařízeních žije 2 920 klientů.

Tento údaj můžeme nyní spojit s údajem již získaným a to s počtem zaměstnanců. Následné číselné vyjádření se bude týkat již zmiňovaných 40ti respondentů, kteří odpověděli na dotazníkové šetření. Celkový počet zaměstnanců – tj. 1 520 a počet klientů 2 920. Tyto dvě čísla spolu úzce souvisí, jelikož z tohoto číselného údaje můžeme interpretovat domněnku, že na dva klienty vychází jeden zaměstnanec.

▪ *maximální počet klientů – kapacita zařízení:*

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že každé ze zařízení je plně obsazeno a ve většině případů byly údaje takové, že je kapacita převýšena

V současné době převažuje trend co nejvyššího stupně osamostatnění jedinců s mentálním postižením a to především v oblasti bydlení. Z mého dotazníkového šetření nelze vyvodit, kde je větší procento klientů – zda v domovech pro osoby se zdravotním postižením či v různých organizacích, které poskytují pro své klienty chráněné bydlení.

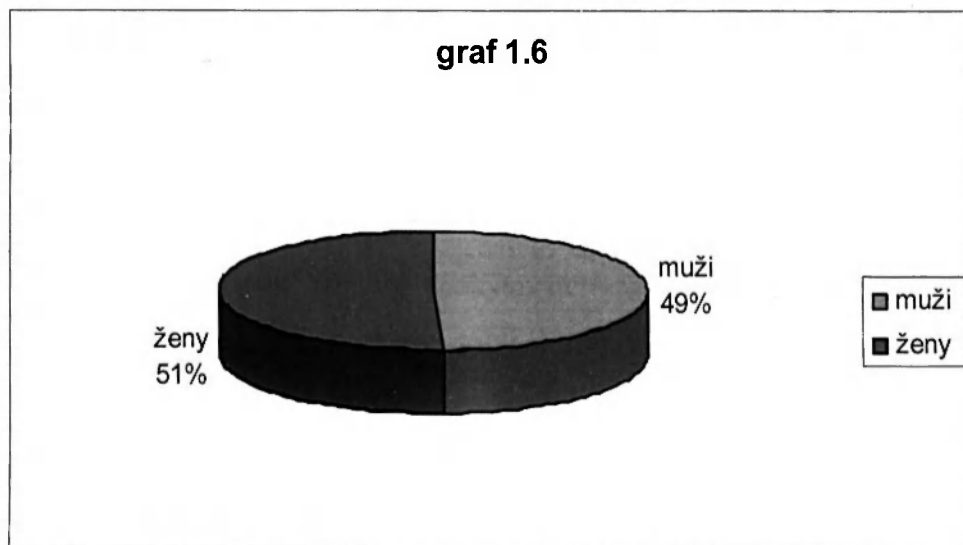
Z dotazníkového šetření mohu vyhodnotit údaj, který poukazuje na nedostačující kapacitu zařízení a to at' chráněného bydlení či jiných možností ubytování a způsobu života.

▪ *celkový počet klientů nad 40 let (kolik mužů a žen):*

Celkový počet klientů nad 40 let činní ve všech zařízeních 2 230 klientů. Bohužel rozdělení do kategorie mužů a žen není možné, protože většina vyplněných dotazníků obsahovala pouze celkový počet klientů.

▪ *graf 1.6 - rozdělení klientů dle pohlaví – kolik mužů a žen:*

- ženy 1485
- muži 1440



Tímto údajem jsem chtěl získat důležitou informaci o počtu klientech. Zda převažují klienti ženského či mužského pohlaví. Myslím si, že pro další dotazníkové šetření je vhodné, že procentuálně jsou počty mužského a ženského pohlaví vyrovnány a tudíž lze s dalšími údaji pracovat s ohledem na fakt, že počty mužů a žen jsou shodné.

▪ *věkové rozmezí klientů v zařízeních či organizacích:*

Velice záleží na tom, jaké služby dané zařízení poskytuje od toho se odvíjí věkové rozmezí klientů. Z dotazníkového šetření vyplývá, že věk klientů se pohybuje od narození až do úplné konečné fáze života.

S prodlužováním délky života majoritní společnosti souvisí i prodlužování délky života u osob s handicapem. Nejstarším klientem v dotazovaných zařízeních je klient ve věku 99 let. Což je na klienta s mentálním postižením velice úctyhodný věk.

7.2. INFORMACE O KLIENTECH V ZAŘÍZENÍCH ČI ORGANIZACÍCH:

7.2.1 Primární zaměření zařízení na danou skupinu klientů:

- cílové skupiny klientů na které jsou kontaktované zařízení či organizace zaměřeny:

Odpovědi velice korespondovaly s otázkou v dotazníkové části 1 „cílové skupiny klientů na které jsou kontaktované zařízení či organizace zaměřeny“.

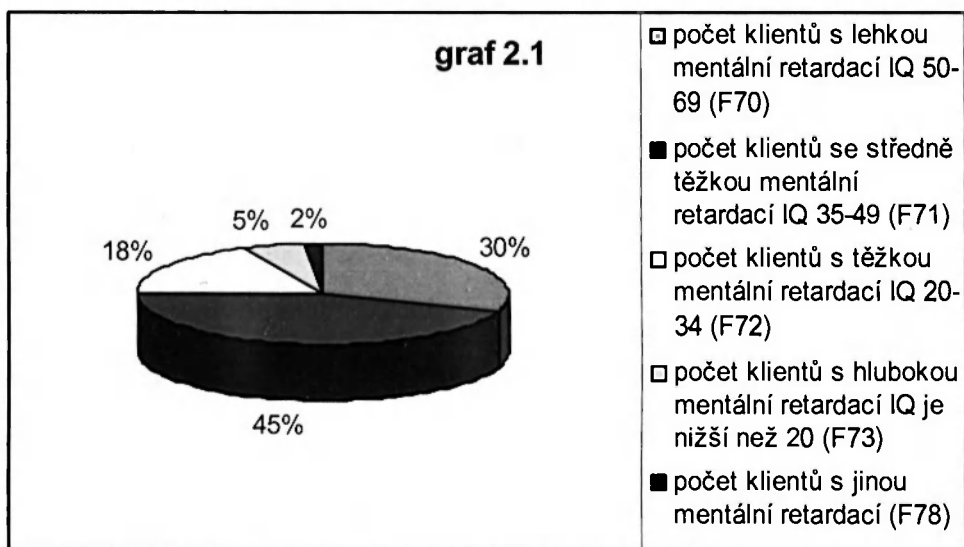
Tuto otázku hodnotili samotní poskytovatelé jako nadbytečnou, jelikož se opakovala v dotazníkové část 1 „cílové skupiny klientů na které jsou kontaktované zařízení či organizace zaměřeny“.

7.2.2 Graf (graf 2.1) poukazuje na počty klientů s mentálním postižením:

Při vyplňování této otázky měli poskytovatelé problém s přesnými počty klientů s mentálním postižením. I přesto byla zařízení, která tuto kategorii nevyplnila. Vyhodnocovalo se zde z celkového počtu 2 010 klientů s mentálním postižením.

Chtěl jsem získat přesnější údaje o klientech, kteří žijí v různých zařízeních, která skupina stárnoucích klientů s mentálním postižením v těchto zařízeních převládá.

počet klientů s lehkou mentální retardací IQ 50-69 (F70)	608 klientů
počet klientů se středně těžkou mentální retardací IQ 35-49 (F71)	896 klientů
počet klientů s těžkou mentální retardací IQ 20-34 (F72)	367 klientů
počet klientů s hlubokou mentální retardací IQ je nižší než 20 (F73)	105 klientů
počet klientů s jinou mentální retardací (F78)	34 klientů

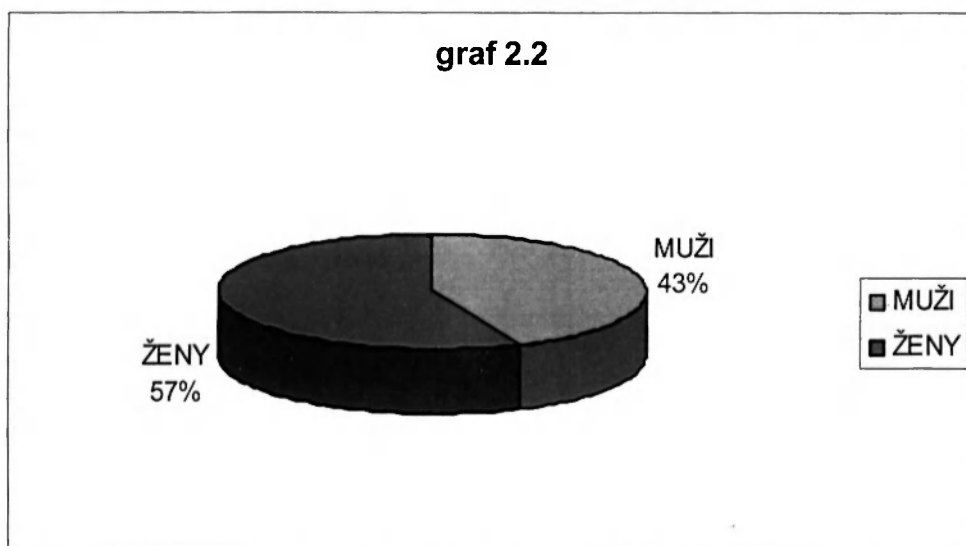


Zdaného grafu 2.1 vyplývá, že největší skupinu v dotazovaných zařízeních či organizacích tvoří lidé se středně těžkou mentální retardací. Je třeba si uvědomit, že byla kontaktována sociální zařízení a nejvíce navracených dotazníků bylo ze zařízení s pobytem (domovy pro osoby se zdravotním postižením), tudíž je pravděpodobnější, že jsou zde umístěni klienti s těžším stupněm mentálního postižení.

7.2.3 Rozumové schopnosti klientů:

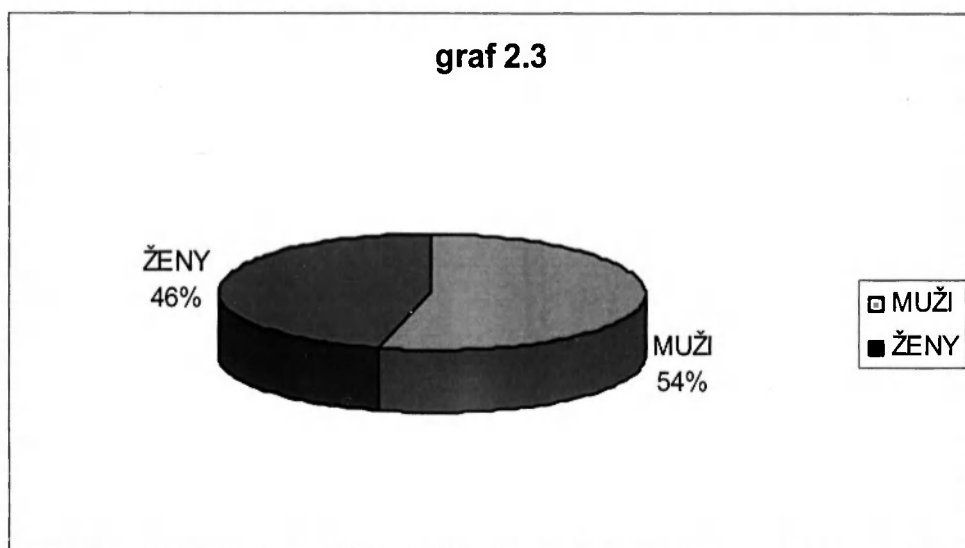
Vzdělávání osob s mentálním postižením je poměrně dostatečně pokryto sítí speciálních škol a také je snaha integrace žáků do běžných škol. Rozumové schopnosti klientů jsou individuální a nedají se zobecňovat. Můžeme se řídit informací o ukončené povinné školní docházce, která nebyla vždy pro všechny dotazované klienty povinná. Je třeba si uvědomit souvislost s historickým vývojem v oblasti vzdělávání osob s mentálním postižením, kdy v určitých letech nebyla možnost tyto jedince vzdělávat. Ale i přesto je zajímavé získávat údaje o klientech, kteří zvládají trivium či mají ukončené základní vzdělání.

- graf (graf 2.2) poukazuje na počet klientů, kteří mají ukončené základní vzdělání:



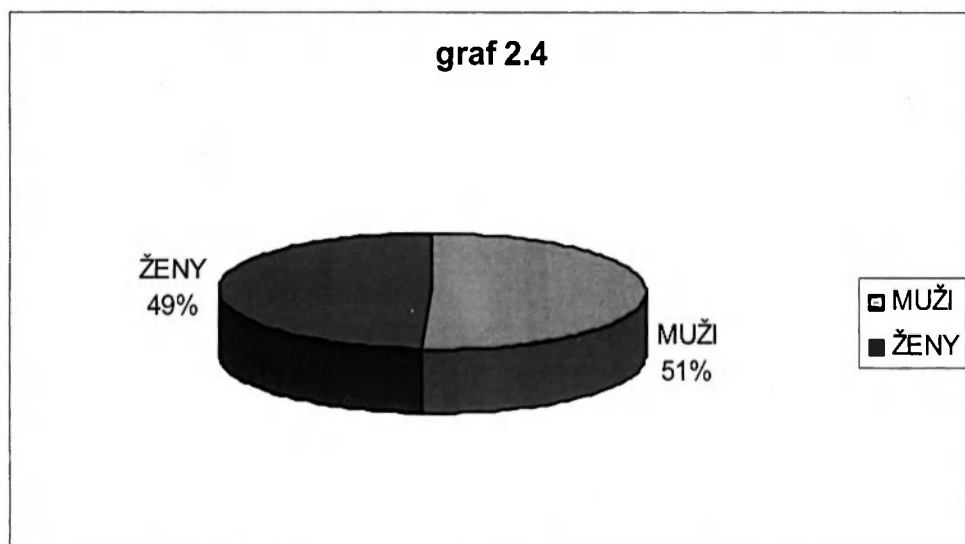
Klienti, kteří mají ukončené vzdělání – především po základní škole, mají pravděpodobnější možnost uplatnění na pracovním trhu. Graf 2.2 poukazuje na klientelu v zařízeních, kteří mají ukončené základní vzdělání. Bylo by vhodné se dále zabírat vazbou mezi klienty a možností zaměstnání.

▪ graf (graf 2.3) poukazuje na počet klientů, kteří mají ukončené vzdělání na ZŠ praktické (dříve zvláštní školy):



Absolventi ZŠ praktických jsou žáci, kteří mají většinou lehký stupeň mentálního postižení a na základních školách by měli ve vzdělávání značné problémy. Výhodou pro žáky ZŠ praktických je, že by měli mít větší možnost pracovního uplatnění, jelikož výuka je zaměřena především na praktické předměty. Zde je mezi absolventy ZŠ praktických procentuální vyrovnanost. Záleží také na věku klientů – jiné možnosti vzdělávání měli stárnoucí klienti a mentálním postižením a jiné klienti, kterým je v současné době kolem 20 let.

- graf (graf 2.4) poukazuje na počet klientů, kteří mají ukončené vzdělání na ZŠ speciální (dříve pomocné školy):

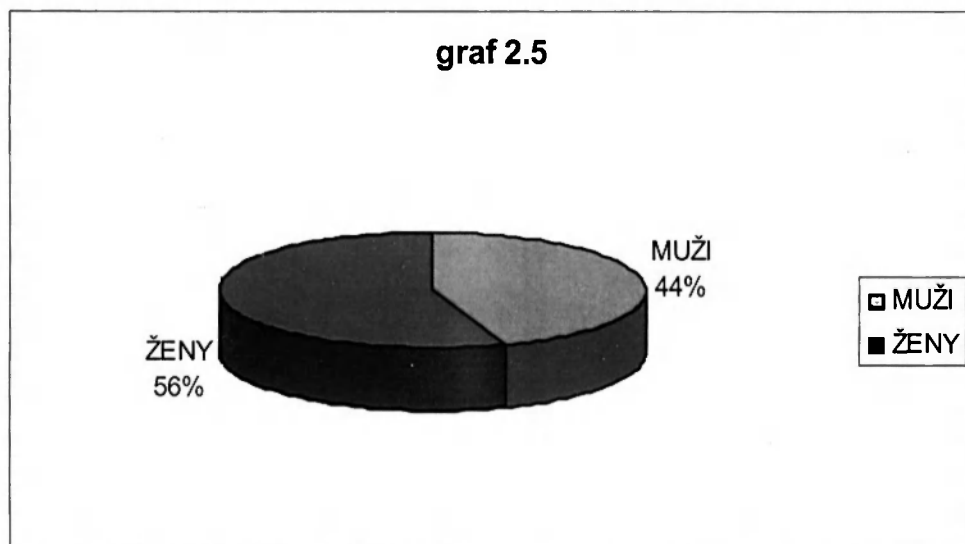


Absolventi pomocné školy mají velmi omezené možnosti uplatnění na trhu práce a to, jak se domnívám, i z toho důvodu, že mají ukončené vzdělání pouze na ZŠ speciální.

V ZŠ speciální se vzdělávají žáci s takovou úrovní rozvoje rozumových schopností, která jim nedovoluje prospívat v základní ani v ZŠ praktické, ale umožňuje jim, aby si ve vhodně upravených podmínkách a při odborné speciálně pedagogické péči osvojovali základní vědomosti, dovednosti a návyky. (Švarcová, 2000)

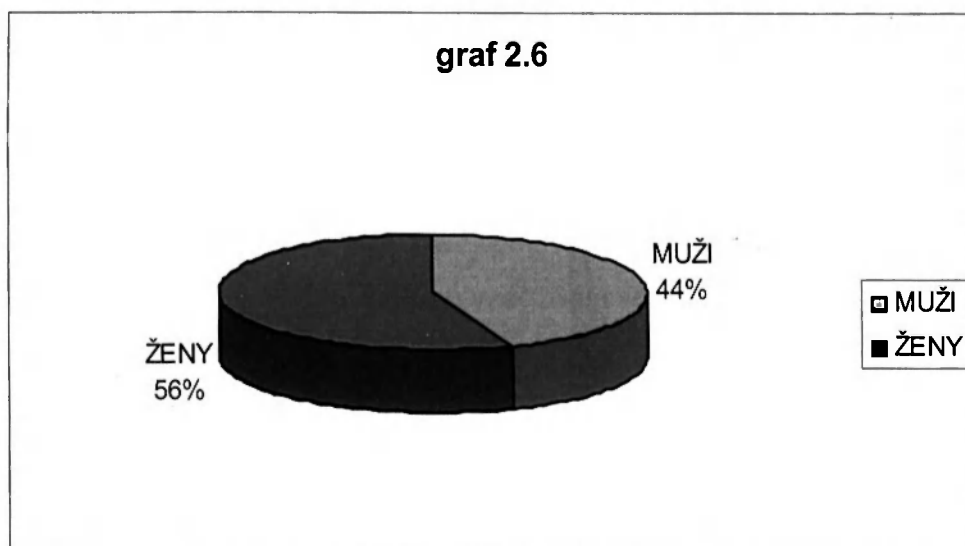
Graf opět znázorňuje procentuální vyrovnanost v oblasti vzdělání mezi muži a ženami. Ve speciálním vzdělávání (ZŠ praktické a ZŠ speciální) převyšuje v malé procentuální míře ukončené vzdělání u mužů.

- graf (graf 2.5) poukazuje na počet jedinců nad 40 let, kteří zvládají čtení:



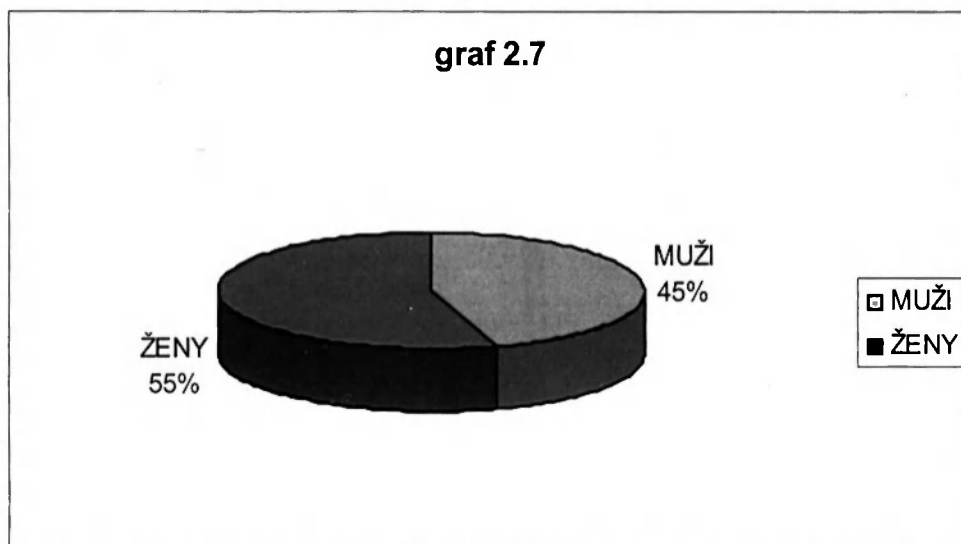
Graf znázorňuje větší procento žen nad 40 let, které zvládají čtení.

- graf (graf 2.6) poukazuje na počet jedinců nad 40 let, kteří zvládají psaní (umí napsat krátký, smysluplný text či opis):



Graf znázorňuje větší procento žen nad 40 let, které zvládají psaní.

- graf (graf 2.7) poukazuje na počet jedinců nad 40 let, kteří zvládají počty (číselná řada; jednoduché příklady na sčítání či odčítání):



Graf znázorňuje větší procento žen nad 40 let, které zvládají počty.

Důležitým cílem je vybavit žáky základními dovednostmi a vědomostmi. Dnešní doba používá nové formy a metody vyučování. V daných třech grafech (graf 2.5, 2.6 a graf 2.7) je zřejmé, že stárnoucí klienti neměli maximální možnost se vzdělávat. Ze své praxe znám případy, kdy klient neumí číst a psát, ale zvládá počty – případy mohou být různé. Důležitost čtení, psaní a počtů pro život klientů je zřejmá, ale tato schopnost není dána automaticky, tudíž by klienti měli být vedeni, i v pokročilejším věku, k dalšímu vzdělávání se.

Shrnutí části dotazníku 7.2.3 rozumové schopnosti klientů:

Celkově hodnotím tuto část dotazníku (7.2.3 rozumové schopnosti klientů) za velice podnětnou pro poskytovatele sociálních služeb, kteří by se měli zaměřit na možnosti dalšího vzdělávání stárnoucích osob s mentálním postižením. Jedná se o starší klienty a procento rozdílnosti mezi muži a ženami není velké. Ale větší procento vzdělanosti poukazuje na starší klientelu ženského pohlaví. Je nutné si uvědomit problematiku v oblasti vzdělávání stárnoucích osob s mentálním postižením, kteří z různých důvodů nemohli dostatečně využít počáteční vzdělávání.

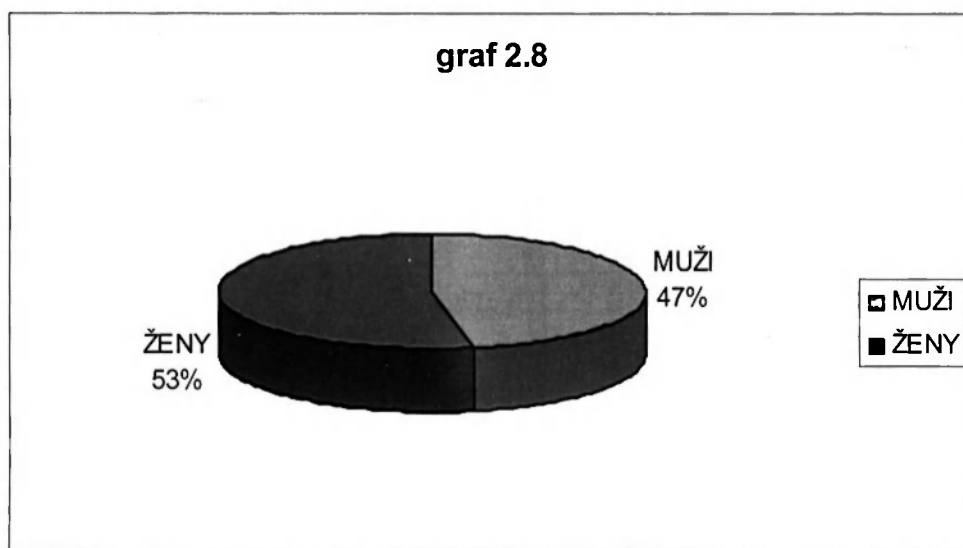
Vzdělávání dospělých je proces, ve kterém se dospělý člověk aktivně, systematicky a kontinuálně učí za účelem změny znalostí, názorů, hodnot, schopností a dovedností. (Beneš, 1999)

Hlavní tendencí v oblasti vzdělávání by mělo být propojení vzdělávání s běžným životem jedinců. Tato tendence by se měla příhodněji aplikovat u stárnoucích klientů s mentálním postižením, kteří neplní povinnou školní docházku nebo lépe nevyužívají možnost dalšího vzdělávání se.

Lidé s mentálním postižením potřebují celoživotní vedení a podporu v učení, které se nejeví sice tak efektivní, ale jeho výsledky jsou pro život takového jedince velice užitečné zejména ve vedení k soběstačnosti. Dospělý člověk s mentálním postižením, pokud je ponechán bez dalšího vedení, své návyky a dovednosti ztrácí. (Vágnerová, 2004) Z toho lze odvodit, že poskytovatelé by se měli více zabírat schopnostmi jedinců. Zaměřit se na to, jakých úkonů a činností je klient samostatně schopen a popřípadě citlivě přistupovat k jejich rozvíjení či udržení. Aby nenastávaly situace, kdy klient při nástupu do zařízení ztrácí své schopnosti - například v oblasti sebeobsluhy.

7.2.4 Komunikační schopnosti klientů:

▪ graf (graf 2.8) poukazuje na počty klientů nad 40 let, kteří slovně komunikují:

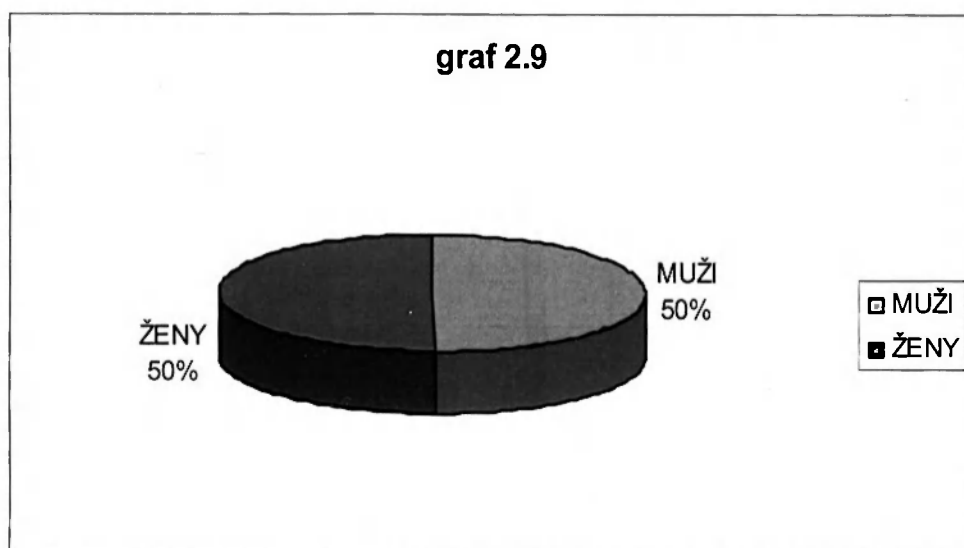


Vývoj řeči u mentálně postižených je narušený či opožděný. Jedinec s mentálním postižením nedosáhne norem ve všech jazykových rovinách. „Vždy je omezená zvuková, gramatická nebo obsahová stránka řeči. Speciální logopedickou péčí lze dosáhnout určitých pokroků, posunů ve vývoji vpřed, ale nikdy osoba s mentálním postižením nedosáhne takového stupně vývoje, aby řeč odpovídala gramatické, obsahové i artikulační jazykové normě.“ (Klenková, 2006, s. 198)

Verbální komunikace je nejen abstraktní, ale i pomíjivá, proto se musí u jedinců s mentálním postižením zvažovat nižší forma komunikace. (Popelová, 2006)

Graf 2.8 znázorňuje, kolik klientů nad 40 let slovně komunikuje. Vycházíme z údaje, že celkový počet klientů, kteří slovně komunikují a jsou starší 40ti let je 1 652 klientů (785 mužů a 867 žen). Procentuální vyrovnanost mezi pohlavím je dle grafu zřejmá.

- graf (graf 2.9) poukazuje na počty klientů nad 40 let, kteří komunikují pomocí gest či jiným způsobem:

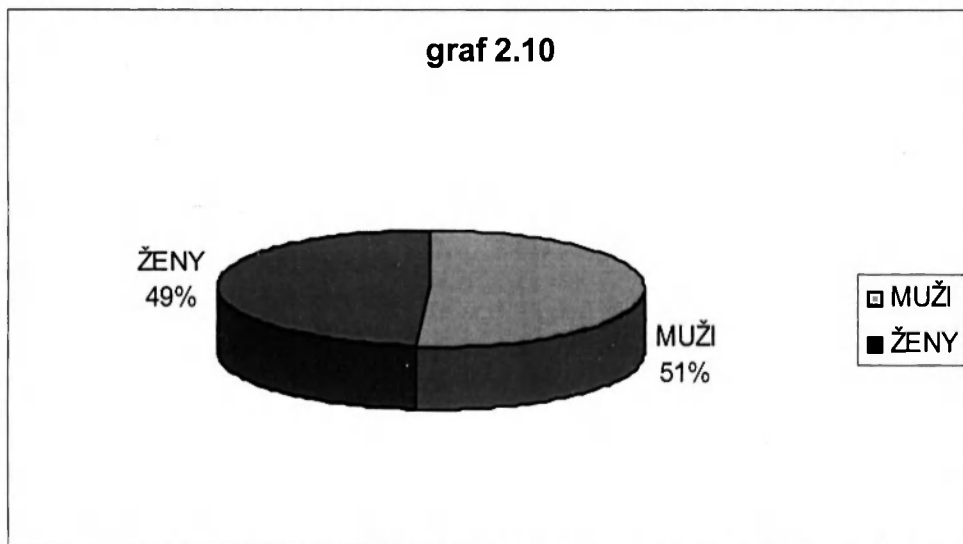


Alternativní komunikace je vhodnou formou komunikace pro jedince, kteří mají potíže s vyjadřováním. Verbální komunikace je především u osob s těžkou mentální retardací velice náročná či až nereálná. Neustálým trendem v oblasti komunikace, nejen u osob s mentálním postižením, je vyhledávání jiných forem sociální komunikace.

Narušenou komunikační schopnost musíme vždy vnímat v celé její šíři. Sledujeme i další roviny jazykových projevů jedince, tzn. i lexikálně-sémantickou (obsahovou), morfologickou – syntaktickou (gramatickou), ale také pragmatickou rovinu (rovina sociálního uplatnění komunikační schopnosti), verbální i neverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace. (Klenková, 2004)

Graf 2.9 znázorňuje, kolik klientů nad 40 let komunikuje pomocí gest či jiným způsobem. Zde je několikanásobně nižší počet klientů, kteří komunikují pomocí gest či jiným způsobem. Celkem vycházíme z údaje, že neverbální komunikací se dorozumívá 455 klientů (227 mužů a 228 žen) a procentuální vyrovnanost je viditelná na grafu 2.9.

- graf (graf 2.10) poukazuje na počty klientů nad 40 let, kteří trpí poruchami řeči:



Graf 2.10 procentuálně poukazuje na poruchy řeči u klientů nad 40 let. Celkem u 315 klientů (160 mužů a 155 žen) nad 40 let se vyskytují různé poruchy řeči. Uvádím zde přehled častých vad, které uváděli samotní respondenti o svých klientech. Řečové vady jsou doplněny stručným komentářem.

Afázie – ztráta schopnosti mluvit a rozumět mluvené řeči.

Breptavost – často se kombinuje s koktavostí a je typická pro eretické typy mentální retardace (neklid a agresivita)

Dysartrie – jedná se o postižení tvorby hlásek z důvodu poruchy napětí svalů mluvidel.

Dyslalie – nejčastěji uváděná řečová vada. Obvykle se jedná o špatnou výslovnost sykavek a vibrant. Častěji se však jedná o špatnou výslovnost hlásek.

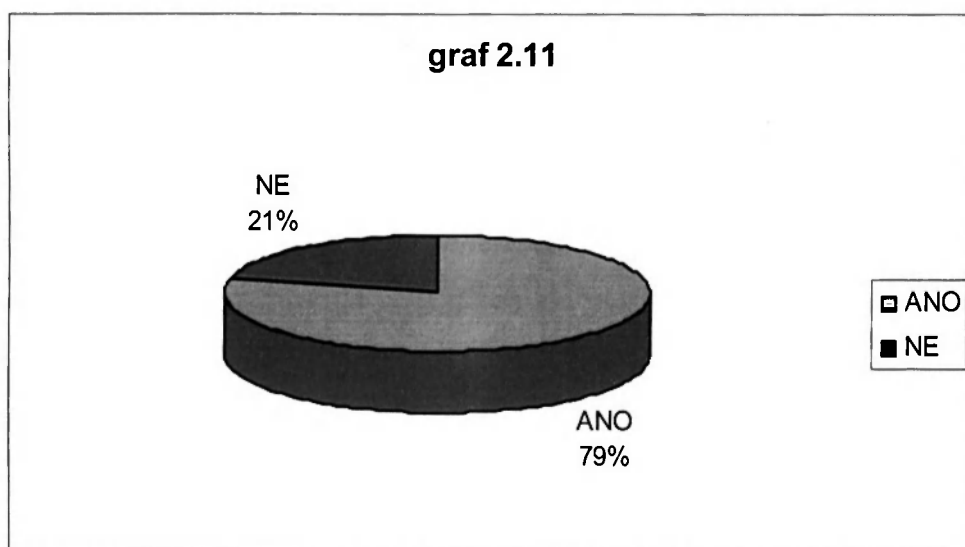
Huhňavost – vyskytuje se častěji u jedinců s mentálním postižením než u jedinců bez mentálního handicapu. Zbytnělá nosní mandle zapříčiňuje zavřenou huhňavost. Inervace měkkého patra je příčinou otevřené huhňavosti.

Opožděný vývoj řeči – vývoj řeči a především jeho začátky souvisí se stupněm mentálního postižení.

(Klenková, 2006)

Odborná literatura uvádí, že 80% až 85% jedinců s mentálním postižením trpí poruchou řeči. Nejčastěji se vyskytuje dyslalie, otevřená a zavřená huhňavost, koktavost, dysartrie a echolálie. (Krahulcová, 2002)

▪ graf (graf 2.11) poukazuje na to, zda se v zařízeních vyskytují klienti s poruchou autistického spektra/autistickými rysy:



Kombinace poruch autistického spektra s mentálním postižením není ničím neobvyklým, což nám poukazuje i graf 2.11, kdy se ve velké části u klientů objevují poruchy autistického spektra. Tyto poruchy byly potvrzeny poskytovateli celkem u 153 klientů (75 mužů a 78 žen). Zajímavá je i vyrovnanost mezi pohlavím.

Porucha autistického spektra je celoživotní záležitostí. Porucha se projevuje v oblasti chování, sociálních vztahů a komunikace. Škála a projevy poruch autistického spektra jsou velice široké. Vážnou poruchu představuje především narušení mezilidských vztahů, kdy tito lidé nemají pocit empatie. Tyto rysy se projevují především při soužití s ostatními klienty v zařízeních, kde mohou nastat různé konflikty či jiné neshody.

Shrnutí části dotazníku 7.2.4 komunikační schopnosti klientů:

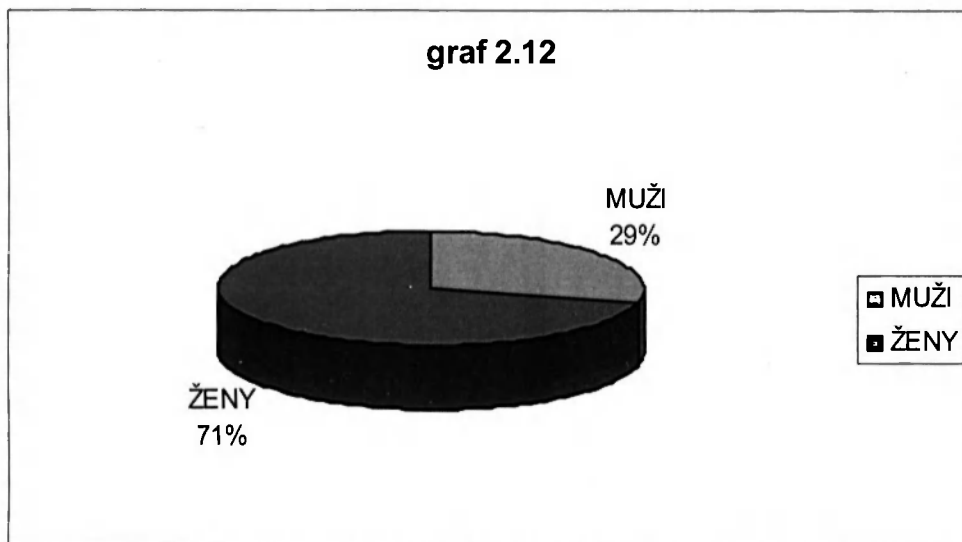
Celkové hodnocení této dotazníkové části spočívá především v tom, že je důležité si uvědomit, že komunikace s klienty s mentálním postižením je náročnější nejen na svoji formu, ale i na obsah sdělení. Jedná se především o stupeň jejich postižení, který má velký vliv na verbální stránku komunikace. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že velice častým přídružením jsou různé typy vad řeči – afázie, breptavost, dysartrie, dyslalie, huhňavost, opožděný vývoj řeči a zadržávání. Velice často se uplatňují různé formy alternativní komunikace.

Je třeba se především zabývat věkem klientů, kdy s přibývajícím věkem může docházet k různě rozsáhlým komunikačním problémům. Jedná se především o snížení schopnosti vyjadřování se či problematika navazování nových kontaktů, kdy se jedinec může uzavírat do sebe a pomalu přestávat komunikovat se svým okolím.

Rozvoj komunikace je u jedinců s mentálním postižením dlouhodobý proces. Především u jedinců s těžším stupněm mentálního postižení je třeba počítat s tím, že pokroky budou nepatrné. Pokud není možné rozvíjet mluvenou formu komunikace je třeba volit alternativní a augmentativní systémy komunikace.

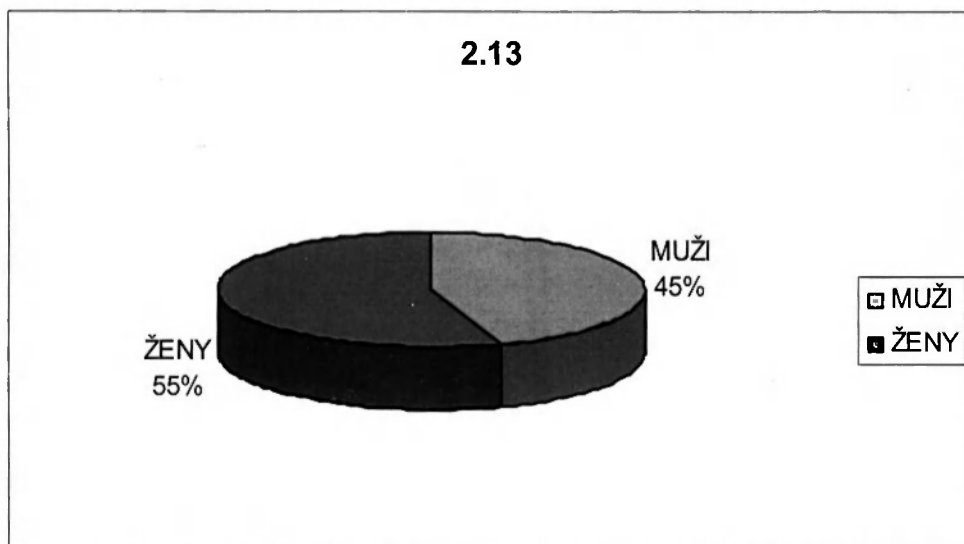
7.2.5 ZDRAVOTNÍ STAV KLIENTŮ:

- graf (graf 2.12) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let používá brýle:



Zrakové problémy jsou u stárnoucích klientů s mentálním postižením časté, tuto informaci potvrzuje i graf 2.12. Práce oftalmologa by měla být zaměřena nejen na různé oční vady, ale také na práci s klienty – v tomto případě na práci s klienty s mentálním postižením. U starších klientů se mohou projevit vady, které v mladším věku nebyly opodstatněny, kdy jedinec nechtěl nosit brýle či mu mohly být brýle nepohodlné. Oči starších jedinců potřebují více světla, aby mohly dobře fungovat. Problematice stárnoucích osob s mentálním postižením a přidruženým zdravotním problémům se věnuje v kapitole 3.2.4 Smyslové orgány.

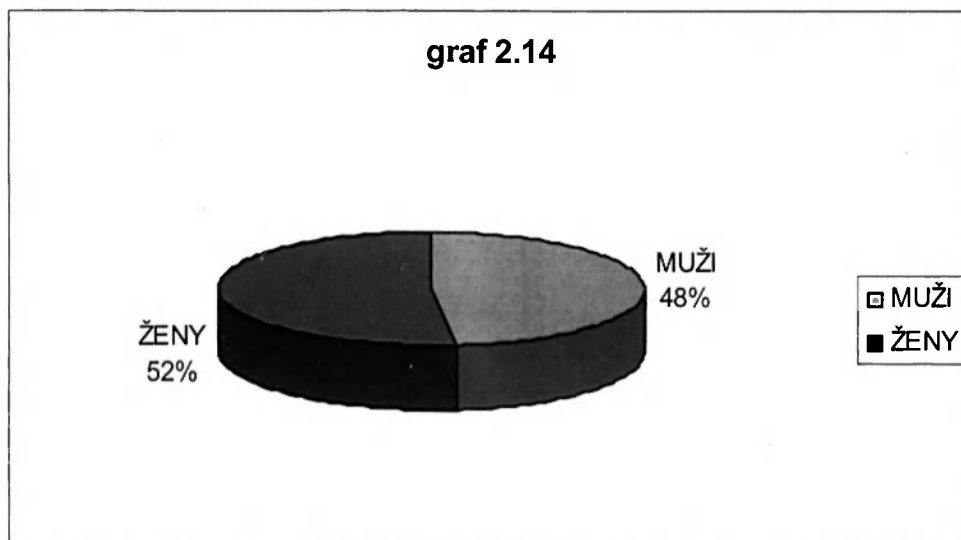
- graf (graf 2.13) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let prodělalo operaci očí: (např. odstranění zákalu)



Možnost operace zrakového orgánu se v období stáří zvyšuje. Graf 2.13 znázorňuje kolik klientů nad 40 let prodělalo operaci zrakového orgánu. Mezi časté vady můžeme zařadit – zelený zákal či šedý zákal a výjimkou nejsou úrazy klientů, kdy dojde k poranění oka, které si vyžádá operaci.

Graf 2.13 souvisí s grafem 2.12, kdy používání brýlí souvisí s očními vadami. Dnešní moderní doba umožňuje i klientům s mentálním postižením využívat služeb očních optik, kde by měl pracovat personál, který by klientovy doporučil tvar či barvu obrouček. Je důležité, aby samotný klient cítil, že mu jsou nové brýle pohodlné.

- graf (graf 2.14) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let používá naslouchadlo:



Sluchové postižení může klienty (nejen s postižením) vyloučit ze sociálních vztahů. Špatné dorozumívání může způsobit určitou sociální izolaci, která může negativně působit na jedince. Ztráta sluchu působí zranitelně. Pro zajištění potřeb v oblasti sluchu lze použít sluchový aparát – naslouchátko. Problematické stárnoucích osob s mentálním postižením a přidruženým zdravotním problémům se věnuji v kapitole 3.2.4 Smyslové orgány.

- kolik klientů ve Vašem zařízení má Kochleární implantát?

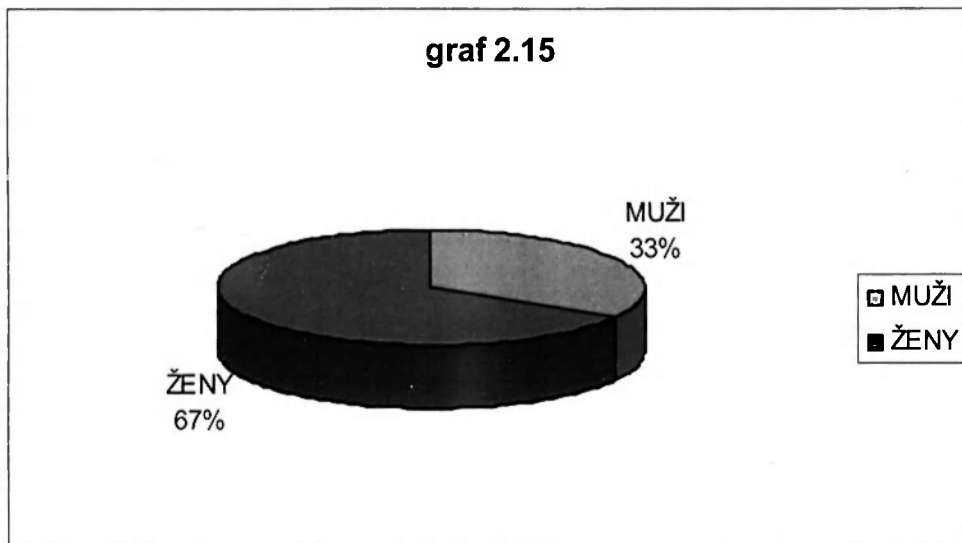
V dotazníkovém šetření nikdo z respondentů na tuto otázku neodpověděl.

Jaké jsou časté přidružené psychiatrické choroby u klientů?

Mezi psychiatrické choroby respondenti nejčastěji uvedli:

- deprese
- maniodeprese
- obsedantně kompulzivní porucha

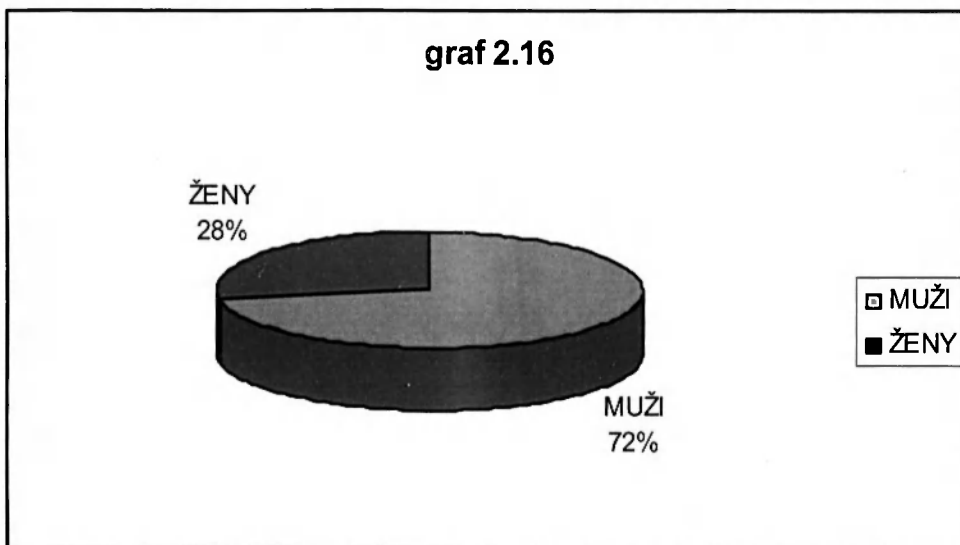
▪ graf (graf 2.15) poukazuje na výskyt Parkinsonovy nemoci u klientů:



Parkinsonova nemoc je porucha mozku, která vyvolává pohybové poruchy. To má za následek klidový třes, poruchy chůze a rovnováhy, ztuhnutí končetin. Častým příznakem je především třes zejména horních končetin. Tento třes je evidentní především při chůzi nebo když jsou končetiny v klidu. Těchto příznaků bychom si měli všimnout, jsou to příznaky, které stačí rozpoznat pohledem či krátkodobým pozorováním stárnoucích klientů s mentálním postižením. U klientů může docházet k motorické frustraci (Volský, 1994), a je tudíž nezbytné podávat tzv. antiparkinsonika.

Dle grafu 2.15 vyplývá, že někteří klienti s mentálním postižením trpí Parkinsonovou nemocí. Z celkového počtu klientů ve všech zařízeních tímto onemocněním trpí 20 klientů – osm mužů a dvanáct žen. Tento údaj má dopad nejenom na samotné klienty, ale také na poskytovatele. Parkinsonova nemoc má různé vedlejší příznaky (poruchy řeči, trávicí obtíže, váhový úbytek, dochází k poruchám myšlení a paměti) to vše je spojeno s náročnější péčí o klienta.

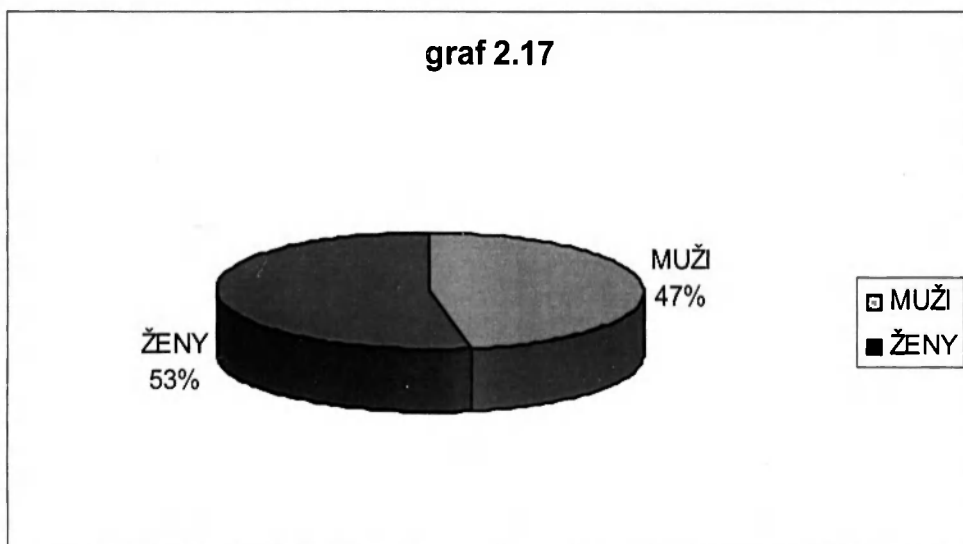
▪ graf (graf 2.16) poukazuje na výskyt deprese u klientů:



Deprese patří i u mentálně postižených mezi nejčastější poruchy duševního zdraví. „Cítění a myšlení nemocného s depresí zpočátku odpovídá všední depresivní náladě zdravého člověka, není pro okolí vždy lehké depresi poznat a uznat ji také jako nemoc.“ (Rahn, E., Mahnkopf, A. 2000, s. 228)

Z průzkumu je zřejmé, že respondenti výskyt depresivních onemocnění u svých klientů zaznamenávají. Celkem byla deprese potvrzena u 349 klientů (251 mužů a 98 žen). Především u jedinců s mentálním postižením je těžké rozeznat, zda se jedná o špatnou náladu spojenou se smutkem nebo se jedná o depresi. Je důležité s klienty pracovat – především ve strategii a překonávání nemoci, součástí léčby se stávají i další medikamenty.

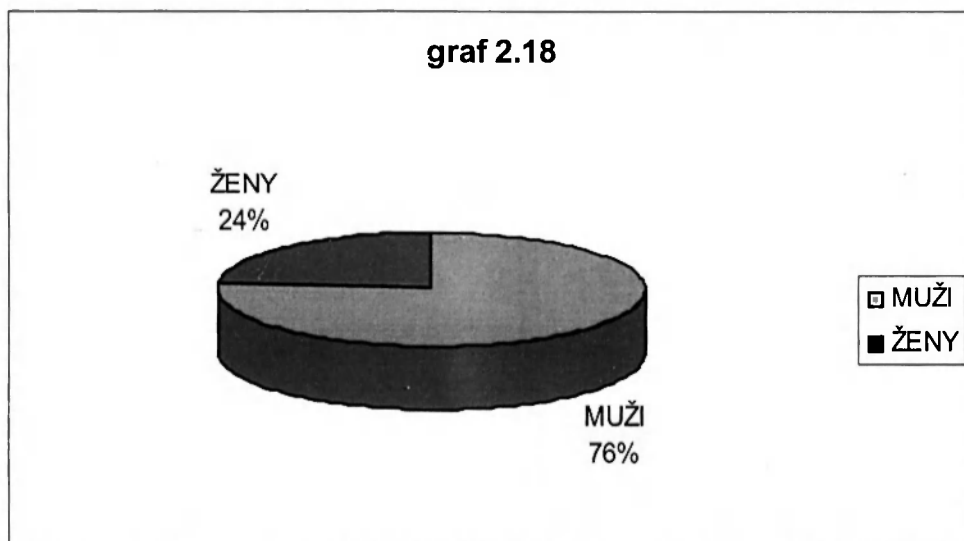
▪ graf (graf 2.17) poukazuje na výskyt manických stavů u klientů:



Existují různé typy mánií a u klientů může dojít k přidružení deprese. Manické stavy jsou u klientů s mentálním postižením, dle průzkumu, časté. Klientů s manickými stavy je ve srovnání s klienty trpící deprezí podstatně méně. Manickými stavy trpí 81 stárnoucích klientů s mentálním postižením (38 mužů a 43 žen). Procentuálně se vyskytují stejnoměrně u mužů, tak i u žen, ale u deprese tomu bylo jinak – graf 2.16, kdy deprese je častější u mužů.

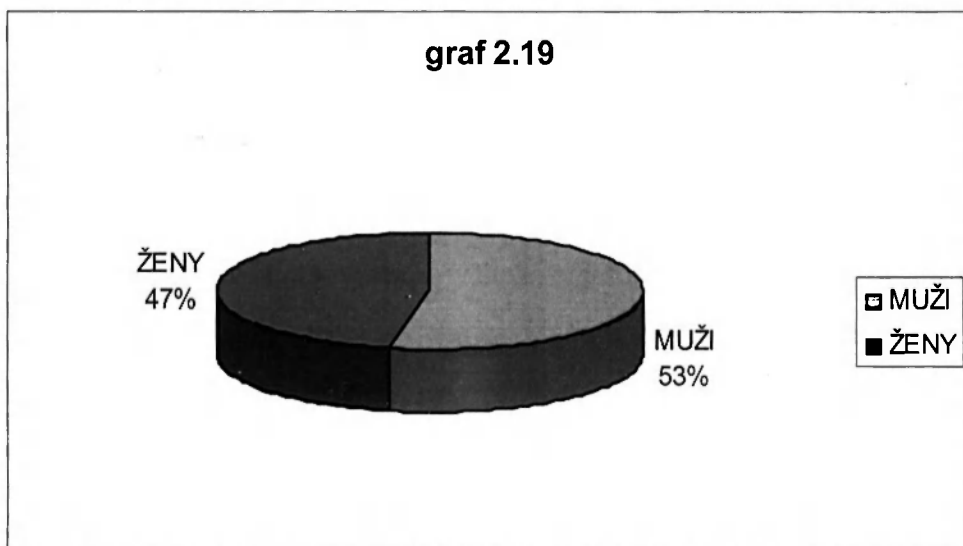
Manické stavy mohou mít, především u jedinců s mentálním postižením, sociální následky. Kdy okolí si nemusí být vědomo dalších kroků v chování u jedince s manickými stavy a může tedy docházet k společenské izolaci. Pro poskytovatele sociálních služeb by mělo být důležité, aby docházelo k předcházení dlouhodobému narušení sociálních vztahů a k řešení problémů vzniklých během mánie.

- graf (graf 2.18) poukazuje na výskyt stavů úzkosti u klientů:



Stavy úzkosti jsou dle grafu častější u mužů. Celkem byly stavy úzkosti zaznamenány dle dotazníku u 258 klientů (192 mužů a 60 žen). Může tento údaj souviset i s tím, že úzkost souvisí s depresí. Graf 2.16 a graf 2.18 vyjadřují výskyt deprese a stavu úzkosti u klientů s mentálním postižením a jsou údajově shodné.

- graf (graf 2.19) poukazuje na výskyt klientů, kteří nedokáží vyjádřit z různých důvodů své psychické stavy:



Především pro klienty s těžší formou mentálního postižení není snadné vyjádřit svůj psychický stav. I samotný personál zařízení může mít problém s tím, aby zjistil co klienta trápí a jak mu může pomoci. Důležitost vyjádření psychického stavu je pro klienta a jeho okolí nedílnou součástí komunikace a sociálních vztahů.

Shrnutí části dotazníku 7.2.5 zdravotní stav klientů:

Zdravotní stav klientů nelze zobecňovat, většina zařízení spolupracuje s lékaři či nemocnicemi, jež zajišťují zdravotní stav klientů. Součástí zdravotní péče mohou být různé rehabilitační léčby, které jsou dle dotazníkového šetření velice populární. Problematikou související se zdravotní péčí jsou především oblasti zrakového a sluchového vnímání.

Osobně považuji údaje o přidružených psychiatrických poruchách za zásadní. Podle některých výzkumů psychiatrické potíže u osob s mentálním postižením často nejsou ani zjištěny, zůstávají tedy neléčeny (Bouras, Holt, 2004). Z toho vyplývá, že stanovení odborné a přesné psychiatrické diagnózy není považováno za nutné, což v případě depresivních poruch může u klienta vyvolat prožitek „nadměrného“ utrpení – a co je mnohem důležitější - klient má pocit bezmocnosti.

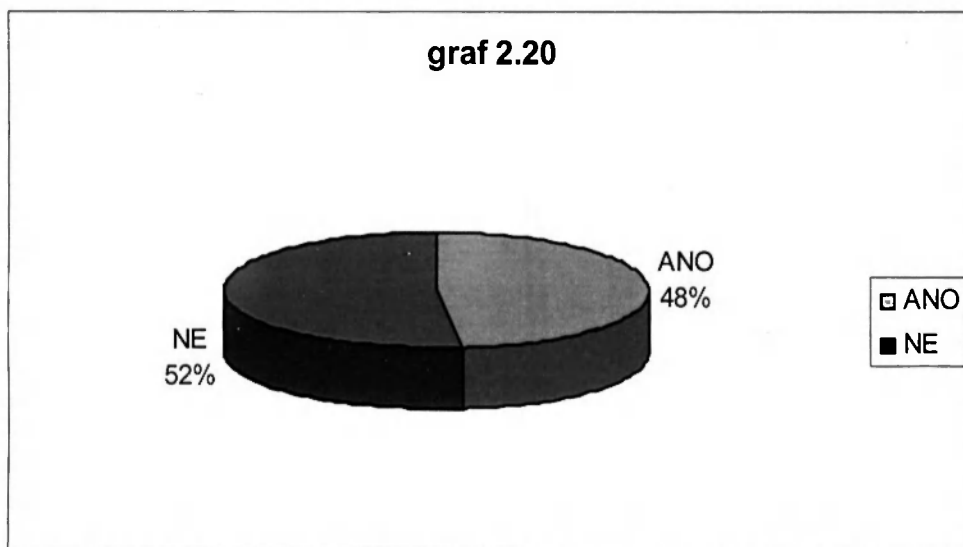
Dle WHO pojem kvality života odráží vývoj společnosti. Lze také říci, že závislost klienta neprospívá jeho pocitu spokojenosti. Toto je aktuální úkol, kterým by se měli zabývat poskytovatelé sociálních služeb při stanovení svých priorit.

Vedlejší účinky léků jsou zdrojem stálých komplikací, které musíme sledovat, abychom klienta nevystavovali nebezpečí podávání nesourodých léků (stává se to například při léčbě Parkinsonovy choroby).

Odborníci v oblasti péče o duševní zdraví mohou být zpravidla špatně připraveni na setkání s lidmi s mentálním postižením, péči o ně vnímají jako velkou zátěž. Bylo by zřejmě důležité alespoň v rámci daného regionu vytvořit pracoviště, kde by klientům s mentálním postižením mohla být věnována potřebná péče.

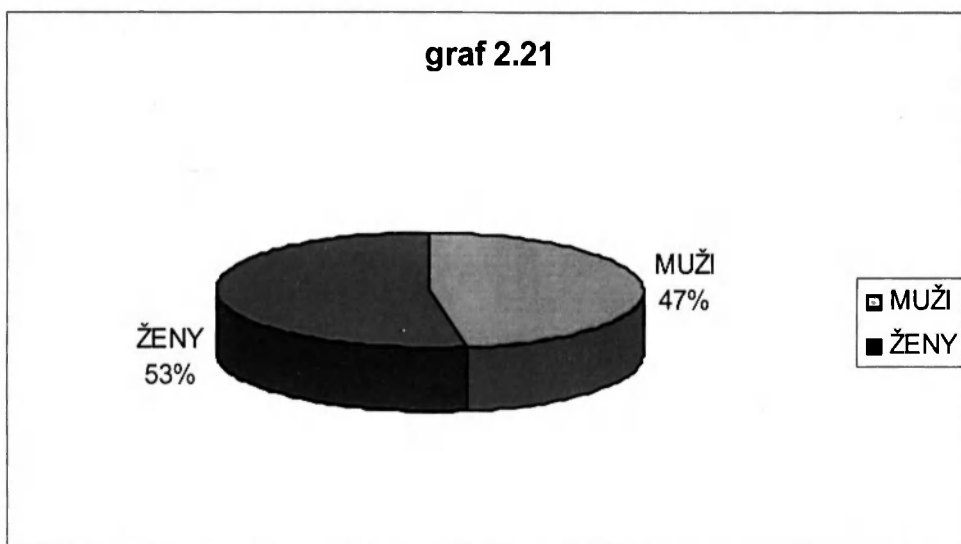
7.2.6 SOCIÁLNÍ OBLAST VZTAHŮ:

- graf (graf 2.20) poukazuje na výsky společného bydlení klientů mužského a ženského pohlaví:



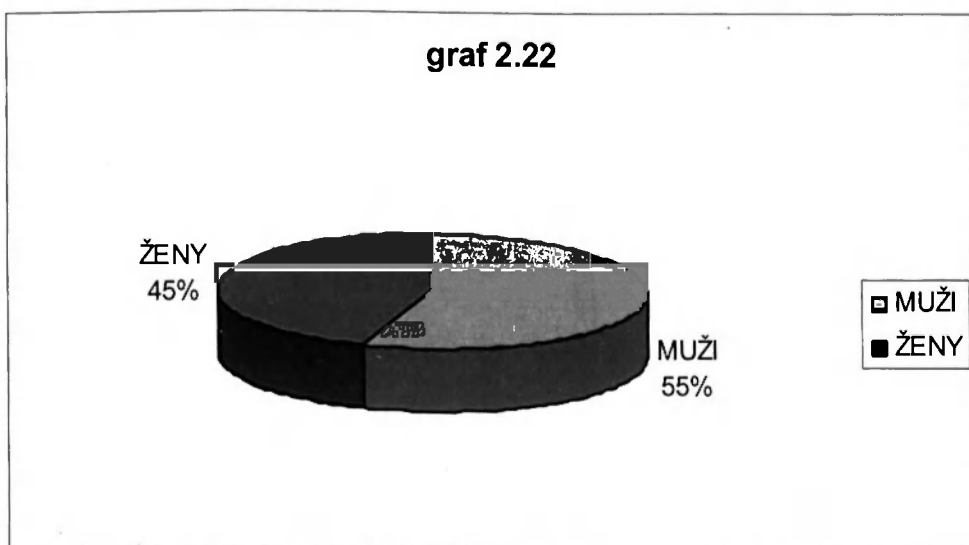
Dnešní péče o klienty s mentálním postižením umožňuje různé formy bydlení či ubytování – chráněné bydlení, podporované bydlení či bydlení s asistenční službou. Výhodou pro klienty je i bydlení, kdy mentálně postižené páry mají společné bydlení. Je důležité, do jakého zařízení je klient umístěn a zda má partnerský vztah. Vhodným přístupem by mělo být tyto páry podporovat a vést je k samostatnosti nejen v oblasti bydlení.

- graf (graf 2.21) poukazuje na to, zda jsou klienti nad 40 let alespoň 1x měsíčně navštěvováni svými rodinnými příslušníky:



V dotazníku nebyla zveřejněna ani jedna záporná odpověď na problematiku návštěv; můžeme se tedy domnívat, že jedinci nemusejí být navštěvováni pouze užším rodinným příbuzenstvem, ale mohou být navštěvováni různými přáteli či spolubydlícími. Kontakty s rodinou a přáteli klienta by měly být žádoucí.

- graf (graf 2.22) poukazuje na počet klientů nad 40 let, kteří vychází na procházky mimo areál zařízení:



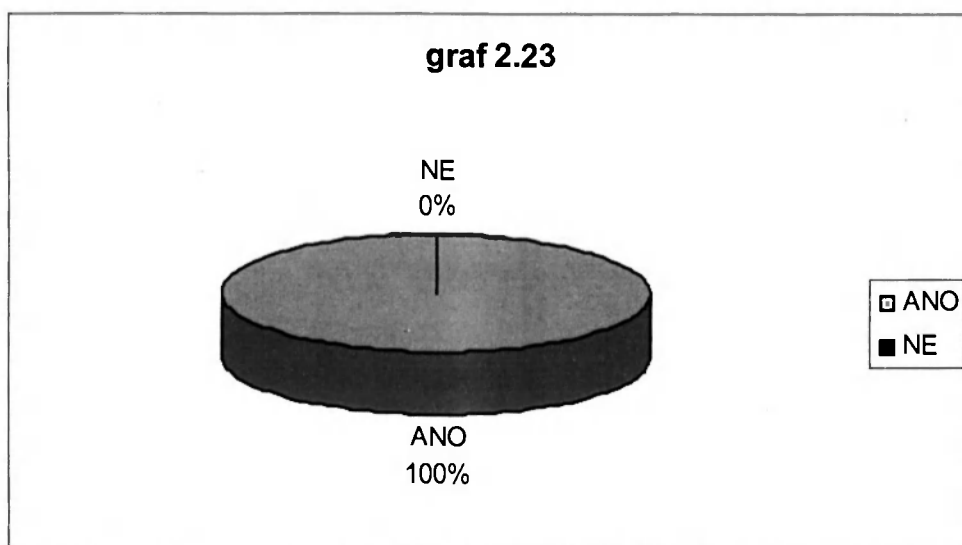
Podstatou otázky bylo, zda se klienti dostávají do kontaktu se širším okolím. Každé zařízení má své předpisy a řády v kterých jsou uvedeny podmínky, kde a

s kým se mohou klienti pohybovat mimo areál zařízení. Klienti většinou mají volný pohyb v areálu zařízení a pokud jsou sami schopni pohybovat se mimo areál zařízení je jim to většinou umožněno.

V zařízeních se mohou vyskytovat i klienti, kteří mají zbavenou způsobilost k právním úkonům, tudíž klient může mimo areál pouze se souhlasem opatrovníka či zákonného zástupce. Zařízení může také zapisovat příchody a odchody klientů ze zařízení a tím předcházet různým situacím, které by mohly ohrozit klienta či zařízení.

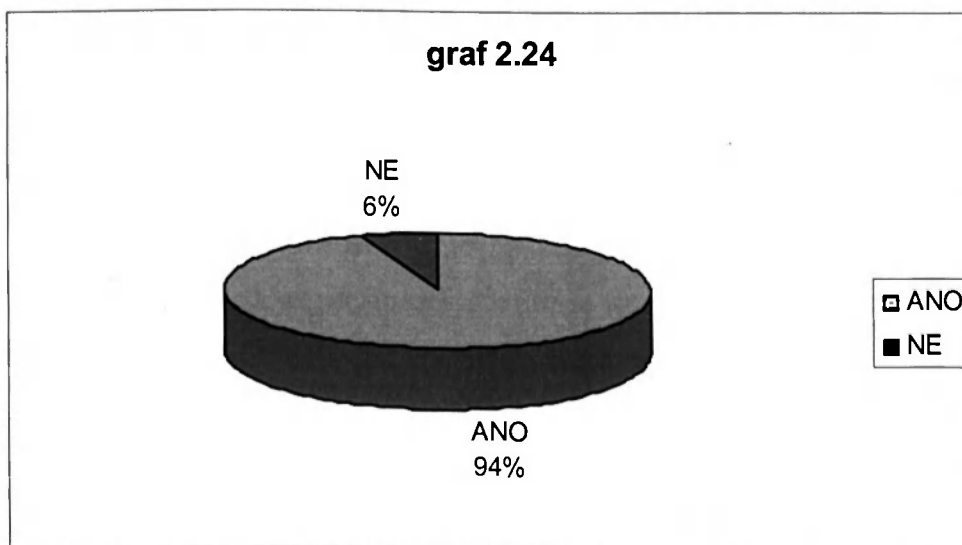
Každodenní činností by měly být ozdravné procházky v okolí zařízení, kdy samotní klienti se procházejí společně s vychovateli či asistenty a tato procházka může mít charakter nejen vzdělávací, ozdravný či volnočasový. Často se na své odborné pedagogické praxi setkávám s tím, že stárnoucí klienti nepreferují možnost procházky po okolí, ale raději zůstávají ve společných prostorách a věnují se různým aktivitám. Velký vliv na možnost pohybové aktivity mimo areál zařízení má zajisté počasí, které může ovlivnit samotné klienty při jejich rozhodování pohybu mimo zařízení.

- graf (graf 2.23) poukazuje, zda se klienti dostávají do kontaktu s lidmi, kteří žijí v okolí zařízení:



Jsem rád, že při shromažďování dat pro tuto odpověď žádný z respondentů nevedl, že klienti nemají možnost kontaktu s lidmi, kteří žijí v okolí zařízení.

- graf (graf 2.24) poukazuje na fakt, zda se u některých klientů objevuje agresivní chování:



Mezi nejčastější příčiny agresivního chování bylo uvedeno:

- afektivní poruchy
- konflikty s ostatními klienty

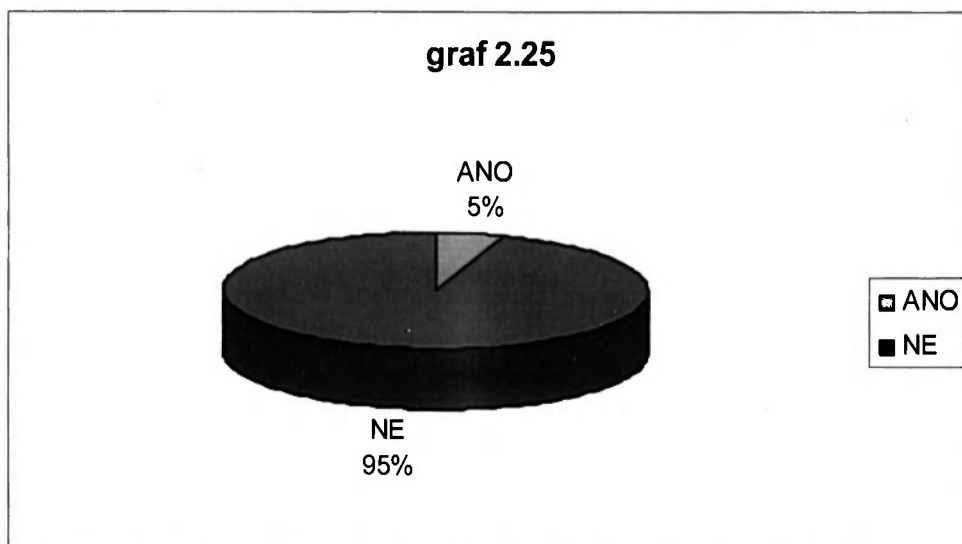
- krádeže
- nadměrný hluk
- narušení stereotypu
- nedostatek financí
- nedostatek kávy a cigaret
- neklid (není znám spouštěcí mechanismus)
- neshody
- nevyhovění požadavku či jiná frustrace
- "ponorková nemoc"
- spíše se jedná o slovní agresi
- ventilování vnitřního psychického napětí
- zhoršení psychického stavu

Spíše než o agresivním chování bychom zde mohli hovořit o problémových chování u osob s mentálním postižením. Problémové chování může tedy zahrnovat agresivitu, poškozování sebe sama či okolí, sklony k destrukci či nevhodné chování ve společnosti.

Z uvedených odpovědí respondentů je možné si vytvořit obraz situací, které vyvolávají u jedinců s mentálním postižením agresivní chování. Jedná se především o ně samotné, jimž je narušen jejich stereotypní činnost či neuspokojení potřeb (cigarety, klid – odpočinek). Objevují se i odpovědi, které se mohou zdát nevhodné – například nedostatek financí, ale přesto jsou reálné a především to jsou odpovědi, které vyplývají z přímého kontaktu s klientem.

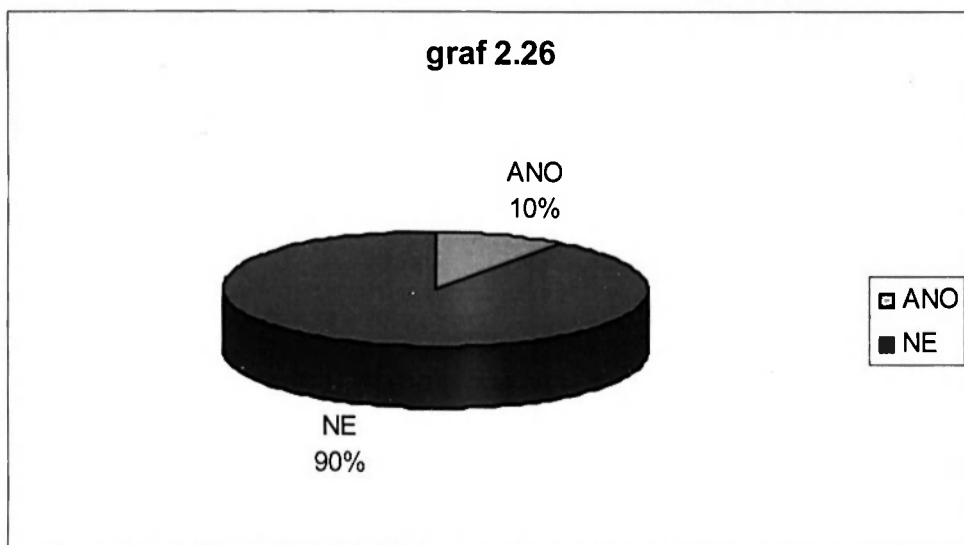
Z některých odpovědí se dá vytvořit reálná situace, kdy klient nedostatkem financí si nemůže zakoupit cigarety. Klient je tedy neklidný, může se obrátit na některého ze svých spolubydlících následně může vzniknout konflikt o cigarety. A agresivní chování klienta, který nemá cigarety, je vyvoláno. Předcházení takové to agresi je velice těžké, jelikož by bylo nevhodné neustálý přísun cigaret. Některým příčinám agresivního chování by se dalo předcházet – především situacím, které jsou vyvozeny z komunikace mezi klienty – neshody, potyčky či hádky, které mohou vyústit vzájemné napadení klientů.

- graf (graf 2.25) poukazuje, zda jsou v zařízeních manželské svazky klientů ve věku nad 40 let:



Možnost uzavření manželského svazku patří mezi lidská práva, které by nemělo být ani osobám s mentálním postižením odepřeno. Můžeme podlehnout domněnce, že jedinci s mentálním postižením nemusejí až tak hluboce uvažovat o uzavření manželského svazku, jelikož společný život s partnerem je pro ně manželství, které není právně podloženo. Ovšem z praxe je známo, že ženy s mentálním postižením touží po svatebním obřadu. Následný graf – graf 2.25 poukazuje na nízké procento manželských svazků v zařízeních. A dále se můžeme zaměřit na otázku, zda manželské páry osob s mentálním postižením, kteří uzavřeli sňatek žijí v zařízeních, kde probíhal dotazníkový průzkum.

- graf (graf 2.26) poukazuje zda zařízení poskytujete služby osobní asistence v terénu či v rodině:



Nízká kladná odpověď je způsobena tím, že odpovídala ve velké míře zařízení typu - domovy pro osoby se zdravotním postižením, tudíž jejich služby se nejčastěji vztahují na klientelu, kteří jsou umístěny v těchto zařízeních.

Shrnutí části dotazníku 7.2.6 sociální oblast vztahů:

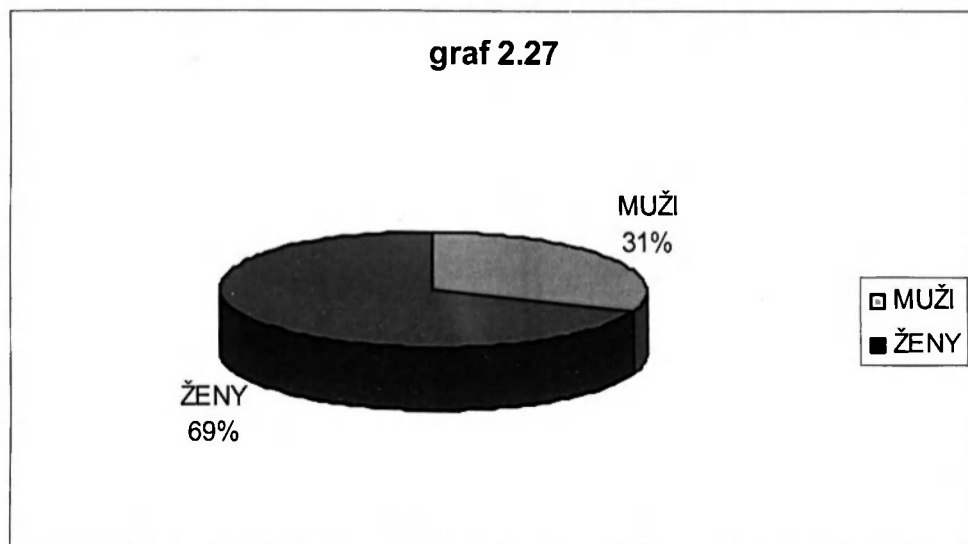
Přátelství s lidmi bez mentálního postižení přináší lidem s postižením posílení jejich sebehodnocení, znamená pro ně nové aktivity a zájmy, nové vzory sociálně přijatelného jednání. (Catles, 1996)

Velkou otázkou je problematika navazování nových vztahů, kdy lidé s mentálním postižením mají určitý ostych a myslím si, že majoritní populace může mít strach z navázání kontaktu s takto handicapovaným jedincem. Tento strach může pramenit z neznalosti lidí s mentálním postižením.

Z průzkumu vyplývá, že většina dotazovaných poskytovatelů umožňuje navazování kontaktů s lidmi v okolí a důležitou oblastí je i spolupráce s jinými zařízeními. Dochází tedy při různých společenských akcích ke komunikaci a tudíž navazování sociálního kontaktu. Většina klientů je tedy podněcována ke kontaktům nejen v daném sociálním zařízení. Povzbuzení k těmto aktivitám je zapotřebí právě proto, že znovu a znovu je zapotřebí překonávat bariery strachu a předsudků.

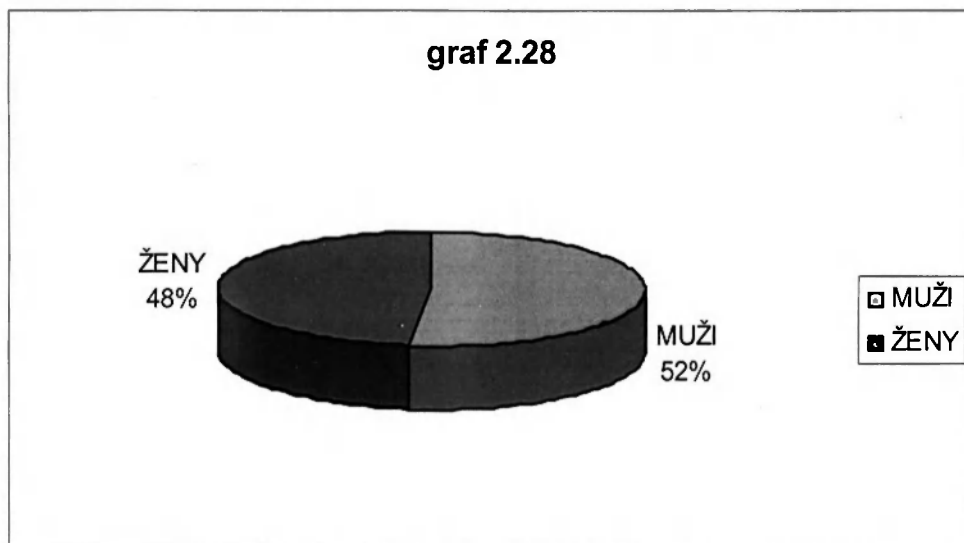
7.2.7 SEBEOBSLUHA KLIENTŮ:

▪ graf (graf 2.27) poukazuje na to, kolika klientům nad 40 let je třeba pomáhat při stolování – krmit je:



Pro většinu klientů se čas trávený při jídle v jídelně stává jediným z možných či dostupných forem sociálního kontaktu. Je to pochopitelné, jelikož klienti společně tráví čas při jídle, kde mohou komunikovat. S přibývajícím věkem klesá schopnost sebeobsluhy a tudíž vzniká větší nárok na péči o klienta. Nemusí to být vždy pravidlem, jelikož někteří klienti s mentálním postižením jsou v některých oblastech sebeobsluhy aktivní. Při stolování se často pomáhá jedinců s těžší formou mentálního postižení, kdy je třeba je krmit. Z grafu je patrné, že klienti v zařízeních, kde proběh průzkum, potřebují pomoc při stolování. Bohužel nemůžeme specifikovat o jakou míru dopomoci se jedná, jelikož tato informace nebyla dále v dotazníku rozvedena a poskytovatelé se k otázce dále nevyjadřovali.

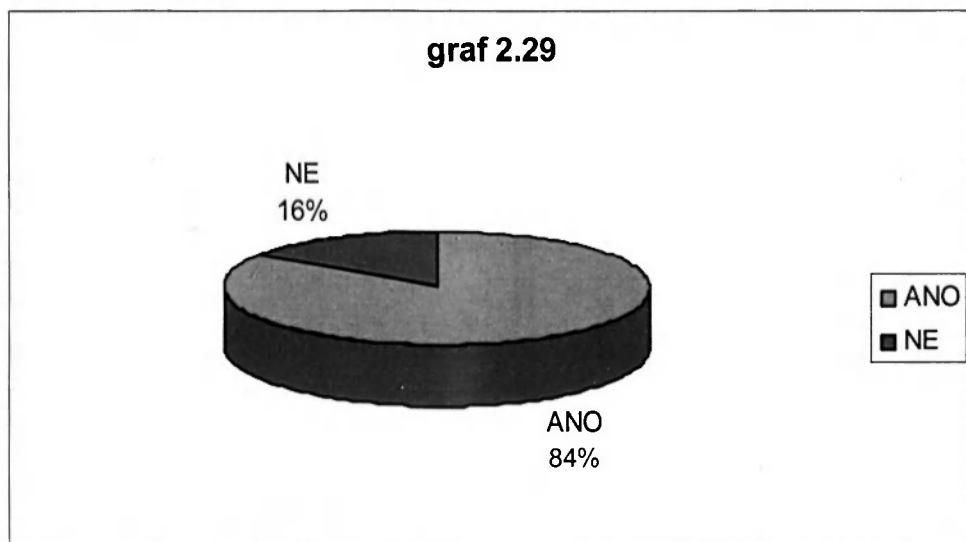
- graf (graf 2.28) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let zvládá samo osobní hygienu:



Osobní hygiena je nedílnou součástí péče o jedince. Jedná se o citlivou péči, která je náročná nejen pro zaměstnance zařízení, ale i pro klienty. Z dotazníkového šetření vyplývá, že větší procento mužů je soběstačných v oblasti osobní hygieny. V některých zařízeních může být i vykonání osobní hygieny jako jedna z forem činností, které se klient učí či si na ně navyká. Osobní hygiena je oblast základní péče, která by neměla být klientů s různým stupněm mentálního postižení odepřena.

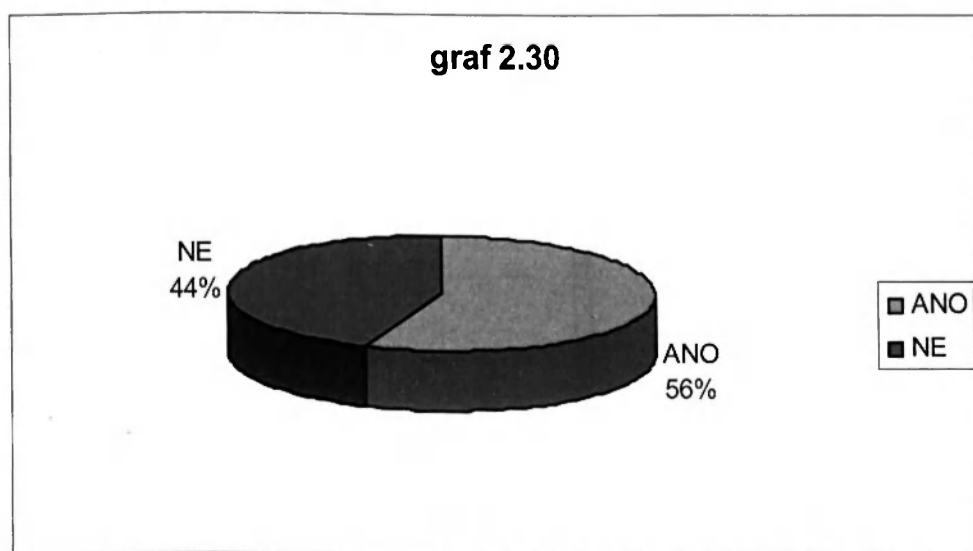
Různé formy osobní hygieny mohou na klienty působit blahodárně – různé ozdravné zábaly či koupele, které ozdravují nejen tělo, ale i mysl klientů a zpříjemňují výkon osobní hygieny.

- graf (graf2.29) poukazuje na to, zda je častým problémem u klientů nadváha:



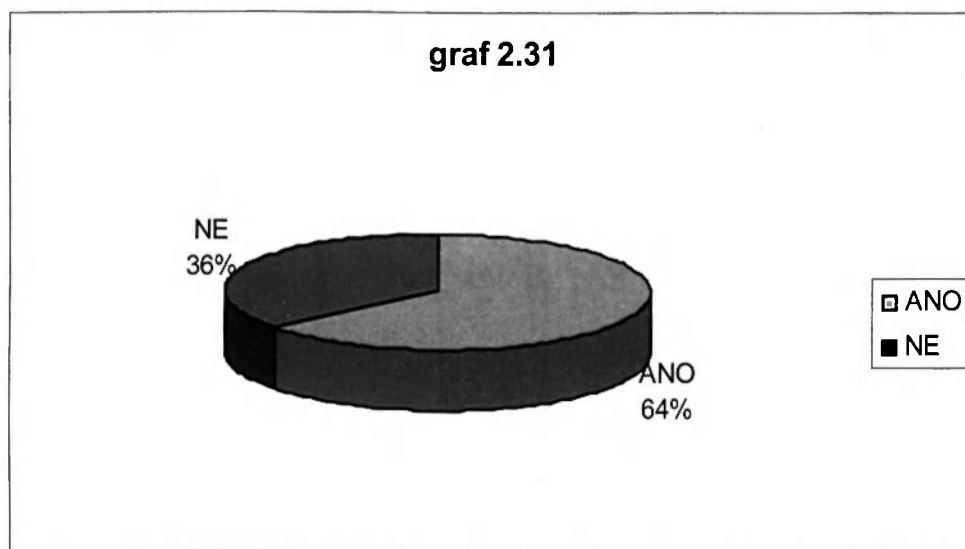
Graf 2.29 potvrzuje údaj, který jsem uvedl v kapitole 3.2.1 Nadváha, kdy mentálně postižení mají velice často sklon k obezitě, což je podporováno i menším počtem pohybových aktivit a to především u stárnoucích jedinců. Dnešní doba nabízí různé formy stravování – různé formy diet, které mohou pomoci redukovat nadváhu u klientů. Samotní poskytovatelé by se měli více zajímat o zdravou výživu, kterou by klienti konzumovali. Vhodné by bylo využívat různých motivačních prostředků, které by napomohly k aktivnějšímu pohybu jedinců.

- graf (graf 2.30) poukazuje na to, zda klienti nad 40 let zvládají samostatně stolovat:



Samostatnost při stolování je pro většinu klientů důležitá. Netrpí pocitem méněcennosti, kdy se mohou sami najíst. Jejich stolování nemusí být vždy estetické, ale je důležité, že se netrpí pocitem, že nestolují mimo společnou jídelnu s ostatními klienty či přáteli.

▪ graf (graf 2.31) poukazuje na to, zda se u klientů nad 40 let vyskytuje inkontinence:



Inkontinence může být spjata se stupněm mentálního postižení, ale také s přibývajícím věkem. Proto u velké většiny respondentů je častá inkontinence. Může dojít k narušení spokojenosti u klientů u kterých se inkontinence dříve neobjevila a také k fyzické nespokojenosti – čas věnovaný hygienické péči se právem prodlužuje. Blíže se problematice inkontinence věnuji v kapitole 3.2.3 Osobní hygiena.

Shrnutí části dotazníku 7.2.7 sebeobsluha klientů:

Jedním z výchovných cílů u jedinců s mentálním postižením je snaha vybudovat schopnost sebeobsluhy. Návyky klientům zůstávají v průběhu jejich životů. S přibývajícím věkem klesá schopnost různé sebeobslužné návyky vykonávat.

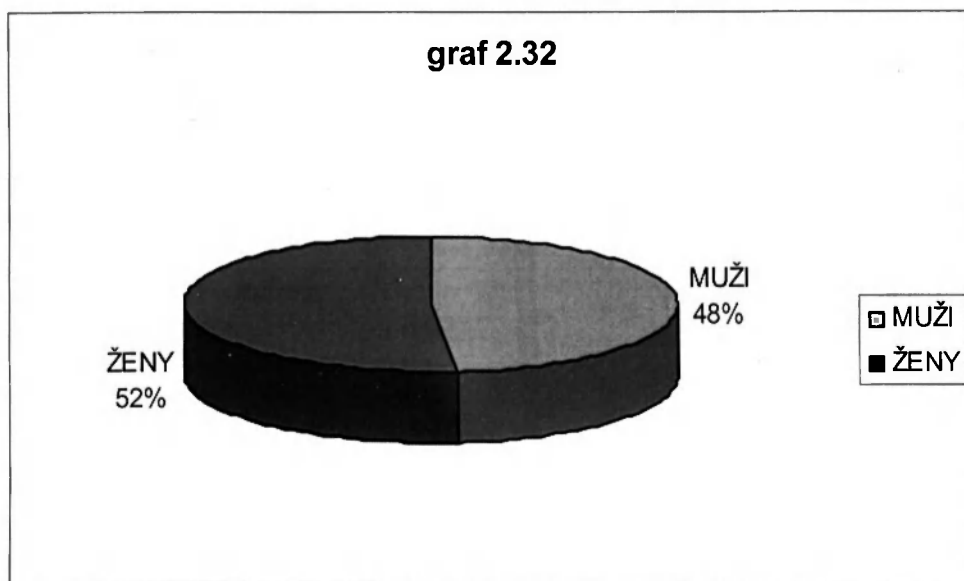
Jedním z problému v oblasti sebeobsluhy je stravování, což potvrdila i výzkumná část tohoto dotazníku, kdy polovina klientů má problém se stolováním a musejí být krmeni.

Osobní hygiena je dalším velkým bodem v oblasti sebeobsluhy, kdy klienti mohou trpět (a dle dotazníkového šetření také větší polovina klientů zařízení) inkontinencí. Osobní hygiena je část celkové péče o jedince, kdy může dojít k problémům při koupání či oblékání atp.

I v oblasti sebeobsluhy by mělo docházet k co nejdelšímu udržení aktivních činností, které by vedly k samostatnosti při sebeobsluze.

7.2.8 AKTIVITY KLIENTŮ:

▪ graf (graf 2.32) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let je pohybově aktivních:



Pohybové či sportovní aktivity umožňují klientům zlepšení fyzické, psychické kondice a mohou zabránit vzniku nadváhy, která je u mentálně postižených klientů závažným problémem. Pohybové aktivity přispívají k udržení pohybových funkcí, můžeme do této kategorie zařadit chůzi, tanec či jízdu na kole. Klienti jsou pohybově aktivní aniž by se účastnili organizovaných aktivit. Ze své vlastní praxe vím, že je velice obtížné přemlouvat stárnoucí klienty s mentálním postižením k různým formám pohybových aktivit. Záleží na organizaci forem pohybových aktivit – výlety spojené s procházkou či cvičením v přírodě pozitivně působí i na klienty. V zařízeních žijí jedinci, kteří svojí aktivitou podněcují své spolubydlící k různým pohybovým aktivitám – jedná se především o procházky. Aktivity by měly být voleny tak, aby riziko úrazů bylo minimální.

▪ nabízené aktivity klientům:

- aktivizační psychomotorické činnosti
- Axmanova technika
- badminton
- břišní tance

- členství ve společenství Víra a světlo
- dřevařská dílna
- florbal
- fotbal
- hipoterapie
- hra na flétnu
- hudební výchova
- internet
- jízda na kole
- keramika
- knihovna
- kulturní akce (kino, divadlo, hudební vystoupení,)
- kuželky
- malba na sklo
- malování
- masáže
- nohejbal
- péče o domácí zvířata
- perličkové koupele
- petangue
- plavání
- plavání
- práce na zahradě
- procházky
- předčítání
- relaxační místnost

- rozumové aktivity
- ruční práce (tkaní, vyšívání)
- rybářský kroužek
- speciální olympiáda
- společenské hry
- stolní tenis
- stolní tenis
- šipky
- turistika
- účast na nákupech
- vaření
- video kroužek
- výlety
- výroba svíček
- vzdělávací činnosti
- zpívání

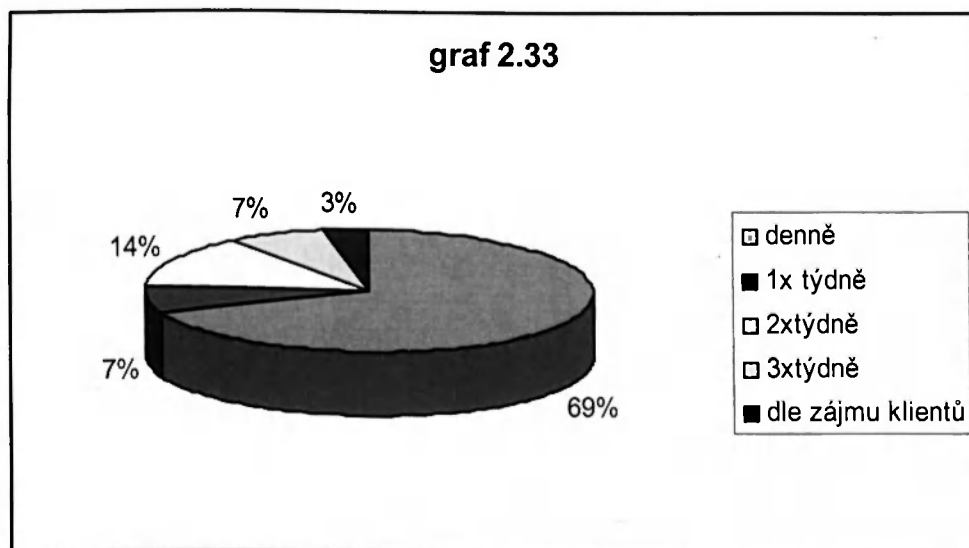
Výčet aktivit poukazuje na velice široké možnosti klientů v oblasti aktivit. Je nutné si uvědomit, že vyplň volného času je u mentálně postižených jedinců náročná. Každý z klientů má pravděpodobně odlišné zájmy, které by rád vykonával. Záleží na zaměstnancích zařízení, kteří mají velký vliv na to, jaké aktivity budou klientům nabízeny.

Aktivity by klientům měly být nabízeny v přiměřené míře, aby nedocházelo k situacím, kdy se klient domnívá, že je schopen vykonávat několik aktivit současně. Dané aktivity by měly být hlavním zájmem klientů a vyplňovat tak jejich volný čas. Výběr aktivit by měl být ponechán na samotném jedinci a v případě, že by výběr byl neúměrný k danému stupni postižení, měl by zaměstnanec citlivě

zasáhnout a pokusit se společně s klientem nalézt jinou vhodnou aktivitu, která by plně zaujala klienta.

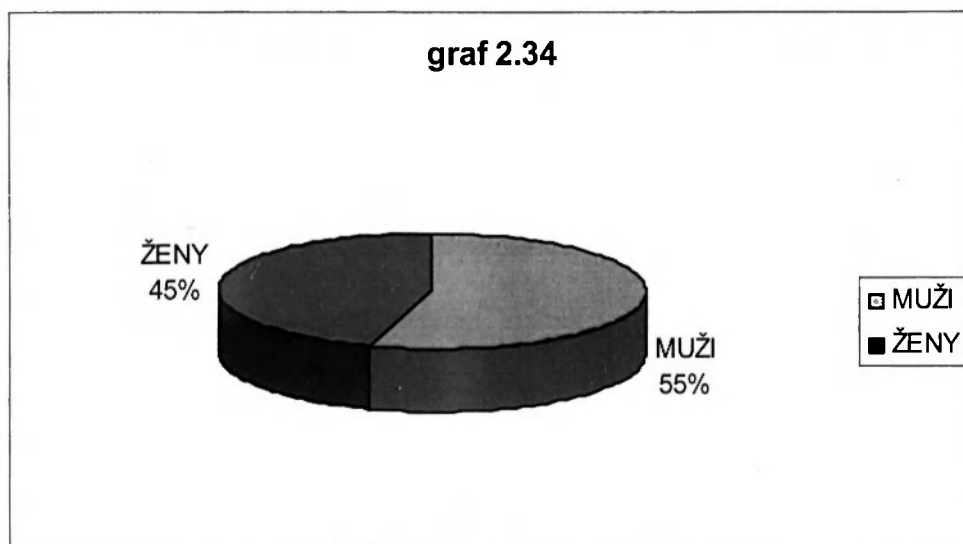
Výše uvedený výčet aktivit nelze hodnotit. Neznáme podmínky a okolnosti, které vedou k využívání aktivit v daných zařízeních. Můžeme se ovšem zamyslet o jaké aktivitě se jedná. Jsou zde uvedeny kulturní akce (výlety, společenská setkání, divadla, kina, zpěv), které upevňují společensko sociální vztahy. Dále obsáhlý výčet sportovních činností (plavání, nohejbal, tenis atd.), který poukazuje na různorodost sportovních zájmů i u klientů s mentálním postižením. Evidentní je nejen zájem o sport, ale i o výtvarné činnosti – keramika, malba na sklo atd. Uvedeny byly i různé formy rehabilitace, které by měly být součástí ozdravných procedur, jenž by měly být součástí volného času a péče o klienta. Běžným zájmem je i práce s počítačem – především s internetem, kde klienti hledají informační zdroje o tématech, která je zajímají.

- graf (graf 2.33) poukazuje na to, jak často jsou aktivity nabízeny (kolikrát v týdnu):



Široký výčet aktivit poukazuje i na informaci, že ve většině zařízeních jsou aktivity nabízeny denně, tuto informaci znázorňuje graf 2.33, kdy v 69% zařízeních je běžná nabídka denních aktivit. Pravděpodobně se jedná o různorodost aktivit, kdy každý den se volný čas vyplňuje jiným způsobem.

- graf (graf 2.34) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let se aktivit účastní:



Aktivít se účastní většina klientů v zařízeních. Je zajímavé srovnat získaný údaj o počtu klientů, kteří se aktivit účastní – zde přesahuje větší podíl mužů, s údajem o počtu klientů v zařízeních (graf 1.6 rozdělení klientů dle pohlaví) kde přesahuje větší podíl žen. Můžeme se tedy domnívat, že muži s mentálním postižením se více účastní aktivit a mají větší zájem o volnočasové činnosti?

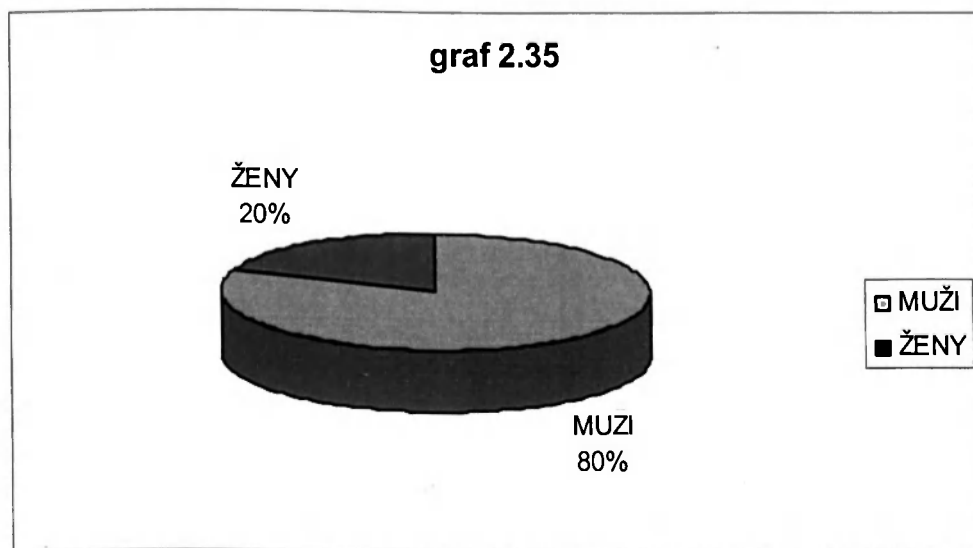
- výčet nejoblíbenějších aktivit klientů v různých zařízeních:

- arteterapie
- dílny
- divadlo
- hra karet
- hudba
- keramika
- keramika
- malování
- muzikoterapie
- nákupy
- nákupy návštěva cukrárny

- plavání
- ruční práce
- senzomotorická místnost
- soutěže
- speciální olympiáda
- sport, plavání, kuželky, stolní hry
- video kroužek
- výlety do zahraničí

Výčet nejoblíbenějších aktivit zde uvádím z důvodu, propojení s nabízenými aktivitami. Objevují se zde většinou aktivity, které jsou uvedeny v části „nabízené aktivity klientům“ – str. 100. Tato informace poukazuje na fakt, že klienti mají různé potřeby ve využití volného času, tudíž i výčet oblíbených aktivit je na počet aktivit rozsáhlý. Objevují se zde opět různé oblasti – nejen sport, společensko kulturní akce či různé formy terapií.

▪ graf (graf 2.35) poukazuje na to, kolik klientů nad 40 let hraje na hudební nástroj:



Ve většině zařízení jednou z volnočasových aktivit je muzikoterapie. Spíše se jedná o hru s hudbou, její součástí je hra na různé hudební nástroje – především

a velice oblíbenou skupinou hudebních nástrojů, je hra na Orfovy nástroje (dřívka, triangl, činelky...) či hra na flétnu. Hudba by měla spíše působit na klienty relaxačně a měla by se stát součástí každodenních činností. Hra na nástroje je spjata i se zpěvem, a tohoto propojení lze využít nejen pro volnočasové aktivity, ale i pro různé kulturní akce.

▪ *keré aktivity by ráda zařízení nabídla klientům, kdyby nebylo finanční omezení:*

- aromaterapie
- bazén
- canisterapie
- cvičení na trampolíně
- častější rekreace
- dovolené u moře
- fitness
- jízda na koni + hipoterapie
- lázeňské pobyty
- léčebná rehabilitace
- návštěvy kin a divadel
- odborná arteterapie
- pracovní uplatnění mimo zařízení
- tkalcovskou a keramickou dílnu

Tato získaná informace je pouhou myšlenkou, která by se mohla stát reálnou součástí života v dotazovaných zařízeních. Nabízené služby a aktivity, které by zařízení rádo nabídlo se liší od každodenních nabízených aktivit. Jedná se především o to, že dané činnosti, které jsou finančně náročnější a většina zařízení nemá tu možnost získávat finanční zdroje, tudíž je nereálné některé aktivity realizovat. Je třeba si uvědomit, že pro kvalitu života klientů je třeba spokojenosti

zaměstnanců, kteří mají dostatečně možnosti při práci s klienty a vědí o jejich přáních a snaží se je i plnit.

Vyskytují se zde odpovědi, které nepovažuji za až tak nereálné... Působícím faktorem jsou především peníze, kterých je stále v sociálních službách nedostatek. Nechci zde kritizovat finanční situaci v oblasti sociálních služeb, jen je třeba hledat nové možnosti, které by umožňovaly získávat finanční zdroje například na lázeňské pobyty klientů či na výstavbu rehabilitačních oddělení v zařízeních. V každém z krajů v České republice se situace odlišná a tudíž by určité finanční zdroje měly být rozdělovány s ohledem na situaci v daném kraji. Větší otevřenost sociálních služeb ziskovým sektorům, by umožnilo větší příjem finančních zdrojů, které by mohly být věnovány nejen na finančně náročnější aktivity klientů.

Shrnutí části dotazníku 7.2.8 aktivity klientů:

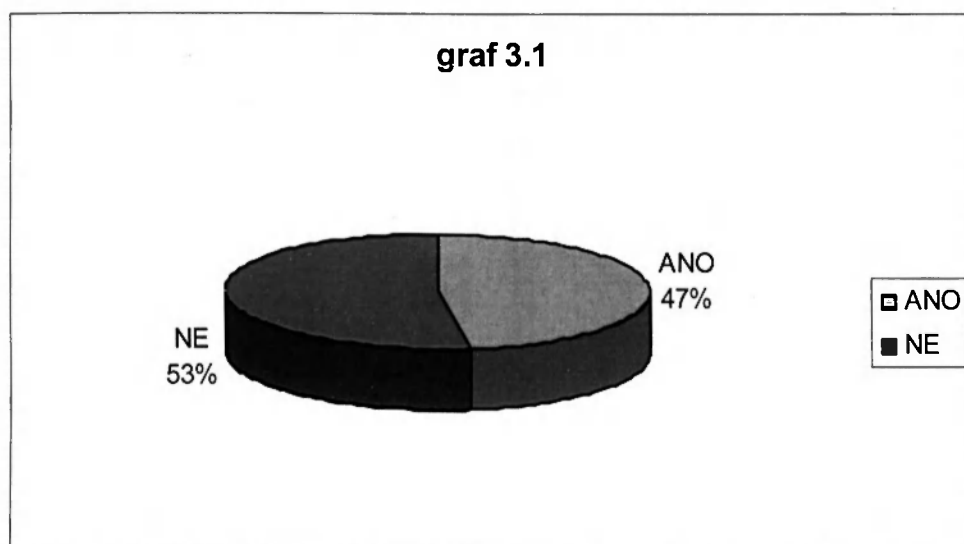
Jsem rád, že z této části dotazníkového průzkumu vyplynulo široké spektrum aktivit, které jsou nabízeny klientům. Je velice těžké vytvořit aktivity pro volný čas osob s mentálním postižením. Nesmíme opomenout ani věk klientů, který klienty může nejen omezovat při výkonu některých činností, ale zájmy se s věkem různí.

Důležitým faktorem je spojení aktivit klientů zařízení a například obyvatelstva v okolí zařízení, či spolupráce na vytváření různých aktivit s jinými zařízeními či organizacemi.

Z průzkumu vyplynulo, že je více pohybově aktivních žen než mužů, ale že více mužů se účastní připravovaných aktivit. Mezi volnočasovými aktivitami je přitom jednodušší nalézt aktivity, které tak jednoznačně nevyžadují výkonnost a situace, ve kterých se klienti mohou mnohem snáze uplatnit, cítit se při nich dobře, strávit smysluplný čas.

7.3 DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY K DOTAZNÍKU:

7.3.1 Myslíte si, že veřejnost dostatečně vidí práci ve Vašem zařízení či organizaci a tudíž jste společensky uctíváni?

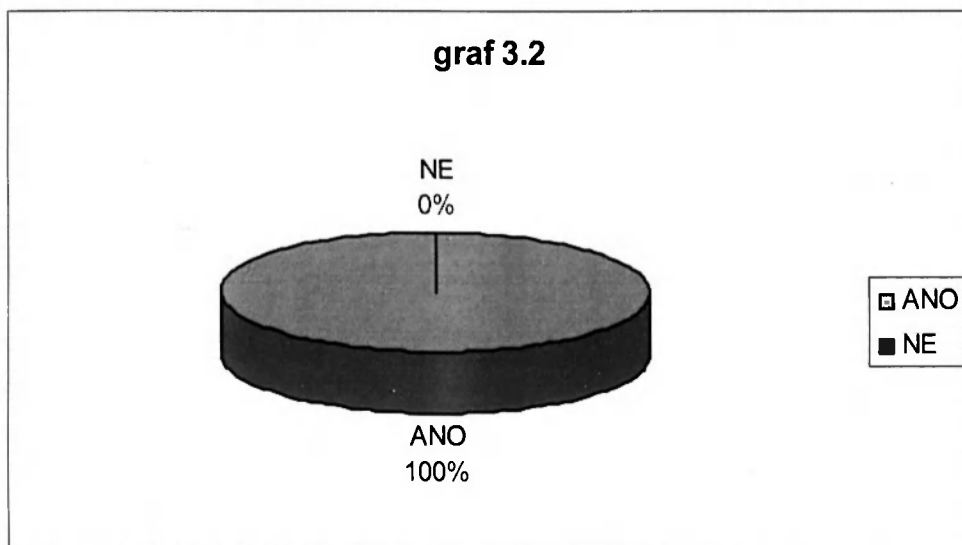


Tuto otázku jsem zvolil z důvodu, zda si společnost uvědomuje důležitost poskytovatelů sociálních služeb. Odpověď mě nemile překvapila, jelikož vyplynulo, že větší polovina respondentů je názoru, že jejich práci veřejnost nedostatečně ohodnocuje a že nejsou společensky uctíváni.

Otázka může být velice subjektivní, jelikož je obtížné definovat pojem „společenská úcta“ a záleží na samotných poskytovatelích co si oni sami představili pod pojmem „společenská úcta“.

Společnost přistupuje k poskytovatelům sociálních služeb s tím, že automaticky očekávají mimo jiné i respektování úcty ke klientům. S respektováním úcty k člověku plně souhlasím. Je ale důležité položit si otázku, zda toto pravidlo platí i opačně – tj. zda klienti či jejich rodinní příslušníci nebo zákonní zástupci mají úctu k zařízení, které poskytuje sociální služby. Graf 3.1 poukazuje na to, že pravidlo opačně neplatí.

7.3.2 Máte možnost dalšího vzdělávání se ve Vaší profesi?

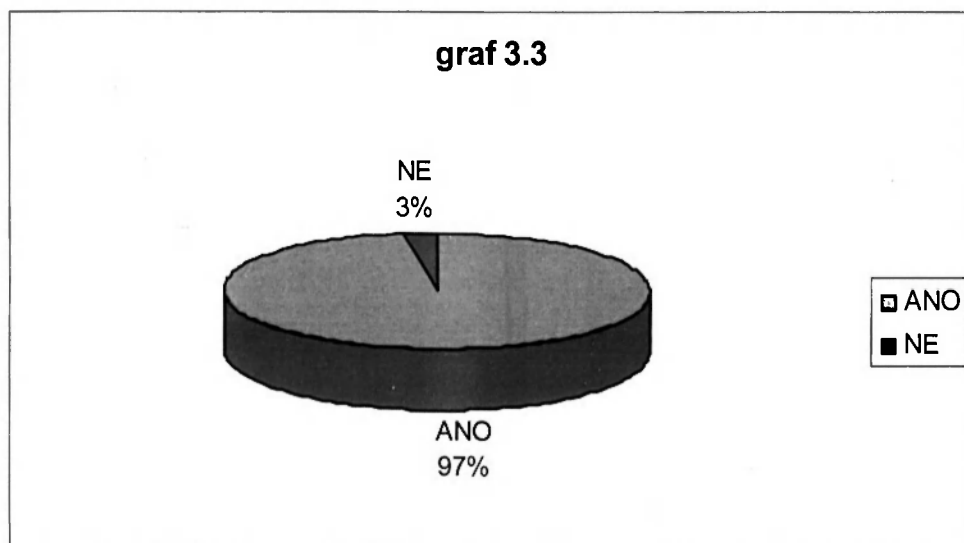


Důležitost dalšího vzdělávání v různých oborech sociální práce je nezpochybnitelná. Proto jsem rád, jelikož v žádném z dotazníků nezazněla odpověď, že zaměstnanci nemají možnost dalšího vzdělávání se.

Následující graf (graf 3.3) souvisí s oblastí vzdělávání zaměstnanců, kdy poskytovatelé sociálních služeb odpovídali na otázku, zda využívají možnosti dalšího vzdělávání sebe samých.

Velice malé procento respondentů – 3% odpovědělo, že dalšího vzdělávání sebe samých nevyužívají. Osobně si domnívám, že 3 % je velice zanedbatelné číslo, jelikož zaměstnanci mohou mít různé komplikace, které neumožňují další vzdělávání se – například brzký odchod do důchodu, což považuji za příhodné k dané situaci.

- Pokud ANO, využíváte této možnosti?



▪ *Jaké vzdělávací kurzy či jiné vzdělávací možnosti jste absolvoval/a v rámci Vaší profese?*

- augmentativní a alternativní komunikace
- autismus
- behaviorální komunikace
- duševní zdraví
- exkurze do nových zařízení
- gerontologické dny
- individuální plánování
- krizová intervence
- kurz krizové intervence
- kurz poradenství pro zdravotně postižené
- kurzy pro chráněné bydlení
- kurzy v oblasti komunikace
- léčba dekubity
- lidská důstojnost

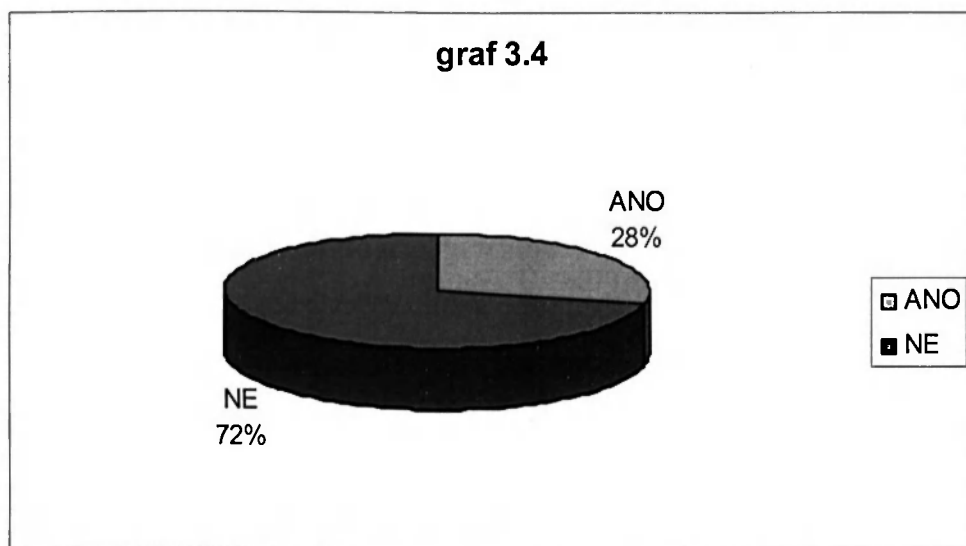
- lidská práva v životě lidí s MP
- Makaton
- mediace
- muzikoterapie
- opatrovnictví
- ortopedický kongres
- práce se zrakově postiženými
- první pomoc pro nezdravotnímu
- psychosociální výcvik
- semináře z oblasti sociální, pedagogické, zdravotní a ekonomickou tématikou
- sexualita osob s MP
- schizofrenie
- zákon č. 108/2006 Sb. - Zákon o sociálních službách
- standardy sociálních služeb
- syndrom vyhoření
- využití psychorelaxačních her a aktivit
- základy speciální pedagogiky
- vyhláška č. 101/2006 Vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006
- zákon 106/1999 Zákon o svobodném přístupu k informacím
- zpracování projektů
- zvládání krizových situací
- zvládání problémového chování u osob s mentálním postižením

Použil jsem zde výčet oblastí ve kterých byli zaměstnanci již vzdělávání. Překvapilo mě, že výčet je velice obsáhlý a velice často se dané vzdělávací oblasti

opakovaly. Nutno upozornit, že se zaměstnanci vzdělávají v různých oblastech, které souvisí se sociální službou – může se jednat o oblast legislativní, zpracování různých projektů, oblast duševní hygieny či o práci s konkrétní skupinou jedinců.

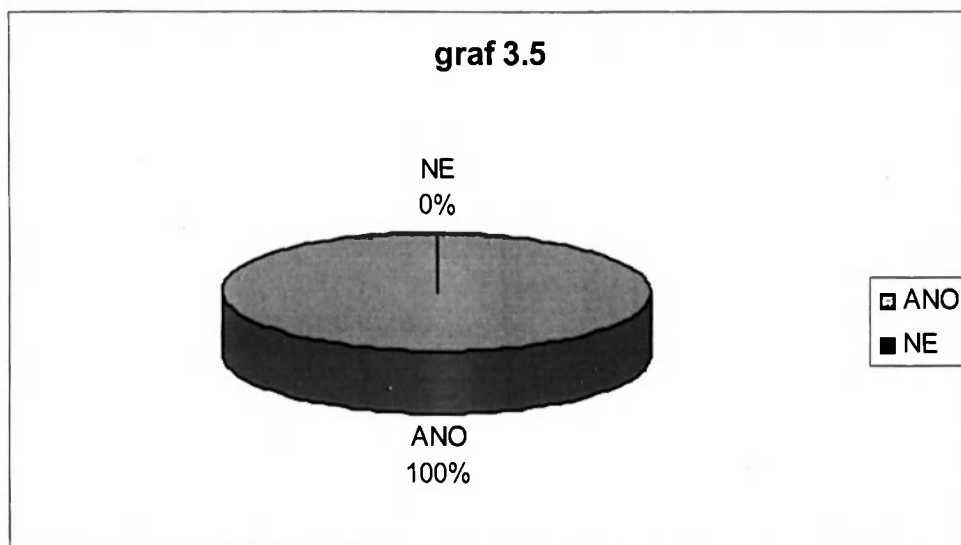
I samotní poskytovatelé sociálních služeb si pravděpodobně uvědomují, že zvýšení kvality a komplexnosti služeb souvisí se vzděláváním zaměstnanců.

7.3.3 Myslíte si, že existuje ve Vašem kraji rivalita mezi poskytovateli sociálních služeb?



Odpověď vystihuje pocit zaměstnanců, kteří nepocítují možnost rivality mezi poskytovateli sociálních služeb. Rivalitu nepocítuje 72 % dotazovaných. Můžeme si položit otázku, zda tento pocit je správný. Nebyl by jiný přístup (lepší přístup) ke klientům, kdyby zde existovala možnost, že klient nebude spokojen a vybere si jiného poskytovatele sociálních služeb. Spíše o rivalitě bychom potom mohli hovořit o zdravé konkurenci mezi poskytovateli sociálních služeb.

7.3.4 Spolupracujete s jinými zařízeními či organizacemi?



Jedním z důležitých aspektů úspěšnosti péče o stárnoucí klienty s mentálním postižením je spolupráce mezi zařízeními a popřípadě jejich propojenost. Následný graf – graf 3.5 potvrzuje 100% důležitosti vzájemné spolupráce a propojenosti mezi zařízeními. V dotazníkovém šetření nebyla tedy zaznamenána žádná negativní odpověď, kdy by zařízení nespolupracovalo s jiným zařízením.

Následný výčet vypsanych oblastí, spolupráce zařízení znázorňuje, že se jedná především o společenské akce, které jsou zaměřeny především na samotné klienty. Nejvíce mě zaujala odpověď, kdy se klienti účastní různých porad. Myslím si, že je velice důležité, aby klienti měli možnost komunikovat se zaměstnanci o možnostech a způsobu životního prožitku v zařízení.

Dále výčet znázorňuje, že zařízení vzájemně spolupracují i při profesních přípravách či různých seminářích, které zlepšují profesní přípravu samotných poskytovatelů sociálních služeb. Jedná se především o programy zaměřené na standardy sociálních služeb, výměnu poznatků při práci s klienty a vzájemné exkurze do zařízení.

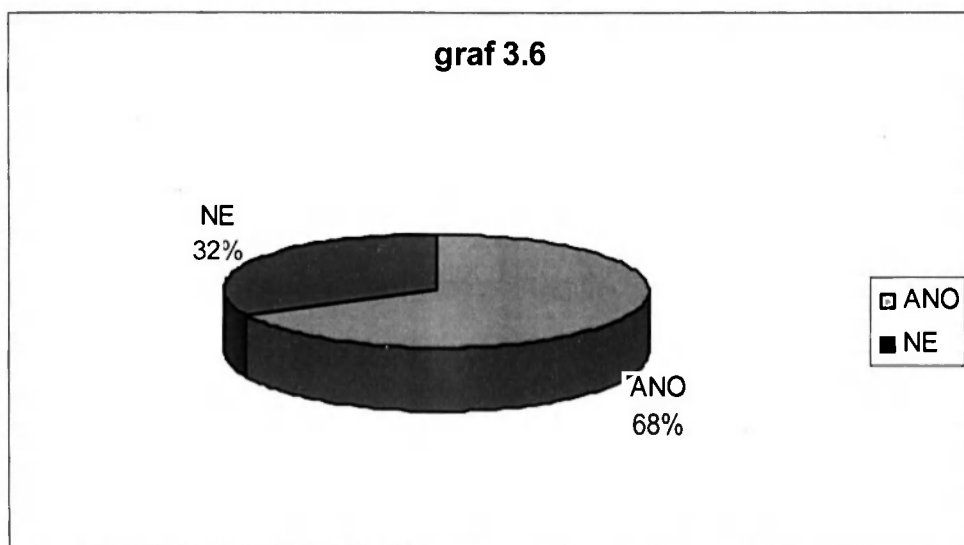
▪ *pokud ANO, uveďte o jakou spolupráci se jedná:*

- církevní organizace
- dobrovolnické centrum

- exkurze do jiných zařízení
- chráněné bydlení pro lidi s MP v kraji
- nácviky soběstačnosti
- návštěvy kulturních akcí
- rady, výměna zkušeností
- společné akce
- společné programy nad standardy sociálních služeb
- spolupráce s agenturou, která podporuje zaměstnávání a rekvalifikaci
- spolupráce se ZŠ
- sportovní soutěže
- školy se sociálním zaměřením
- taneční zábavy
- účast uživatelů služeb na poradách
- výměna zkušeností
- výměnné pobyty pro klienty

Výčet poukazuje na různé formy spolupráce mezi zařízeními, které obohacují nejen samotné klienty, ale také zaměstnance, kteří získávají další podněty pro odbornou práci se stárnoucími klienty s mentálním postižením.

7.3.5 Myslíte si, že Vaše zařízení je dostatečná materiální vybavenost pro kvalitní péči o Vaše klienty?



Vybavenost sociálních zařízení je samozřejmě velice rozdílná. Graf poukazuje na materiálovou vybavenost zařízení, kdy 68% respondentů je s vybaveností zařízení spokojeno. Tento fakt poukazuje na zlepšování nabídky péče nejen o stárnoucí klienty s mentálním postižením, ale tento pozitivní fakt může být odrazem kvalitní poskytované péče zaměstnanců, kteří s ohledem na kvalitní vybavenost zařízení technicky snadněji pečují o klientelu.

S vybaveností jsou někteří respondenti nespokojeni a následný výčet poukazuje na oblasti či materiální vybavenost, která v některých zařízeních sociální péče chybí. Jedná se především o nedostatek prostoru, kdy klienti nemají pokoje, které by jim nabízely dostatečné soukromí a nedostatek prostoru, který by mohl být využit pro práci klienty. Materiální vybavenost je především nedostačující při manipulaci s klienty, kdy v některých zařízeních chybí zvedáky či polohovací postele, které by usnadnili péči o klienta.

▪ *pokud NE, uveďte co si myslíte, že ve Vašem zařízení postrádáte:*

- auto na přepravu uživatelů
- dvoulůžkové pokoje
- chybí prostor pro terapie
- je kvalitní, ale stále je co vylepšovat
- kvalitní nábytek

- lepší vybavení pro rehabilitaci
- nedostatek prostoru
- nevyhovují pokoje – příliš velké
- nevyškolený personál
- polohovací postele
- pomůcky pro bazální stimulaci
- speciální pomůcky
- zvedáky

7.3.6 Můžete uvést některé metody, které se osvědčily při práci s Vašimi klienty?

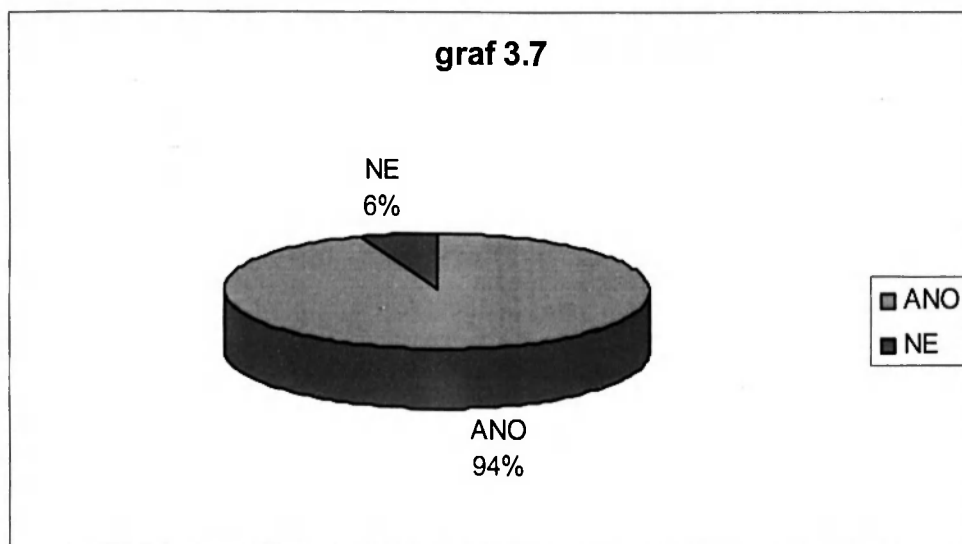
Metody práce s klienty mohou být různorodé. Záleží na samotných klientech, kteří mohou neúmyslně určovat metodu práce s terapeutem či zaměstnancem zařízení. Klient by měl být veden odbornou osobou, která zná výhody a úskalí dané metody. Následující výčet poukazuje na rozsáhlé spektrum možností práce s klientem.

- alternativní a augmentativní komunikace
- bazální stimulace
- dohoda
- ergoterapie
- individuální péče
- individuální plánování
- kladná motivace
- komunikace
- Makaton
- mobilizace- tlach program
- muzikoterapie

- nabídka činností
- naslouchání
- pestrá nabídka aktivit
- počítačové výukové předměty
- pochvala
- práce se skupinou
- pracovní činnosti mimo zařízení
- pracovní terapie
- psychoterapie
- rehabilitační metody
- rozhovor
- samostatné cestování do práce
- Senzomotorická stimulace SNOEZELEN
- trpělivost
- ujasnění pravidel
- vlídně zacházet
- vždy osobní jednání
- zaměstnání klientů mimo zařízení
- zpětná kontrola – reflexe
- muzikoterapie

Některé metody práce jsou známé a běžně používané – komunikace, motivace, rozhovor, naslouchání, pochvala atd. Oproti tomu jsou zde uvedeny metody, které nemusí být až tak známé – Makaton – alternativní metoda komunikace, znaková řeč, kdy se slova vyjadřují pohybem ruky či mimikou obličeje. Dále senzomotorická stimulace Snoezelen – jedná se o jednu z metod stimulace pro uvolnění jedince.

7.3.7 Přikláníte se k názoru, že proces stárnutí je individuální záležitost?



Graf 3.7 poukazuje na to, že práce a přístup ke stárnoucím klientům, nejen s mentálním postižením, není stereotypní. Samotného mě zarazilo, že několik respondentů odpovědělo, že stárnutí klientů s mentálním postižením nevidí jako individuální záležitost.

▪ *pokud ANO, v čem vidíte individualitu stárnutí u jedinců s mentálním postižením?*
(následné odpovědi jsou uvedeny tak, jak je sami poskytovatelé napsali do dotazníků)

- U některých klientů je proces rychlejší a viditelnější.
- Individualita stárnutí je částečně ovlivněna u lidí s MP dle stupně mentální retardace (projevy stárnutí nastupují individuálně dle míry postižení).
- Zdravotní stav má velký vliv na proces stárnutí u osob s mentálním postižením.
- Duchem stále mladí a kreativní.
- Každý má jiné fyzické i psychické možnosti v daném věku.
- Rodinné dispozice a geny.
- Nejsou tak ztrháni z celoživotní práce.

- * Záleží na osobnostních rysech každého jedince a jeho povahových zvláštnostech.
- * V tom, že každý klient je jedinečná lidská bytost se svými problémy, starostmi, zdravotními omezeními.
- * Prostředí, fyzické a psychické dispozice, sociální okolí, medikace.
- * Záleží na temperamentu klienta, jeho zdravotním stavu, na spolupráci s rodinou, a také na jeho „životním příběhu“.
- * Záleží na prostředí ve kterém jedinec s MP žije, nakolik je podnětné; zda se může setkávat s vrstevníky se stejným handicapem; zda může žít běžným způsobem života nebo je izolován od okolního světa a zda má kolem sebe lidi, kteří mu pomáhají ve všestranném .

Následný výčet názorů na problematiku stárnoucích osob s mentálním postižením poukazuje na postoje poskytovatelů sociálních služeb vůči stárnoucím klientům s mentálním postižením.

7.4 MOŽNOST VLASTNÍHO NÁZORU ČI JINÝCH PŘIPOMÍNEK K DOTAZNÍKU:

K této závěrečné části dotazníku nebylo moc připomínek. Mohlo to být způsobeno délkou dotazníku, že respondenti mohli být nejen časově vyčerpáni a nebo veškeré připomínky připojili k dotazníkové části „7.3 Doplňující otázky k dotazníku“.

Uvádím několik podnětů, které byly napsány do této závěrečné kapitoly v dotazníku. Následné odpovědi jsou uvedeny tak, jak je sami poskytovatelé napsali do dotazníků:

- * Navštívit dané zařízení – mít tam stáž a možná by některé otázky nezazněly nebo by byly položeny jinak.
- * Některé informace se o klientech těžko získávají – čtení.....
- * U některých otázek se nedalo přesně číselně vyjádřit počet klientů.
- * Chybí nám mladý personál, který vnese do klientů kus sebe samého a práci berou jinak než pracovníci, kteří tu jsou delší dobu.
- * Je těžké získat data, pokud s daným uživatelem nepracuji jako klíčová pracovnice + je těžké získat informace pouze ze sociální dokumentace.
- * Nejednoznačnost otázek.
- * Nevyplnění všech otázek, jelikož by to zabralo celý den.

Dané odpovědi poukazují na nevýhodu otevřeného dotazníku, kdy je potřebné s respondenty nad danými otázkami hovořit či je jinak přeformulovat. Odpovědi vystihují individualitu v přístupu o stárnoucí klientelu s mentálním postižením.

Myslím si, že dotazník byl konstruován kvalitně, nevýhodou mohlo být jeho obsáhlé spektrum otázek, které byly zaměřeny na příliš široké působení poskytovatelů sociálních služeb.

8. Závěr

Předkládaná diplomová práce byla zaměřena na stárnoucí osoby s mentálním postižením, a to především na jejich kvalitu života a na propojení se systémem poskytovatelů sociálních služeb v oblasti poskytování péče.

Diplomová práce měla několik cílů. Jedním z hlavních cílů, na který jsme se zaměřili v několika prvních kapitolách této práce (kapitoly 1- 3) byla problematika stárnutí a kvality života u seniorů s mentálním postižením. Dalším cílem bylo získat názory poskytovatelů sociálních služeb na problematiku stárnutí osob s mentálním postižením. Následně pak přinést cenné údaje o připravenosti sociálních zařízení na populační nárůst stárnoucích osob s mentálním postižením.

Z důvodu nižšího počtu navrácených dotazníků (40 vrácených dotazníků, které netvoří ani polovinu dotazovaných) nelze v odpovědích vysledovat klíčové závislosti, které by byly ve všech případech plně uplatnitelné. Proto je analýza pojata spíše jako interpretace odpovědí na otázky, než kvantifikující statistika.

Jedním ze sledovaných cílů bylo vyvolání širší diskuse. Tento cíl byl splněn, neboť si poskytovatelé vzájemně ověřovali informace, které uvedli jako odpovědi v dotazníkovém šetření.

Získané názory poskytovatelů byly podloženy jejich dlouholetou praxí, tudíž jsou velice cenné. Mohly by sloužit jako podklad pro další práci či výzkum někoho jiného.

Připravenost poskytovatelů sociálních služeb na nárůst klientely spočívá především v jejich ochotě přizpůsobit se zmíněné situaci; finanční a materiální vybavenost jsme zatím zahrnuli do celkové oblasti zkoumání.

Zároveň bychom rádi upozornili na to, že z dotazníkového šetření se dá vyvodit, že zařízení mají existenční problémy, které by měly být řešeny. Jedná se především o finanční zajištění sociální péče a to nejen pro klientelu na kterou jsme se zaměřovali – tj. stárnoucí osoby s mentálním postižením. Dále se jedná o efektivnost propojení rodin klientů a spolupráce se zařízeními či odborníky, kteří by měli napomoci v tom, aby klienti měli možnost kvalitního prožitku stáří. Proto jsme nabyli dojmu že by se o klientech s mentálním postižením mělo více hovořit. Pokus o zajištění co největšího pohodlí by mělo být prioritou v péči o tyto klienty.

Bude třeba se neustále zabývat problematikou stárnoucích osob s mentálním postižením, je žádoucí se hlouběji zaobírat dalšími oblastmi této životní fáze. Je třeba se více zaměřit na jejich potřeby, které se s nárůstem věku mohou měnit a nemusejí být zaznamenány samotnými poskytovateli.

9. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENEŠ, M.: *Úvod do andragogiky*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-38.

Bílá kniha v sociálních službách. Praha: MPSV, 2003. [cit. 20. ledna 2008].
Dostupné na: <<http://www.mpsv.cz/cs/9>>.

BLEEKSMAN, M.: *Begeleiding van oudere cliënten met een verstandelijke handicap*. Baarn: H. Nelissen, 2001. ISBN 90 244 1464 4.

BOURAS, N., HOLT, G.: *Mental health services for adults with learning disabilities*. British Journal of Psychiatry, 2004.

BUIJSSEN, H.: *Demence - průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006, s. 15, 51, 57. ISBN 80-7367-081-X.

CASTLES, E. E.: *We're People First: The Social and Emotional Lives of individuals with mental retardation*. Westport: Praeger Publishers, 1996. ISBN 0275952436.

ČERMÁKOVÁ, K., JOHNOVÁ, M.: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV, 2004. ISBN 80-86552-99-3.

ČERNÁ, M. a kol.: *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

Důvodová zpráva k zákonu č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, s. 5, 6.

EDELSBERGER, L.: *Defektologický slovník*. Jinočany: nakladatelství H&H, 2000, s. 61, 314/315. ISBN 80-86022-76-5.

FRANČEOVÁ, E.: *Deník mého syna – nebyl jsem vyřazen ze života*. Praha: Tauris, 2002. ISBN 80-211-0418-X.

GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HOCMAN, G.: *Stárnutí - co víme o tom, co nás nemine*. Praha: Avicenum, 1985.

JABŮRKOVÁ, M., SYSLOVÁ, D. a kol.: *Akreditace sociálních služeb*. Praha: MPSV, 1999. ISBN 80-85529-68-8.

JESENSKÝ, J.: *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-823-9.

JIRÁK, R.: *Demence*. Praha: Galén, 1999. ISBN 80-7262-268-4.

JIRÁK, R.: *Organicky a symptomaticky podmíněné duševní poruchy*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

KLENKOVÁ, J.: *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J.: *Logopedie – interdisciplinární vědní obor*. In: VÍTKOVÁ, M.: *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

KOPŘIVA, K.: *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KRAHULCOVÁ, B.: *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: UK v Praze – Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7290-094-3.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

Kvalita v sociálních službách. Praha: MPSV, 2001. ISBN 80-86552-16-0.

KVAPILÍK, J., ČERNÁ, M.: *Zdravý způsob života mentálně postižených*. Praha: Avicenum, 1990, s. 61. ISBN 80-201-0019-9.

LANGER, S.: *Mentální retardace - etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. Hradec Králové: Kotva, 1990. ISBN 80-900254-0-4.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D.: *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.

MÁLKOVÁ, I., KRCH F. D.: *SOS nadváha: průvodce úskalím diet a životního stylu*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.

- MÜHLPACHR, P., STANÍČEK, P.: *Geragogika pro speciální pedagogy*. Brno: Masarykova univerzita - Pedagogická fakulta, 2001, s. 9. ISBN 80-210-2510-7.
- NOVOSAD, L.: *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E.: *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-363-X.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I.: *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 1998, s. 94. ISBN 80-7178-184-3.
- PIPEKOVÁ, J. a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. a kol.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006, s. 88. ISBN 80-7315-120-0.
- PROCHÁZKA, Ž., NETUŠIL, R.: *Vzdělávání jako pomoc pro samostatný život – modely celoživotního vzdělávání lidí s mentálním postižením v Evropě*. Praha: Modrý klíč, 2003. ISBN 80-902494-5-0.
- RAHN, E., MAHNKOPF, A.: *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2000, s. 228. ISBN 80-7169-964-0.
- SILVERMAN, W. a kol.: *Aging and dementia among adults with mental retardation and Down syndrome*. 1998.
- Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2004. ISBN 80-86552-98-5.
- STUART-HAMILTON, I.: *Psychologie stárnutí*. Praha: nakladatelství Portál, 1999, s. 87, 183. ISBN 80-7178-274-2.
- SÝKOROVÁ, D., CHYTIL, O.: *Autonomie ve stáří strategie jejího zachování*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2004, s. 13. ISBN 80-7326-026-3.
- ŠIŠKA, J.: *Mimořádná dospělost – edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
- ŠVANCARA, J.: *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: SPN, 1983.
- ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

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

VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie – dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O.: *Psychopedie – kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.

VAN HOUTEN - VAN DEN BOSCH, E. J.: *Gelukkig geïntegreerd. Onderzoek naar de Kwaliteit van het bestaan van mensen met een lichte verstandelijke handicap*. Groningen: Kinderstudies, 1999.

VANČURA, J.: *Expertíza pro cílovou skupinu „Lidé s mentálním postižením“*. Brno: 2007, s. 8. [cit. 20. ledna 2008]. Dostupné na: <http://www.domovypotrebnych.cz/studproj.php>

VOHRALÍKOVÁ, L.: *Čeští senioři včera, dnes a zítra*. Brno: Výzkumné centrum Brno, 2004. ISBN 80-239-4218-2.

WOLF, J. a kol.: *Umění žít a stárnout*. Praha: Svoboda, 1982.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele; Praha: MPSV, 2004, s. 103. ISBN 80-86552-99-3.

ZVOLSKÝ, P.: *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1.

ZGOLA, J. M.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, 2003, s. 147. ISBN 80-247-0183-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky [online]. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné na WWW: <http://whoops.alvepi.com/apsscr/>.

Český statistický úřad [online]. Praha: Český statistický úřad. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/>.

Domov sociálních služeb Vlašská [online]. Praha: Domov sociálních služeb Vlašská [cit. 8.2.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.usppl.cz/index.html>>.

<http://www.alz.co.uk/alzheimers/aa.html>

<http://www.andrologic.cz/page/5084.epidemiologie-starnuti/>

<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=657>

POHODA společnost pro normální život lidí s postižením [online]. Praha: Občanské sdružení POHODA [cit. 8.2.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.pohoda-help.cz/index.php?cmd=page&id=47&lang=cs>>.

www.alzheimer.cz/data/docs/Dopis_40.doc

Státní zdravotní ústav se sídlem v Praze [online]. Praha: Státní zdravotní ústav [cit. 18.2.2008]. Dostupné na WWW: <<http://www.szu.cz/>>.

PŘÍLOHA 1

DOTAZNÍK PRO POSKYTOVATELE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

1. INFORMACE O POSKYTOVATELÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:

- Zaškrtněte do jaké škály zařízení je zařazeno Vaše zařízení či organizace dle názvu:

(V případě, že nelze vybrat z níže uvedených zařízení či organizací, prosím dopište.)

<i>Název zařízení:</i>	
Denní centrum pro klienty s MP	
Denní stacionář pro osoby s MP	
Domov pro lidi s MP	
Dům duševního zdraví pro dospělé s MP	
Dům s chráněným bydlením	
Dům tréninkového bydlení	
Gerontologický stacionář	
Chráněná dílna	
Chráněné bydlení a středisko osobní asistence	
Chráněné bydlení pro osoby s MP	
Komplex chráněných dílen a bydlení	

Středisko pro osoby s MP	
Středisko terénní pomoci rodinám	
ÚSP pro dospělé s MP	
ÚSP pro dospělé smyslově postižené	
ÚSP pro muže s MP	
ÚSP pro ženy s MP	
ÚSP občany s tělesným postižením a přidruženým MP	

-
- Do jaké spádové oblasti – kraje, jste zařazeni; vyberte a zaškrtněte v tabulce:

<i>Kraj</i>	
hlavní město Praha	
Jihočeský kraj	
Jihomoravský kraj	
Karlovarský kraj	
Královéhradecký kraj	
Liberecký kraj	
Moravskoslezský kraj	
Olomoucký kraj	
Pardubický kraj	

Plzeňský kraj	
Středočeský kraj	
Ústecký kraj	
Vysočina	
Zlínský kraj	

- Kdo je zřizovatelem Vašeho zařízení či organizace, vyberte a zaškrtněte v tabulce:

<i>Zřizovatel</i>	
Česká katolická charita - ČKCH	
Diakonie	
FYZO – Fyzická osoba	
MěÚ – Městský úřad; Magistrát	
OBČS – Občanské sdružení	
OÚ - Obecní úřad	
jiný zřizovatel:	

- Celkový počet zaměstnanců ve Vašem zařízení či organizaci:

- Pracuje ve Vašem zařízení či organizaci speciální pedagog? Pokud ano, napište počet speciálních pedagogů ve Vašem zařízení či organizaci:

- Pro jakou cílovou skupinu je určeno Vaše zařízení či organizace:

- Celkový počet klientů ve Vašem zařízení či organizaci:

- Maximální počet klientů – kapacita zařízení:

- Celkový počet klientů nad 40 let (kolik mužů a žen):

- Rozdělení klientů dle pohlaví – kolik mužů a žen:

- Věkové rozmezí klientů ve Vašem zařízení či organizaci:

2. INFORMACE O KLIENTECH VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ ČI ORGANIZACI:

* v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

2.1 UVEĎTE PROSÍM CÍLOVOU SKUPINU KLIENTŮ NA KTEROU SE PRIMÁRNĚ ZAMĚŘUJETE:

2.2 POČTY KLIENTŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM:

- Počet klientů s mentálním postižením:
- Počet klientů s lehkou mentální retardací IQ 50-69 (F70):
- Počet klientů se středně těžkou mentální retardací IQ 35-49 (F71):
- Počet klientů s těžkou mentální retardací IQ 20-34 (F72):
- Počet klientů s hlubokou mentální retardací IQ je nižší než 20 (F73):
- Počet klientů s jinou mentální retardací (F78):

2.3 ROZUMOVÉ SCHOPNOSTI KLIENTŮ VE VAŠEM ZAŘÍZENÍ ČI ORGANIZACI:

* v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

•	MUŽI	ŽENY
Kolik klientů má ukončené základní vzdělání?		
Kolik klientů má ukončené vzdělání na ZŠ praktické (dříve zvláštní školy):		
Kolik klientů má ukončené vzdělání na ZŠ speciální (dříve pomocné školy):		
Kolik jedinců nad 40 let zvládá čtení:		
Kolik jedinců nad 40 let zvládá psaní: (umí napsat krátký, smysluplný text či opis)		
Kolik jedinců nad 40 let zvládá počty: (číselná řada; jednoduché příklady na sčítání či odčítání)		

2.4 KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI KLIENTŮ:

* v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

*	MUŽI	ŽENY
Kolik klientů nad 40 let slovně komunikuje?		
Kolik klientů nad 40 let komunikuje pomocí gest či jiným způsobem?		
Kolik klientů nad 40 let trpí poruchami řeči? V případě vad vypište pod tabulku o jaké vady se jedná.		
Je ve Vašem zařízení klient s poruchou autistického spektra/autistickými rysy? (kolik klientů?)		

Vady řeči:

2.5 ZDRAVOTNÍ STAV KLIENTŮ:

* v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

*	MUŽI	ŽENY
Kolik klientů nad 40 let používá brýle?		
Kolik klientů nad 40 let prodělala operaci očí? (např. odstranění zákalu)		
Kolik klientů nad 40 let používá naslouchadlo?		
Kolik klientů ve Vašem zařízení má Kochleární implantát?		

- **Jaké jsou časté přidružené psychiatrické choroby u Vašich klientů?**

* <i>Psychiatrické choroby:</i>	MUŽI	ŽENY
Vyskytuje se u některých klientů Parkinsonova nemoc? (kolik?)		
Vyskytuje se u některých klientů deprese? (kolik?)		
Vyskytuje se u některých klientů manické stavy? (kolik?)		
Vyskytuje se u některých klientů stav úzkosti? (kolik?)		
Pokud je ve Vašem zařízení klient, který nedokáže vyjádřit z různých důvodů své psychické stavy, napište kolik takových klientů je ve Vašem zařízení.		

2.6 SOCIÁLNÍ OBLAST VZTAHŮ:

- v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

*	MUŽI	ŽENY
Bydlí spolu na pokoji klienti mužského a ženského pohlaví?		
Kolik klientů nad 40 let je alespoň 1x měsíčně navštíveno svými rodinnými příslušníky?		
Kolik klientů nad 40 let samo vychází na procházky mimo Váš areál zařízení?		
Dostávají se klienti Vašeho zařízení do kontaktu s lidmi, kteří žijí v okolí Vašeho zařízení?	ANO	NE
Objevuje se u některých klientů agresivní chování? (pokud ANO a víte jeho příčiny, uveďte je pod tabulkou)	ANO	NE
Existují ve Vašem zařízení manželské svazky klientů nad 40 let?	ANO	NE
Poskytujete služby osobní asistence v terénu – v rodině?	ANO	NE

- Nejčastější příčiny agresivního chování u klientů:
-

2.7 SEBEOBSLUHA KLIENTŮ:

* v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

*		MUŽI	ŽENY
Kolika klientům nad 40 let je třeba pomáhat při stolování – krmit je.			
Kolik klientů nad 40 let zvládá samo osobní hygienu?			
Je častým problémem u Vašich klientů nadváha?			
Zvládají všichni klienti nad 40 let samostatně stolovat? (u kolika klientů?)	ANO NE		
Je u Vašich klientů nad 40 let inkontinence? (u kolika klientů?)	ANO NE		

2.8 AKTIVITY KLIENTŮ:

* v tabulkách v kolonkách muži a ženy číselně vyjádřete přesný počet mužů a žen

*	MUŽI	ŽENY
Kolik klientů nad 40 let je pohybově aktivních?		
Jaké jiné aktivity nabízíte Vaším klientům?		
Jak často jsou Vaše aktivity nabízeny? (kolikrát v týdnu?)		
Dokážete procentuálně vyjádřit účast Vašich klientů na těchto aktivitách?		
Kolik klientů nad 40 let se aktivit účastní?	MUŽI -	ŽENY -
Jaká aktivita je nejoblíbenější?		
Kolik klientů nad 40 let hraje na hudební nástroj?		
Které aktivity byste rádi nabídli Vaším klientům, kdyby nebylo finanční omezení z Vaší strany?		

Pohybové aktivity:

3. DOPLŇUJÍCÍ OTÁZKY K DOTAZNÍKU:

3.1 Myslíte si, že veřejnost dostatečně vidí práci ve Vašem zařízení či organizaci a tudíž jste společensky uctíváni?

ANO NE

3.2 Máte možnost dalšího vzdělávání se ve Vaší profesi?

ANO NE

Pokud ANO, využíváte této možnosti?

ANO NE

Jaké vzdělávací kurzy či jiné vzdělávací možnosti jste absolvoval/a v rámci Vaší profese?

3.3 Myslíte si, že existuje ve Vašem kraji rivalita mezi poskytovateli sociálních služeb?

ANO NE

3.4 Spolupracujete s jinými zařízeními či organizacemi?

ANO NE

Pokud ANO, uveďte o jakou spolupráci se jedná

3.5 Myslíte si, že Vaše zařízení je dostatečná materiální vybavenost pro kvalitní péči o Vaše klienty?

ANO NE

Pokud NE, uveďte co si myslíte, že ve Vašem zařízení postrádáte:

3.6 Můžete uvést některé metody, které se osvědčily při práci s Vašimi klienty?

3.7 Přikláníte se k názoru, že proces stárnutí je individuální záležitost?

ANO NE

Pokud ANO, v čem vidíte individualitu stárnutí u jedinců s mentálním postižením?

PŘÍLOHA 2

Seznam kontaktovaných zařízení:

<i>název zařízení</i>	<i>místo</i>
ARCHA - chráněné bydlení	Široká Niva
Bona ops	Praha 8
Centrum pro lidi s mentálním postižením	Frýdlant nad Ostravicí
Denní centrum Svítání	Pardubice
Denní centrum SVÍTÁNÍ pro MP	Pardubice
Denní stacionář pro lidi s mentálním postižením	Nový Jičín
Denní stacionář pro lidi s MP	Polička
Denní stacionář pro ment. postižené	Prostějov
Denní stacionář pro mentálně postižené	Most
Denní stacionář pro mentálně postižené	Malenovice
Denní stacionář pro osoby s MP a KP NESA	Velké Meziříčí
Denní stacionář pro osoby s MP	Praha 6
Denní stacionář pro TP+MP	Znojmo
Diakonie ČCE – Rolnička	Soběslav
Domov pro lidi s MP a KP BETEZDA	Komorní Lhotka
DUHA	Praha 9
Dům duševního zdraví pro dospělé MP	Ostrava-Poruba
Dům chráněného bydlení	Korytná

Dům s chráněným bydlením	Kouřim
Dům s chráněným bydlením	Plaňany
Dům tréninkového bydlení	Praha 9
Fokus Písek	Písek
Gerontologický stacionář	Sousedovice
Charita Strakonice	Strakonice
Chráněná dílna - Most k životu	Přerov
Chráněné bydlení	Malenovice
Chráněné bydlení	Hodonín
Chráněné bydlení	Strání
Chráněné bydlení a středisko osobní asistence	Třebíč
Chráněné bydlení Archa	Praha 15 - Horní Měcholupy
Chráněné bydlení BETANY	Boskovice
Chráněné bydlení OVEČKA	Brno
Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením	Kardašova Řečice
Chráněné bydlení pro muže a ženy	Blansko-Klepačov
Chráněné bydlení pro osoby s MP	Praha 6
Chráněné bydlení pro ženy a muže s MP	Nebužely
Chráněné bydlení sv. Michaela	Brno
Integrované centrum	Odlochovice
Komplex chráněných dílen a bydlení	Český Těšín

NÁŠ SVĚT-centrum pro lidi s MP	Frýdlant nad Ostravicí
POHODA ops	Praha 2
ROZKVĚT - denní pobyt pro TP+MP	Šternberk
SAGAPO	Bruntál
Stacionář pro lidi s MP a KP ÚSMĚV	Třebíč
Středisko pro osoby s MP HOSANA	Karviná-Darkov
ÚSP pro dospělé - muže, ženy	Plzeň-Bory
ÚSP pro dospělé - muže, ženy	Plzeň-Blovec
ÚSP pro dospělé ment. postižené muže	Chotěšov
ÚSP pro dospělé ment.postiž. HÁJ	Ledeč nad Sázavou
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Smečno
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Vraný
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Zásmuky
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Červený Hrádek
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Kutná Hora
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Rataje nad Sázavou
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Mnichovo Hradiště
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Brandýs nad Labem
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Jesenice u Rakovníka
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Jindřichův Hradec
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Vimperk

ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Luby u Chebu
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Mirošov
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Liblín
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Mařenice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Jestřebí
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Jířikov
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Děčín
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Kytlice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Liberec
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Tuchořice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Nová Ves v Horách
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Habry
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Heřmanův Městec
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Opočno
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Anenská Studánka
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Šebetov
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Mikulov
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Nedašov
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Slušovice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Zborovice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Pačlavice

ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Hrušovany nad J.
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Hošťálkovy
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Komorní Lhotka
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Studénka
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Dolní Životice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Ostrava-Hrušov
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.	Rokytnice
ÚSP pro dospělé mentál. postiž.-m	Náměšť nad Oslavou
ÚSP pro dospělé smysl. post. "PALATA"	Praha 5
ÚSP pro dospělé TP+MP	Velehrad
ÚSP pro mentál. postiž.	Dřevohostice
ÚSP pro mentál. postiž. KLÍČ	Olomouc
ÚSP pro mentálně postižené	Tavíkovice
ÚSP pro mentálně postižené občany	Otrokovice
ÚSP pro MP	Pacov
ÚSP pro MP	Újezdec
ÚSP pro MP	Hodkovice nad M.
ÚSP pro MP	Brno
ÚSP pro MP	Město Albrechtice
ÚSP pro MP dospělé muže	Vícměřice

ÚSP pro MP muže

Černovice

ÚSP pro MP muže a ženy

Pata-Hazlov

ÚSP pro MP ženy

Nejdek

ÚSP pro TP občany s přidruženým MP

Mladeč

ÚSP Rokytnice v Orlických horách

Rokytnice v Orlických
horách

ÚSP Vlašská

Praha 1

PŘÍLOHA 3

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2. 4. 6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2. 5. 6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- * kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- * kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- * kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- * kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

kteří se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- * při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- * při konfliktu klienta a jiného občana,
- * při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- * při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- * při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka

kteří klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

zdroj: Společnost sociálních pracovníků České republiky

<http://sspcr.unas.cz/?q=node/13>