Edukace pracovníků pečujících o vážně tělesně a psychicky postižené

Barbora Řeháková

Bakalářská práce
2011

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetřovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Barbora ŘEHÁKOVÁ**
Osobní číslo:	**H080295**
Studijní program:	**B 5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor:	**Všeobecná sestra**
Téma práce:	**Edukace pracovníků pečujících o vážně tělesně a psychicky postižené**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.
Vymezení pojmů.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. Psychopedie. 2. vydání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.
KRAUS, J. a kol. Dětská mozková obrna. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
LUDÍKOVÁ, L. Kombinované vady. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
PIPEKOVÁ, J. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. 1. vydání. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 3. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

Vedoucí bakalářské práce:	**Mgr. Gabriela Gajzlerová** Ústav ošetřovatelství
Datum zadání bakalářské práce:	**10. února 2011**
Termín odevzdání bakalářské práce:	**3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011

L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně dne 30. května 2011 ..... Barbora R.

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá edukací pracovníků, kteří pracují s klienty s vážným postižením. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část se zabývá edukací a typy pracovníků, kteří pečují o klienty s postižením. Další část práce se věnuje adaptačnímu procesu a také tématům, o kterých mají být pracovníci edukováni. To je hlavně dětská mozková obrna, epilepsie, mentální retardace nebo poznatky ze sociální oblasti. Součástí teoretické části je popis jednoho zařízení sociálních služeb – domova pro osoby se zdravotním postižením.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření, které jsem prováděla formou dotazníku u pracovníků v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Cílem výzkumu bylo zjistit, jakým způsobem probíhá edukace těchto zaměstnanců a zda mají zájem o nové informace.

Klíčová slova:

Edukace, adaptační proces, pracovníci v sociálních službách, dětská mozková obrna, epilepsie, mentální retardace, zákon o sociálních službách.

ABSTRACT

Bachelor thesis deal with education of staff members working for clients affected by serious disablement. This work is separated into teoretical and practical part. The theoretical part deals with education of staff members who look after clients with these disablements. Another part is dedicated to the adaptation process aud also subjects which the staff need to be educated. About these subjects are mainly – children cerebral palsy, epilepsy, cephalonia and also information from a social area. Another komponent of the theoretical part is the description of an element of social care – in this case au institution or home for people with health disablements. The practical part contains of research that has been carried out by me where I formulated specific questions for this subject to the staff who work in these institutions. I have done this through questionnaires. The aim of this research was to find out the process in which the staff is being educated aud whether there is an interest for new information within the workforce in this area.

Keywords:

Education, adaptation process, social service workers, children cerebral palsy, epilepsy, cephalonia, law in social services.

Děkuji Mgr. Gabriele Gajzlerové za její odborné vedení, rady, podněty a připomínky, které mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se podíleli na výzkumném šetření.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD 11
I.TEORETICKÁ ČÁST 13
1 POPIS ZAŘÍZENÍ DZP KUNOVICE - NA BĚLINCE 14
1.1 Charakter domova 14
1.2 Skladba klientů 15
1.3 Ošetřovatelská péče 16
1.3.1 Výživa a metabolismus 16
1.3.2 Vylučování 17
1.3.3 Aktivita 18
1.3.4 Spánek, odpočinek 19
1.3.5 Vnímání, poznávání 20
1.3.6 Sebepojetí, sebeúcta 20
1.3.7 Mezilidské vztahy 21
1.3.8 Reprodukční schopnost 21
1.3.9 Stres 22
1.3.10 Víra, přesvědčení, životní hodnoty 22
1.4 Přehled diagnóz našich klientů 23
2 KATEGORIE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH 24
2.1 Sociální pracovník 24
2.2 Pracovníci v sociálních službách 24
2.3 Pedagogičtí pracovníci 25
2.4 Všeobecná sestra 25
3 ADAPTAČNÍ PROCES 26
3.1 Fáze adaptačního procesu 26
3.1.1 Základní fáze 26
3.1.2 Všeobecná část 26
3.1.3 Poslední fáze 27
3.2 Speciální cíle adaptačního procesu v DZP 27
3.2.1 Sociální integrace 27
3.2.2 Zákon o sociálních službách 28
3.2.3 Příspěvek na péči 28
3.2.4 Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům 29
3.2.5 Restriktivní opatření 29
3.2.6 Vzdělávání 29

4 EDUKACE 30
4.1 Pojmy 30
4.2 Edukace a prostředí 31
4.3 Formy edukace 31
4.4 Metody edukace 31
4.5 Pomůcky k edukaci 32
4.6 Cíle edukace 33
4.7 Fáze edukačního procesu 33
4.8 Edukace zaměstnanců 34
5 KLASIFIKACE POSTIŽENÍ 35
5.1 Rozdělení postižení 36
5.1.1 Podle doby jejich vzniku 36
5.1.2 Podle postižených systémů 36
5.2 Nejčastější postižení u klientů DZP 37
5.2.1 Dětská mozková obrna 37
5.2.2 Epilepsie 38
5.2.3 Mentální retardace 39
II.PRAKTICKÁ ČÁST 40
6 METODIKA PRÁCE 41
6.1 Metoda výzkumu 41
6.2 Průběh výzkumu 41
6.3 Zpracování získaných dat 41
7 STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY 42
8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ 43
9 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ 68
DISKUZE 70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 74
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 77
SEZNAM GRAFŮ 78
SEZNAM TABULEK 79
SEZNAM PŘÍLOH 80

ÚVOD

K vypracování své bakalářské práce jsem si zvolila téma zabývající se edukací pracovníků, kteří pečují o klienty s vážným postižením. Důvodem k tomuto tématu byla moje osobní zkušenost při nástupu do zařízení sociálních služeb – Domova pro osoby se zdravotním postižením. Před svým nástupem jsem si hledala informace o své budoucí práci, abych měla alespoň trochu představu, co mě čeká. A zjistila jsem, což se mi potvrdilo i při sbírání materiálu k této práci, že to není až tak jednoduché. Literatury je hodně, ale je potřeba vědět, v jaké oblasti hledat. Dalším podnětem k této práci byly i četné debaty s kolegyněmi, týkající se různých oblastí naší práce.

Péče o klienty s těžkým postižením je náročná jak fyzicky tak i psychicky. To jací tito klienti jsou a jak se projevují, je dáno hlavně druhem a hloubkou jejich postižení. Mohou být postiženi tělesně (nejčastěji DMO), duševně (mentální retardace, poruchy chování, nálad) nebo se jedná o postižení kombinované. Navíc se může přidružit i porucha smyslová, jako důsledek základního postižení. Tyto kombinace jsou pak velmi variabilní a je těžké říci, jakého stupně je ta či ona porucha. Následně se pak obtížné posuzuje, co je nebo není takový klient schopný vnímat či vykonat. Klient s těžkým postižením je jedinec, který je ve většině případů upoutaný na lůžko, absolutně nesoběstačný a zcela závislý na péči personálu.

Abychom našim klientům mohli poskytnout co nejlepší péči, tak je dle mého názoru velmi důležité mít hodně informací, které se dají následně využít při práci s našimi klienty. Jelikož ústavní zařízení je pro většinu klientů jediný domov, který mají, tak se stáváme součástí veškerých činností a oblastí jejich života. Kromě ošetřovatelské péče se podílíme i na jejich aktivizaci, výchově, provádíme úkony týkající se sociální oblasti klientů. Proto i okruh informací, které by měli pracovníci dostat je velmi široký. Kromě ošetřovatelské péče to jsou i poznatky z oblasti medicíny a sociální sféry. Další informace by měly být zaměřeny na rehabilitační péči, výchovu, vzdělávání a v dnešní době jsou vhodné i určité právní vědomosti.

Cílem této práce je proto zjistit, jak jsou pracovníci v DZP edukováni, jestli mají dostatek informací a zda jeví zájem o nové poznatky.

Na závěr bych použila motto našeho zařízení:

Jiné jsou naše děti.
Jiné ve svém duševním bohatství,
jiné v rozvoji svých schopností,
jiné ve vztazích ke světu,
jiné ve svém jednání i počínání,
jiné v běžných reakcích.
Jsou jiné, ale nejsou horší.

I.TEORETICKÁ ČÁST

1 POPIS ZAŘÍZENÍ DZP KUNOVICE - NA BĚLINCE

1.1 Charakter domova

Naše zařízení sídlí v objektu bývalé mateřské školy. Od roku 1993 je tato budova ve vlastnictví OÚSS v Uherském Hradišti a od ledna 1994 byl zde zřízen ÚSP pro mládež. Od 1. ledna 2007 nese zařízení název DZP (Domov pro osoby se zdravotním postižením). DZP je zařízením příspěvkové organizace SSL Uherské Hradiště, zřizované Zlínským krajem.

Naší cílovou skupinou jsou klienti od 3 let věku, s mentálním, zdravotním, kombinovaným postižením, mobilní, částečně mobilní i imobilní. Přijímáme také klienty s poruchami výživy, kteří přijímají stravu nazogastrickou sondou či PEGem a klienty, kteří mají tracheostomii.

Služby naopak neposkytujeme klientům se smyslovou vadou, poruchami chování a agresivními projevy, klientům s psychiatrickými diagnózami a klientům vyžadujícími osobní asistenci.

Domov poskytuje týdenní (od pondělí do pátku) a celoroční pobyt. Kapacita je 63 lůžek, rozdělených do 4 oddělení. Klienti jsou rozděleni na oddělení podle závažnosti svého postižení a podle náročnosti poskytované ošetřovatelské péče. Momentální věkové rozpětí klientů je od 4 do 40 let.

Naše zařízení poskytuje zdravotní, ošetřovatelskou a výchovnou péči, sociální služby a zprostředkovává také vzdělávání ve spolupráci se Základní školou a Mateřskou školou speciální se sídlem v Uherském Hradišti. Péči poskytujeme v souladu se standardy kvality sociálních služeb a ošetřovatelskými standardami. Ošetřovatelskou péči zajišťuje celkem 9 registrovaných všeobecných sester a 27 pracovníků v sociálních službách. Do zařízení pravidelně dochází praktický lékař, neurolog, psychiatr, zubní lékař.

Klienti bydlí ve 2,3 a více lůžkových pokojích. Součástí každého oddělení je denní místnost, v které je umístěna televize a rehabilitační pomůcky. Sociální zařízení je společné. Výjimkou jsou 3 pokoje v půdní vestavbě určené pro nejsoběstačnější klienty. Jsou koncipovány jako malé bytečky obsahující pokoj, předsíňku a vlastní sociální zařízení. Tyto pokoje jsou jednolůžkové. Koncem roku se počet klientů jak na jednotlivých odděleních, tak i na pokojích o něco sníží, jelikož právě probíhá přístavba nové budovy.

1.2 Skladba klientů

Důvody pro umístění klientů do DZP

- zhoršení zdravotního stavu
- špatná situace v rodině (rozvod rodičů, špatné bytové podmínky, finanční stránka rodiny)
- úmrtí rodičů (Pipeková, 2006)

Oddělení I.

Na prvním oddělení jsou klienti imobilní s nejtěžším zdravotním postižením, zcela závislí na péči personálu. Skoro všichni mají potíže s příjmem potravy, a proto mají zaveden PEG nebo nazogastrickou sondu. Někteří z těchto klientů mají také tracheostomii. V současné době je na tomto oddělení umístěno 16 klientů.

Oddělení II.

Klienti druhého oddělení jsou částečně nebo zcela imobilní. Ke svému pohybu využívají rehabilitačních pomůcek nebo dopomoc personálu. Bydlí zde 15 klientů. Minulý rok tu bylo nainstalováno zvedací zařízení, které usnadňuje personálu přesun klientů.

Oddělení III.

Třetí oddělení je určeno pro klienty se středním a těžkým mentálním a tělesným postižením a momentálně ho obývá 16 klientek.

Oddělení IV.

Nejsoběstačnější klienti jsou na čtvrtém oddělení. Tyto klientky navštěvují terapeutické dílny (tkaní, keramika). Zúčastňují se sportovních soutěží a jiných akcí v rámci našeho regionu. Toto oddělení čítá 16 klientek, z nichž tři obývají pokoje v půdní vestavbě.

1.3 Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelská péče je zaměřena hlavně na udržení soběstačnosti, dopomoc nebo úplné převzetí péče při nesoběstačnosti klientů, výživu, hygienu, vyprazdňování a u klientů s tracheostomiemi je důležité zajistit adekvátní dýchání. Dále se snažíme o psychickou pohodu našich klientů a tam kde je to možné, také o jejich rozvoj.

1.3.1 Výživa a metabolismus

Stravu dostávají klienti minimálně 5x denně a to buď běžnou stravu, nebo dietní. Velká část klientů musí mít stravu upravenou - mixovanou. U klientů, kteří mají PEG nebo nazogastrickou sondu, podáváme enterální výživu, se kterou máme velmi dobrou zkušenost. U klientů dochází ke zmírnění váhového deficitu a k podpoření jejich vývoje. Také jsou klienti méně často nemocní a nejsou tak zatíženi vznikem dekubitů. U většiny klientů je nutná částečná nebo úplná dopomoc při jídle (krmení). Klienti s těžkým postižením mají obvykle poruchu polykání. U určitých klientů je také častá nauzea až zvracení v důsledku jejich onemocnění zažívacího traktu (refluxní choroba gastroduodena).

Ošetřovatelské intervence

- stanov míru soběstačnosti
- zajisti denně dostatek tekutin
- druhy tekutin často obměňuj
- prováděj pravidelné vážení klienta
- všímej si celkového stavu klienta
- sleduj denní příjem tekutin a stravy u klienta
- uprav konzistenci stravy dle potřeb klienta
- zajisti vhodnou polohu při jídle
- zhodnoť polykací schopnost klienta
- v případě nauzei podávej stravu po malých dávkách a často
- minimalizuj riziko aspirace podáváním stravy po malých dávkách a pomalu

Kůže a sliznice
Stav kůže a sliznic je většinou fyziologický. U imobilních klientů se občas, i přes všechnu péči, objeví dekubity (často ucho, oblast pánevních kostí, paty).

Ošetřovatelské intervence

- zhodnoť riziko vzniku proleženin
- u imobilního klienta zajisti pravidelné polohování
- používej antidekubitní pomůcky
- prováděj promazávání kůže a masáže jako prevenci dekubitů
- udržuj kůži klienta a jeho lůžko v suchu a čistotě
- sleduj stav kůže

1.3.2 Vylučování

Hodně našich klientů je částečně nebo úplně inkontinentních. V důsledku nedostatku pohybu mají klienti také problémy s vyprazdňováním. Někteří trpí zácpou. Snažíme se jim podávat dostatek tekutin, ale jelikož je to pro ně chronický stav, tak většinou je nutno použít laxativa. Opačným extrémem jsou průjmy a to hlavně u imobilních klientů a po podávání antibiotik. Někteří klienti mají navíc velmi citlivou pokožku, takže se přidruží i postižení kůže.

Pár klientů má potíže s termoregulací. U někoho zvýšení teploty prostředí vede až k hypertermii a následně k vyvolání epileptického záchvatu. U jiných dochází ke zvýšenému pocení. Další klienti mají potíže opačného rázu a to hypotermii.

Ošetřovatelské intervence

- sleduj frekvenci stolice a proveď záznam
- pravidelně vyměňuj inkontinentní pomůcky
- zajisti dostatek tekutin a ovoce
- podej laxativa dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek
- všímej si kůže v oblasti genitálu
- v případě potřeby prováděj zvýšenou hygienickou péči v oblasti genitálu

- u časté průjmovité stolice informuj lékaře
- klienta oblékej dle počasí a jeho snášenlivosti tepla

1.3.3 Aktivita

Klienti mají postiženu tělesnou stránku, nebo mentální schopnosti a bývá i postižení smyslové. To vše je velmi znevýhodňuje při vykonávání jakýchkoliv aktivit. Základem péče o naše klienty je určení jejich soběstačnosti. Někteří klienti i přes to, že jsou imobilní, tak jsou pohybově velmi aktivní, jiní zase naprosto pasivní.

Klienti s těžkým postižením jsou zcela odkázáni na péči personálu. Využíváme u nich hlavně metodu bazální stimulace, canisterapii, pomůcky k polohování, vaky, trampolínu… Provádíme perličkové koupele, klienti mají možnost chodit cvičit do tělocvičny, v létě se využívá venkovní bazén. Někteří klienti (i s těžkým postižením) jezdí na ozdravné pobyty, a to buď u nás, nebo v zahraničí. Někteří mají raději letní tábory. Klienti chodí také na procházky mimo zařízení či pobývají přes léto na terase. Zúčastňují se různých akcí ve městě, nebo naopak ty nejschopnější se sami prezentují na různých besídkách a jiných vystoupeních. Některé klientky ze čtvrtého oddělení pomáhají na jiných odděleních.

Klienti se účastnili hipoterapie, muzikoterapie a v současné době se buduje snoezelen.

Ošetřovatelské intervence

- stanov míru soběstačnosti
- klienta aktivizuj
- u imobilního klienta prováděj prevenci dekubitů

Hygiena

Hygiena je zajištěna dle soběstačnosti klienta. Využíváme sprchu, vanu a pro zcela imobilní klienty pojízdnou sprchovací vanu. Třikrát týdně se klienti koupou. V ostatní dny je ranní hygiena na lůžku. Večer se provádí večerní hygiena taktéž na lůžku a jinak probíhá očista dle znečištění klientů. Pokud lékař neurčí jinak, tak používáme k hygieně běžné kosmetické prostředky.

Ošetřovatelské intervence

- hygienickou péči prováděj dle soběstačnosti klienta a dle potřeby
- zajisti bezpečí
- dodržuj intimitu
- sleduj stav kůže, vlasů, nehtů, dutiny ústní

Dýchání

U klientů s tracheostomiemi je cílem ošetřovatelské péče zajištění průchodnosti dýchacích cest. U imobilních klientů nastávají potíže s dýcháním v období výskytu respiračních infektů, kdy je jejich stav zhoršen v důsledku sníženého provzdušnění plic.

Ošetřovatelské intervence

- sleduj kvalitu a frekvenci dýchání
- všímej si celkového stavu klienta
- ulož klienta do vhodné polohy
- aplikuj inhalační terapii
- zajisti optimální hydrataci
- prováděj odsávání sekretu z dýchacích cest dle potřeby
- zvlhči vzduch v okolí klienta
- podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek
- při ošetřování tracheostomie postupuj asepticky

1.3.4 Spánek, odpočinek

Se spánkem je to u našich klientů různé. Někteří nemají potíže se spánkem, jiní spí dobře díky své běžné medikaci, která je trochu tlumí a jsou i tací, kde je nutné cíleně podávat farmaka. Časté jsou poruchy spánku jako časné probuzení, přerušovaný spánek, obzvláště u klientů s tracheostomiemi, kteří se budí často kvůli svému zahlenění. Hodně klientů si zdřímne i přes den.

Ošetřovatelské intervence

- vyvětrej místnost před spaním
- zajisti v noci klid na oddělení
- podej naordinovaná hypnotika a sleduj jejich účinek
- sleduj kvalitu spánku
- přes den klienta aktivizuj

1.3.5 Vnímání, poznávání

Potíže v této oblasti jsou u klientů velmi hojné. Ať už se týká sluchu, zraku, paměti, pozornosti, orientace, řeči. Příčinou těchto obtíží je jejich postižení. Druh a míra obtíží je u každého jiná. Kompenzační pomůcky klienti nemají.

Ale i klienti s těžkým postižením na své okolí reagují, např. na dotek, zvuk, světlo. Jejich reakce závisí na tom, jak je jim daný podnět příjemný. Častou reakcí je úsměv, úlek, zvýšení napětí, uvolnění.

Ošetřovatelské intervence

- zajisti bezpečí
- vytvoř klidné prostředí
- rozvíjej klienta dle svých možností a jeho schopností

1.3.6 Sebepojetí, sebeúcta

Někteří klienti jsou většinou dobře naladěni, ale jiní klienti mívají se svou emocionální stránkou potíže. Buď u nich dochází k prudkému střídání nálad, nebo k časté nervozitě, neklidu, podrážděnosti. V takových případech je třeba usměrnit jejich emocionální stav vhodnou komunikací, přístupem nebo pomocí farmak.

Ošetřovatelské intervence

- vytvoř bezpečné a klidné prostředí
- komunikuj s klientem

- použij neverbální komunikaci
- zajisti vyšetření u odborného lékaře
- sleduj celkový stav a projevy klienta
- aplikuj léky dle ordinace lékaře a všímej si jejich účinku

1.3.7 Mezilidské vztahy

Většina klientů je v zařízení po celý rok. Někteří ale mají to štěstí, že si je rodina alespoň občas vezme domů. Někteří rodinní příslušníci chodí i pravidelně na návštěvu za klienty. Většinou to bývají rodiče, prarodiče, sourozenci, někdy i širší rodina, osobní asistent. Jiní rodiče naopak nejeví vůbec zájem o své děti. U malé části klientů je dokonce nařízena ústavní výchova.

Klienti se také zapojují do života města. Účastní se různých aktivit v rámci města anebo je naopak pořádají.

Většina klientů je ráda v přítomnosti ostatních klientů, ale jsou i tací, kteří mají raději samotu. Určití klienti nemají rádi fyzický kontakt s jinými jedinci (týká se to jak personálu, tak i klientů mezi sebou), ale po čase se nám podaří, že ho začnou tolerovat a nakonec jim přestane vadit úplně.

Ošetřovatelské intervence

- zajisti soukromí v době návštěvy
- komunikuj s příbuznými
- věnuj se klientovi

1.3.8 Reprodukční schopnost

V této oblasti se klientek týká otázka menstruace. Většina klientek má po nástupu menstruace aplikována injekčně farmaka, která způsobují, že se krvácení již neobjevuje.

Ošetřovatelské intervence

-u klientek, které mají menstruaci

- sleduj krvácení (intenzitu, pravidelnost) a proveď záznam

- všímej si dalších příznaků menstruace
- edukuj klientku o dodržování hygieny

-u klientek, kde je menstruace farmakologicky ovlivněna

- aplikuj farmaka přesně dle ordinace
- dodržuj sterilitu
- informuj klientku o aplikaci
- u neklidných klientek odveď pozornost od aplikace

1.3.9 Stres

Na jakýkoliv negativní prožitek reagují klienti s těžkým postižením změnou mimiky, zvýšením svalového napětí, nervozitou, pláčem, křikem. U těchto klientů bývá problém je zklidnit, jelikož je často velmi obtížné zjistit, co je příčinou jejich reakce. U klientů s tracheostomiemi dochází ke zvýšení zahlenění. U klientů, kteří mají zachovánu řeč, je výhoda, že mohou stresovou situaci verbalizovat. Velkou zátěž prožívají hlavně nově přijatí klienti, než se adaptují na nové prostředí.

Ošetřovatelské intervence

- snaž se vypozorovat, co je příčinou stresu
- zajisti klidné prostředí
- komunikuj s klientem
- použij neverbální komunikaci
- pokud je to možné, odstraň zdroj stresu

1.3.10 Víra, přesvědčení, životní hodnoty

U většiny klientů je obtížné určit jejich přání, velmi důležitá je v tomto případě pozorovací schopnost personálu, jelikož personál se stává tlumočníkem a vykonavatelem jejich potřeb a přání. U klientů s lehkým postižením je to snadnější, jelikož se dá o jejich přáních hovořit. Většinou se těší na nějaký výlet, pobyt v domácím prostředí, ozdravný pobyt, letní tábor, na školu. Jedna klientka občas navštěvuje i kostel.

Ošetřovatelské intervence

- naslouchej klientovi
- pozoruj klienta
- komunikuj s klientem
- pomoz klientovi při realizaci jeho přání

1.4 Přehled diagnóz našich klientů

Diagnóza	Počet
DMO	39
Westův syndrom	3
Epilepsie	29
Hydrocefalus (shunt)	4
Downův syndrom	5

DMO je zastoupena formou kvadruparetickou (21 klientů), diparetickou (12 klientů) a hypotonickou (6 klientů).

Další diagnózy se vyskytují ojediněle: Apertův syndrom, Laurence - Moon - Biedel syndrom, syndrom týraného dítěte, syndrom Franceschetti - Zwahlen, Rettův syndrom, poúrazový stav. Doprovodnými diagnózami jsou např. srdeční vady, postižení očí, páteře, refluxní choroba gastroduodena.

Většina klientů má také diagnózu mentální retardace nebo psychomotorické retardace.

2 KATEGORIE PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonávají odbornou činnost:

- sociální pracovníci
- pracovníci v sociálních službách
- pedagogičtí pracovníci
- zdravotničtí pracovníci.

2.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník provádí mimo jiné sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Předpokladem k výkonu povolání je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. Odborná způsobilost je získána na základě absolvování vyššího odborného vzdělání, vysokoškolského vzdělání či akreditovaných vzdělávacích kurzů, a to v oborech, které definuje zákon.

Další vzdělání je mu povinen zajistit zaměstnavatel a to v rozsahu minimálně 24 hodin za rok. Může se zúčastnit akreditovaných kurzů, odborných stáží v zařízeních sociálních služeb, školících akcí, specializačního vzdělávání, které poskytují vysoké školy nebo vyšší odborné školy (zákon č. 108/2006 Sb.).

2.2 Pracovníci v sociálních službách

Podmínkou k výkonu činnosti těchto pracovníků je podle zákona způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a též odborná způsobilost. Důležitou součástí pro splnění odborné způsobilosti je absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Jeho obsah a minimální rozsah stanoví prováděcí právní předpis. Tento kurz je třeba absolvovat do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do této doby vykonává zaměstnanec činnost pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách. Zákon také přesně udává, u kterých osob tento kurz není vyžadován.

Zákon stanovuje několik souborů činností pro pracovníky v sociálních službách a tyto činnosti určují požadavky na jejich vzdělání (viz příloha P III).

Zaměstnavatel je povinen zajistit pracovníkům další vzdělávání (minimálně 24 hodin ročně), kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci. Možnosti k získání dalšího vzdělávání jsou identické jako u sociálních pracovníků (zákon č. 108/2006 Sb.).

2.3 Pedagogičtí pracovníci

Dle zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, je pedagogickým pracovníkem ten, kdo vykonává přímou vyučovací, výchovnou, speciálně pedagogickou nebo pedagogicko-psychologickou činnost, čímž provádí výchovu a vzdělávání. V zařízeních sociální péče spadají do této kategorie například vychovatelé, speciální pedagogové, asistenti pedagoga. Pro výkon jejich povolání je třeba, aby byly způsobilí k právním úkonům, bezúhonní, zdravotně způsobilí, měli odbornou kvalifikaci a prokázali znalost českého jazyka.

2.4 Všeobecná sestra

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, stanovuje výkonem povolání všeobecné sestry poskytování ošetřovatelské péče. Dále zákon uvádí, že se podílí také na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné a dispenzární péči. K výkonu povolání je nutná zdravotní způsobilost, bezúhonnost a odborná způsobilost (viz příloha P IV). Dále je nutná tzv. registrace – Osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Toto osvědčení je vydáno na základě splnění určených podmínek (délka praxe, počet kreditů za celoživotní vzdělávání). Dříve mělo osvědčení platnost 6 let, ale podle nového zákona č. 105/2011 Sb., došlo k prodloužení platnosti na 10 let.

Účast na celoživotním vzdělávání je povinná pro všechny zdravotnické pracovníky. Celoživotní vzdělávání znamená průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí a dovedností v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Je možné ho získat například formou specializačního vzdělávání, stážemi, účastí na kurzech, konferencích, publikační, pedagogickou činností, studiem odborné literatury nebo studiem akreditovaných studijních oborů se zdravotnickým zaměřením (zákon č. 96/2004 Sb.).

3 ADAPTAČNÍ PROCES

Adaptace je proces, při němž dochází k přizpůsobení zaměstnance pracovnímu a sociálnímu prostředí (Vajner, 2007).

Pracovník se během něj seznamuje s organizací, stylem práce, předpisy a podmínkami, které jsou důležité pro výkon jeho práce. Smyslem tohoto procesu je, aby se nový pracovník co nejrychleji zařadil do pracovního kolektivu, osvojil si potřebné znalosti a dovednosti a ztotožnil se s cíli organizace. Nové informace není možno podat během jednoho setkání, ale měly by být podávány postupně podle důležitosti. Forma sdělení by měla být ústní i písemná (Koubek, 2007).

Délka adaptačního procesu je rozdílná, většinou se jedná o dobu mezi třemi až šesti měsíci po nástupu do zaměstnání (Vajner, 2007). Délku stanovuje vedoucí pracoviště individuálně podle odbornosti a osobních vlastností žadatele. Pokud dojde ke změně pracoviště nebo se pracovník vrátí z mateřské dovolené, je adaptační proces kratší. Adaptační proces má být ukončen formálním zhodnocením (Škrla, Škrlová, 2008).

3.1 Fáze adaptačního procesu

- základní fáze
- všeobecná část
- poslední fáze (Škrla, Škrlová, 2008).

3.1.1 Základní fáze

Tato fáze trvá asi 1-2 týdny. Patří sem podepsání pracovní smlouvy, seznámení se s pracovištěm, harmonogramem práce (viz příloha P VIII, P IX), provozním řádem, domácím řádem (viz příloha P VII), bezpečnostními předpisy, náplní práce (viz příloha P VI). Nový zaměstnanec může obdržet informační materiály k prostudování (Škrla, Škrlová, 2008).

3.1.2 Všeobecná část

Je to období asi 6 týdnů. Dochází k osvojení informací a výkonů, které jsou potřeba k výkonu práce (Škrla, Škrlová, 2008).

V praxi se jedná hlavně o seznámení s ošetřovatelskými standardy. Určují správný postup při úkonech jako je podávání léků, aplikace injekcí, prevence proleženin, měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, péče o tracheostomii, odsávání z dýchacích cest, prevence pádů, výměna PEGu, hygienická péče, podávání stravy atd.

Dále to jsou standardy kvality sociálních služeb, které mají 15 kategorií. Ty obsahují například domácí řád, provozní řád, organizační řád, ochranu práv uživatelů, postup jednání se zájemcem o službu, individuální plánování, dokumentaci o poskytování sociální služby, personální a organizační zajištění sociální služby, zvyšování kvality sociální služby.
Důležité je také seznámení s postupem resuscitace, způsoby dezinfekce, specifickými diagnózami, přístupem ke klientům.

3.1.3 Poslední fáze

Délka trvání je až několik měsíců. Podstatou této fáze je sžívání se svým pracovištěm, s vizí zařízení. Také dochází k prohlubování pracovních dovedností a znalostí (Škrla, Škrlová, 2008).
V tomto období je prostor na doplňující informace. Může se jednat o vzdělávání, integraci, sociální problematiku, restriktivní opatření a mnohé jiné.

3.2 Speciální cíle adaptačního procesu v DZP

Pracovníci, kteří pracují v sociálních službách, se při výkonu svého povolání setkávají i s problematikou, která je typická právě pro zařízení sociální péče, ale přitom nemusí být obsažena v jejich náplni práce. Přesto je vhodné mít o daných oblastech alespoň základní informace.

3.2.1 Sociální integrace

Jedná se o proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti. V případě handicapovaných občanů se jedná o integraci školskou, pracovní a společenskou. Školská integrace spočívá v co možná největším začlenění dětí handicapovaných do běžných škol,

nebo vytváření speciálních tříd v běžných školách. Pracovní integrace se týká zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností. Společenská (komunitní) integrace obsahuje bezbariérové bydlení, společenské prostředí, sociální pomoc, podporu samostatného a nezávislého způsobu života atd. (Slowík, 2007).

Integrace má 4 stupně. Integraci, adaptaci, utilitu a inferioritu. Integrace jako nejvyšší stupeň integrace je plné začlenění osoby s postižením do společnosti. Naopak inferiorita je nejnižší stupeň socializace a tito jedinci jsou absolutně nesoběstační a zcela odkázáni na ošetřovatelskou péči (Michalík, 2007).

3.2.2 Zákon o sociálních službách

Sociální služby je možno podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, poskytovat jenom na základě udělení registračního oprávnění k poskytování sociálních služeb. Služby jsou poskytovány jako služby pobytové (spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb), ambulantní (služby, za kterými osoby dochází do zařízení sociálních služeb) nebo terénní (služby, které osoba čerpá v jejím přirozeném sociálním prostředí).

Příklady některých typů sociálních služeb zaměřených na občany s postižením: stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb, pracoviště rané péče.

Mezi základní činnosti, které jsou poskytovány v rámci sociálních služeb, patří pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, poskytnutí stravy, ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a při obstarávání osobních záležitostí (Švarcová - Slabinová, 2006).

3.2.3 Příspěvek na péči

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je tento příspěvek určen pro osoby, které se stávají v důsledku svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislými na pomoci jiné fyzické osoby. Příspěvek pobírá osoba, o kterou má být pečováno. V případě, že je tato osoba omezena či zbavena způsobilosti k právním úkonům, rozhoduje o čerpání sociálních služeb opatrovník. Zákon stanovuje 4 stupně závislosti – lehká, středně těžká, těžká a úplná závislost. Míra závislosti je posuzována dle aktuálních

schopností týkajících se péče o vlastní osobu a soběstačnost. Celkem se hodnotí 36 úkonů, které jsou definovány vyhláškou č. 505/2006 Sb. (Jirků in Čadilová a kol., 2007).

3.2.4 Zbavení či omezení způsobilosti k právním úkonům

V zákoně č. 40/1964 Sb., občanského zákoníku se praví, že jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji zbaví způsobilosti k právním úkonům (viz příloha P V).

Zbavení způsobilosti neznamená, že člověk nemá žádná práva! Člověk je pouze omezen ve výkonu určitých právních rozhodnutí. Zároveň takové osobě soud ustanoví opatrovníka. Opatrovníkem bývá buď příbuzný této osoby, nebo orgán místní správy (obec, město), popřípadě jeho zařízení, jestliže je oprávněno vystupovat svým jménem (Jirků in Čadilová a kol., 2007).

3.2.5 Restriktivní opatření

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvádí, že opatření omezující pohyb osob lze použít pouze v případě, že je ohroženo zdraví a život uživatele nebo jiných osob, a to pouze za určitých podmínek a na dobu nezbytně nutnou. Nejdříve je nutno využít možnosti slovního zklidnění situace, dále musí být dotyčná osoba informována o tom, že může být vůči ní použito toto omezení. Pak se postupuje od mírnějších opatření (fyzické úchopy), přes umístění osoby do zvláštní místnosti k tomu určené, až po podání léčivých přípravků. O opatření je nutno provést záznam a informovat zákonného zástupce dané osoby.

3.2.6 Vzdělávání

Je důležité přestat vnímat v čem je jedinec odlišný, co nemůže, neumí nebo nezvládne, ale zaměřit se především na to, co zvládne, co umí a co je možno dále u něj rozvíjet (Kozáková in Ludíková, 2005).

Ústava garantuje právo na vzdělání i žákům s těžkým mentálním postižením (Krejčířová in Renotierová a kol., 2004). Tito žáci jsou pak vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (Černá a kol., 2008). Kromě vzdělávání je tu kladen důraz i na rozvoj motoriky a nalezení nonverbální metody komunikace (Fischer, Škoda, 2008).

4 EDUKACE

Procesem edukace procházíme při naší práci neustále. Setkáváme se s novými diagnózami, pomůckami, postupy, metodami práce, mění se také zákony a různá nařízení. Navíc se zúčastňujeme mnoha vzdělávacích akcí, kde získáváme nové informace, které si pak navzájem sdělujeme. Pro naši práci je důležité, mít potřebné a nové informace, které následně můžeme využít při péči o naše klienty.

4.1 Pojmy

„Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, str. 9).

Edukace – odvozeno z latinského slova educo, educare, což znamená vychovávat. Tento pojem chápeme jako výchovu a vzdělávání a vyžaduje účast alespoň dvou osob. Edukace je nejen získávání nových vědomostí, ale i nových praktických zkušeností. Je to vlastně celoživotní rozvoj osobnosti člověka. Podílí se na ní jednak formální instituce jako například škola, ale i neformální prostředí (rodina, přátelé).

Jejím cílem je kromě získání nových poznatků a vědomostí, také získání zručnosti a vytvoření nových hodnot, postojů a změny chování. Edukovat je možno jak jednotlivce, tak i skupiny, ale i celé komunity. Je zaměřená na celého člověka ve všech jeho životních situacích a může probíhat kdekoliv, v různém prostředí. Využívá formální i neformální výuku, různé metody, cíle.

Edukační proces je činnost, při které dochází k učení jednoho subjektu jiným subjektem, a to přímo nebo zprostředkovaně. Probíhá v určitém prostředí, je zaměřený na určité cíle a vyžaduje přítomnost edukátora a edukanta.

Edukátor je činitelem výchovy a vzdělávání. Může jím být kterýkoliv aktér edukační aktivity (učitel, lektor, instruktor).

Edukant je naopak objektem výchovy, vzdělávání. Edukantem může být jakýkoliv člověk, rodina, komunita (Magurová, Majerníková, 2009).

4.2 Edukace a prostředí

Dříve bylo edukační prostředí zúženo pouze na faktory jako je osvětlení, barva, zvuk, ale dnes se klade důraz také na klima a atmosféru prostředí, kde probíhá edukace. Klima je ovlivněno hlavně vztahy mezi edukátorem a edukantem.

Mezi hlavní typy edukačního prostředí patří prostředí rodinné (rodiče, děti, sourozenci, příbuzní), školní (učitelé, žáci), skupinové neformální (členové zájezdu, cestující ve vlaku), skupinové formální (členové různých sdružení), profesní (zaměstnanci, nadřízení pracovníci), zdravotní (sestry, lékaři, pacienti), sportovní, vojenské, náboženské.

V každém takovém prostředí dochází k edukaci. Někdo učí, poučuje, vysvětluje a druhý se něco dozvídá, něčemu se učí. V některém prostředí je přítomnost edukace naprosto evidentní, naopak v jiném prostředí si její přítomnost ani neuvědomujeme (Nemcová in Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

4.3 Formy edukace

Skupinová edukace - skupina může být utvořena podle různých kritérií (věk, oblast zájmů). Výhodou je její časová nenáročnost a možnost diskuze ve skupině, nevýhodou je nemožnost vyhovět individuálním potřebám. Ideální je skupina obsahující 8-12 edukantů.

Individuální edukace - edukován je pouze jeden člověk. Edukaci můžeme přizpůsobit jeho osobnosti a schopnostem. Výhodnou je zpětná vazba, naopak nevýhodou časová a ekonomická náročnost (Magurová, Majerníková, 2009).

4.4 Metody edukace

Pojem metoda pochází z řeckého slova methodos – cesta, způsob. Pomocí edukačních metod se snažíme dosáhnout edukačních cílů. Edukační metody můžeme rozdělit na dvě skupiny - monologické a dialogické. Mezi monologické metody patří výklad, přednáška, instruktáž. Z dialogických metod se využívá rozhovor nebo diskuze (Magurová, Majerníková, 2009).

Metoda rozhovoru pomáhá zapojit edukanta do edukačního procesu. Otázky je potřeba klást tak, aby nebyly moc složité a dávat pozor také na používání cizích pojmů. Otázky je třeba formulovat tak, aby dotyčný neměl pocit, že je zkoušený a pokud nezná odpověď, aby necítil ponížení.

Přednáška je jedna z nejstarších a nejčastěji používaných metod. Edukátor poskytuje verbálně informace dané skupině, týkající se určitého tématu. Je vhodná hlavně při dosahování kognitivních cílů. Výhodou je, že v jeden čas může být edukováno hodně osob. Může být nahrazena písemnými pokyny nebo videem. Nevýhodou je pasivita účastníků, nerespektování individuality a nemožnost rozvoje psychomotorických cílů.
Přednáška má úvod, jádro a závěr. V úvodu se posluchači seznámí s tématem. Jádro obsahuje informace a na závěr dojde ke shrnutí poznatků. Důležitá je verbální i neverbální komunikace (oční kontakt).
Diskuze je jedna z nejběžnějších vzdělávacích technik. Dochází k výměně názorů, pocitů a zkušeností mezi edukátorem a edukanty. Pro skupinovou diskuzi je optimální počet 6-8 členů. Diskuze se dá využít při afektivních i kognitivních cílech. Edukant se stává aktivním účastníkem. Cíle diskuze musí znát diskutující už na jejím začátku a taky mají mít znalosti z dané oblasti. Umožňuje edukovat více osob v jednom čase.
Instruktáž je metoda, při které dochází hlavně k nácviku určité činnosti, je tedy vhodná k plnění psychomotorických cílů. Napřed se připraví prostředí, pomůcky, vysvětlíme a ukážeme postup a probíhá samotný nácvik. Metoda je vhodná pro individuální edukaci nebo pro malé skupiny (Nemcová in Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

4.5 Pomůcky k edukaci

Při edukaci jsou potřeba i různé pomůcky. Můžeme je rozdělit na materiální a nemateriální anebo na učební pomůcky a technické vyučovací prostředky. Do nemateriálních pomůcek patří např. vědomosti edukátora i edukantů. Materiálních pomůcek se užívá při edukaci na nepromítaný záznam. Patří sem tabule, obrazy a jiné. Technické edukační prostředky se využívají na promítání, na záznam a reprodukci zvuku. Do této skupiny patří hlavně magnetofon, gramofon, rozhlas, přehrávač kompaktních disků, televizní přijímač, videorekordér, diaprojektor, počítače. Do této skupiny patří také vyučovací prostory a jejich vybavení. Edukační místnost je místnost, které se využívá při edukaci. Měla by být prostorná, klidná, lehce přístupná, světlá a větratelná. Je vhodné ji vybavit pohodlnými a lehkými židlemi, aby se s nimi dalo v případě potřeby lehce manipulovat (Magurová, Majerníková, 2009).

4.6 Cíle edukace

Kognitivní - vědomosti (vzdělávací cíle)
Afektivní - postoje, hodnoty, citová oblast (výchovné cíle)
Psychomotorické - motorické činnosti a návyky, zručnost (výcvikové cíle) (Nemcová in Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

Mezi nejčastější příčiny nesplnění edukačních cílů patří: nevhodně zvolené metody, formy edukace, čas, chyby v komunikaci, odborná terminologie, velké množství informací, nereálné cíle, nevhodné prostředí a pomůcky (Magurová, Majerníková, 2009).
Edukace je ovlivněna několika faktory - edukantem, edukátorem, edukačními faktory, místem, kde edukace probíhá. U edukanta záleží hlavně na jeho kognitivních funkcích, věku, vzdělání, momentálním zdravotním stavu, postojích, motivaci. U edukátora jsou důležité jeho profesionální zkušenosti, zdravotní stav, schopnost empatie, úroveň komunikace, edukační schopnosti a temperament. Edukační faktory jsou ovlivněny například rozsahem a náročností učiva a důležité je také materiální vybavení místnosti, klid, soukromí (Magurová, Majerníková, 2009).

4.7 Fáze edukačního procesu

Jednotlivé fáze na sebe navazují a každá následující fáze je závislá na předcházející.

1. Posouzení
   Jde o seznámení s edukantem, zaměřené hlavně na jeho schopnosti se učit, jeho styl učení, přítomnost překážek při učení.
2. Stanovení edukačních diagnóz
   Edukační diagnózy se stanovují na základě posouzení a vyjadřují zjištěné deficity. Může se jednat o deficit ve vědomostech, zručnosti. Podle získaných diagnóz se vytváří plán edukace.
3. Plánování edukačního procesu
   Stanoví se priority v edukaci, tedy témata, o kterých je potřeba edukovat nejdříve. Stanovíme jasné a měřitelné cíle, připravíme edukační prostředí, uděláme si časovou rozvahu, stanovíme počet setkání, promyslíme si edukační metody a připravíme pomůcky.

4. Realizace

   Realizace má několik fází. V první fázi je důležité vzbudit zájem edukantů a motivovat je k přijetí nových informací. V další fázi podáváme informace a demonstrujeme určené postupy. Dále se upevňují poznatky a provádí se nácvik daných postupů. V závěrečné fázi zjišťujeme co se edukant naučil a jak zvládl nácvik činností.

5. Vyhodnocení

   Vyhodnotíme, jestli jsme dosáhli vytyčených cílů, čili jestli provedená edukace splnila očekávání. Na základě vyhodnocení pak hodnotíme edukaci jako ukončenou, nebo v ní můžeme ještě pokračovat (Nemcová in Nemcová, Hlinková a kol., 2010).

4.8 Edukace zaměstnanců

Pří edukaci zaměstnanců je důležité udržet existující kompetence (znalosti, dovednosti), vytvořit nové kompetence (znalosti, dovednosti) a reagovat na nové potřeby v oblasti kvality a bezpečnosti péče.

Smysluplná edukace zaměstnanců je důležitá pro kontinuální zvyšování kvality. Edukační témata by měla být volena tak, aby naplňovala potřeby klientů i zařízení (Škrla, Škrlová, 2008).

5 KLASIFIKACE POSTIŽENÍ

Definice a terminologie

V roce 1980 zavedla WHO Mezinárodní klasifikaci poruch (impairment), disabilit a handicapů. V poslední verzi této klasifikace z roku 2001 došlo k výrazným změnám. Klasifikace byla přejmenována na Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví. Ruší pojem handicap a místo něj zavádí výraz restringovaná (omezená) participace (Jankovský, 2006).

Impairment - porucha - poškození, abnormalita ve funkcích či strukturách fyziologických, anatomických nebo psychických, jedná se vlastně o změnu funkce na úrovni tělního orgánu nebo systému.

Disability - omezení, chybění, neschopnost, nemohoucnost, invalidita, zdravotní postižení ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity tak, jak je to obvyklé. V češtině se používá pojmu disabilita, disabilní.

Handicap - jedná se spíše o znevýhodnění než postižení. Projevuje se snížením či omezením možností daného člověka ve srovnání s tím, co by běžně zvládl, pokud by nebyl znevýhodněn. Poslední verze MKF tento pojem už neuvádí pro jeho nejasnost a místo něj zavádí pojem restringovaná participace.

Restringovaná (omezená) participace - týká se hodnocení funkční schopnosti dané osoby. Jde o snížení aktivity, které je pro daného jedince omezující právě v té aktivitě, která je pro něj důležitá ve vztahu k sociálnímu prostředí (Jankovský, 2006).

Starší terminologie týkající se osob s postižením se dnes považuje za neetickou. Nyní se užívá označení člověk s postižením (s handicapem), člověk s mentální retardací (s mentálním postižením) než postižený člověk, jelikož máme co do činění s člověkem, teprve potom s jeho vadou či postižením.

Taktéž se dnes už téměř nepoužívají termíny jako debilita, imbecilita a idiocie. Ale hodnotící škála inteligence je stále zachovaná (Švarcová-Slabinová, 2006).

Také v oblasti vzdělávání došlo ke změně pojmenování. Používá se označení jedinec se speciálními potřebami ve výchově a vzdělávání (Franiok, 2008).

5.1 Rozdělení postižení

5.1.1 Podle doby jejich vzniku

Poruchy prenatální (období od počátku těhotenství do porodu)

- genetické predispozice - chromozomální odchylky a aberace (Downův syndrom)
- vliv teratogenních faktorů
- chemické faktory (léky, psychoaktivní látky - alkohol, nikotin, drogy), intoxikace
- fyzikální faktory - záření
- biologické faktory - virové a infekční onemocnění matky (zarděnky), zátěž (stres, deprivace).

Poruchy perinatální (období porodu a bezprostředně po něm)

- důsledek komplikovaného, nešetrného a protrahovaného porodu (asfyxie, vdechnutí plodové vody, mechanické poškození plodu při klešťovém porodu).

Poruchy postnatální (období po porodu)

- chemické faktory - karcinogenní látky, zneužívání psychoaktivních látek (alkohol, nikotin, drogy)
- biologické faktory - virové a infekční onemocnění jedince v průběhu jeho vývoje a života (zánětlivé onemocnění mozku), úrazy
- sociální faktory - nevhodné výchovné podmínky, nízká sociální úroveň, deprivace, stres, strádání (Fischer, Škoda, 2008).

5.1.2 Podle postižených systémů

Tělesné postižení - postižen hlavně pohybový aparát (kosti, svaly). Jedná se o deformity, amputace, svalové dystrofie či poruchy funkce periferní nebo centrální nervové soustavy.

Smyslové postižení - porucha zraku, sluchu, řeči, a dalších smyslů. Může být postižen buď orgán samotný, nebo mozkové centrum pro daný smysl.

Mentální postižení - porucha myšlení, kognitivních funkcí, příčinou je postižení centrální nervové soustavy.

Kombinované postižení - jedná se o různé kombinace postižení, nejčastěji tělesné postižení s mentálním, opět nejčastěji v důsledku postižení centrální nervové soustavy.

V praxi bývá u dětí nejčastěji postižení kombinované (Kašparová, Kašpar in Květoňová - Švecová, 2004).

5.2 Nejčastější postižení u klientů DZP

5.2.1 Dětská mozková obrna

Jedná se o onemocnění, pro které je charakteristická porucha centrální kontroly hybnosti, která se projeví, maximálně do 4. roku života dítěte.

Příčinou tohoto onemocnění může být infekce matky v prvním trimestru, návykové a toxické látky, protrahované nebo překotné porody, klešťový porod, krvácení do mozku.

Nejtypičtějším příznakem je porucha svalového tonu (hypertonie, hypotonie, střídavý tonus) nebo svalové koordinace.

Základní dělení DMO je na spastické a nespastické formy. Mezi spastické formy patří diparetická forma, hemiparetická forma a kvadruparetická forma. Mezi nespastické formy DMO dyskinetická forma a hypotonická forma.

K hybnému postižení se přidružují ještě další potíže. Časté je postižení zraku, řeči, sluchu. Mohou být potíže se sáním, polykáním, otvíráním úst. V těchto případech je nutno krmit děti sondou. U těžkého postižení je porušeno i vnímání a uvědomování si sebe sama.

U DMO se také vyskytuje epilepsie, mentální retardace. Jejich četnost závisí na formě DMO (Fischer, Škoda, 2008).

Cílem terapie u tohoto onemocnění je zlepšení hybného postižení, prevence vývoje deformit, potlačení mimovolních nebo abnormálních pohybů, prevence vzniku kontraktur (Kraus in Kraus a kol., 2005). Nejdůležitější léčebnou složkou je rehabilitace. Její možnosti jsou velmi rozsáhlé a pestré. Patří sem např. akupunktura, akupresura, magnetoterapie, fototerapie, cvičení na míči, vodoléčebné procedury, lázeňská léčba, arteterapie, muzikoterapie, hipoterapie, canisterapie (Brauner in Kraus a kol., 2005).

Hybné postižení je také možno zlepšit pomocí určité manipulace nebo cvičení s postiženými svaly. U nás je nejznámější technika manželů Bobathových a Vojtův systém reflexního cvičení.

Medikamentózní léčba se užívá ke snížení spasticity (Botulotoxin, Baclofen, Diazepam) (Kraus in Kraus a kol., 2005). Operační (ortopedická) léčba nastupuje v případě, že pohybová a neurologická léčba nevede ke zlepšení, Nejvyšším jejím cílem je umožnění vertikalizace (stoj a chůze), tím pádem se nejvíce operačních výkonů provádí na dolních končetinách (Schejbalová in Kraus a kol., 2005).

5.2.2 Epilepsie

Podstatou epilepsie je abnormální nadměrná elektrická aktivita určitých částí mozku, která je způsobena přechodnou poruchou činnosti neuronů. Spouštěčem epileptického záchvatu může být nedostatek spánku, horečka, vyčerpání, některé léky, alkohol, hypoglykémie. Někteří nemocní trpí tzv. fotosenzitivní epilepsií, kde je spouštěčem určitá frekvence blikání (televize, diskotéka) (Fischer, Škoda, 2008).

Typy záchvatů

Parciální epileptický záchvat

Záchvaty vznikají náhle, mohou trvat sekundy až hodiny, mohou vymizet a opět se vrátit a přecházet do záchvatů generalizovaných. Dělí se na dva podtypy - záchvaty komplexní (dochází k poruše vědomí) a záchvaty simplexní (vědomí není porušeno) (Fischer, Škoda, 2008).

Generalizované záchvaty

Dochází ke ztrátě vědomí, nemocný si záchvat nepamatuje. Záchvatu může předcházet tzv. aura (pocit brnění, zápachu, zrakových vjemů, záškuby končetin). Záchvat může vzniknout také náhle a bez varování. Do této skupiny záchvatů patří tonicko-klonické záchvaty (grand mal) a pyknolepsie - dětská absence (petit mal) (Fischer, Škoda, 2008).

Status epilepticus

Jedná se o nakupení epileptických záchvatů. Jde o velmi závažný, život ohrožující stav. Nejčastější příčinou tohoto stavu je vynechání léčby (Nevšímalová in Nevšímalová, Růžička et al., 2002).

Nejčastější léčba epilepsie je medikamentózní pomocí antiepileptik. Další možností je neurochirurgický výkon (Kraus in Kraus a kol., 2005). Důležité je pravidelné podávání léků, dodržování pravidelného režimu, monitorování záchvatů (Dvořáková, Krajčová in Ošlejšková a kol., 2008).

První pomoc při záchvatu

Odstranit předměty, které by mohly klientovi způsobit poranění, uvolnit oděv u krku, podložit hlavu, vyprázdnit dutinu ústní. Během záchvatu nevkládáme nic do dutiny ústní, jelikož hrozí nebezpečí pokousání. Je možno podat naordinovaný lék (Dvořáková, Krajčová in Ošlejšková a kol., 2008).

5.2.3 Mentální retardace

„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování“ (Švarcová - Slabinová, 2006, str. 28).

Klasifikace mentální retardace

„Lehká mentální retardace (IQ 69-50)
Středně těžká mentální retardace (IQ 49-35)
Těžká mentální retardace (IQ34-20)
Hluboká mentální retardace (IQ 20 a níže)
Jiná mentální retardace (stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus)
Nespecifikovaná mentální retardace (mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MR)“
(Klasifikace MR dle WHO z roku 1992) (Pipeková in Pipeková, 1998, str. 173).

Jedinci s mentální retardací se špatně orientují v běžném prostředí a důsledkem toho bývají silně závislí na jiném člověku. Jsou také méně zvídaví a nedostatečně ovládají vlastní emoce (Fischer, Škoda, 2008). U dětí, které mají těžkou mentální retardaci, je komunikace naprosto omezená. Reagují hlavně na taktilní podněty a zvuky (tón hlasu) a vyjadřují pouze spokojenost či nespokojenost (Krejčířová in Říčan, Krejčířová a kol., 2006).
Ve výchově je důležité trvalé opakování, pravidelný denní režim. Dítě s mentálním postižením by nemělo být nečinné. Je potřeba dítěti umožnit, aby se vyvíjelo svým vlastním tempem a nepřetěžovat ho (Franiok, 2008). Asi nejdůležitější je u těchto jedinců osvojení hygienických a společenských návyků (Matějček, 2001).

II.PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODIKA PRÁCE

6.1 Metoda výzkumu

Pro získání výzkumných údajů jsem si vybrala kvantitativní metodu - dotazník. Tato metoda mi umožnila získat informace během krátké doby od velkého počtu respondentů a jednoduše je zpracovat. Dotazníky byly určeny pro pracovníky pečující o klienty s vážným postižením v přímé obslužné péči (PSS, SZP, vychovatelky). Dotazník obsahuje 22 otázek. V jeho úvodu byli respondenti seznámeni s účelem dotazníku a byli ujištěni, že je dotazník anonymní.

6.2 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo v měsíci březnu 2011. Navštívila jsem celkem sedm zařízení sociální péče. Ve dvou zařízeních jsem byla odmítnuta s odůvodněním, že již vyplňovali hodně dotazníků a že to jejich zaměstnance už zatěžuje. Dotazníkového šetření se tedy zúčastnilo celkem pět zařízení sociálních služeb - Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Výzkum proběhl na těchto zařízeních: DZP Staré Město, DZP Kunovice Cihlářská, DZP Medlovice, DZP Velehrad Salašská a DZP Kunovice Na Bělince. V těchto zařízeních jsem rozdala 100 dotazníků. Vrátilo se mi 93 dotazníků, čili návratnost je 93%, ale 3 dotazníky jsem vyloučila, jelikož dotazníky se vrátily neúplně zodpovězené. Pro výzkum bylo tedy použito celkem 90 dotazníků.

6.3 Zpracování získaných dat

Výsledky z dotazníkového šetření jsou uspořádány do tabulek a pro větší názornost i do grafů a ještě je připojeno i slovní zhodnocení. Tabulky obsahují absolutní a relativní četnost. Absolutní četnost vyjadřuje, jaký počet respondentů volil danou možnost. Relativní četnost udává, jak velká část z celkového počtu respondentů odpověděla. Relativní četnost je stanovena v procentech.

7 STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY

Cíl 1:

Zjistit, jak jsou připraveni respondenti při svém nástupu do DZP, na péči o klienty s vážným postižením.

H_1 – Předpokládám, že víc než 50% respondentů (PSS) při svém nástupu do DZP neabsolvovalo kvalifikační kurz (přímá obslužná péče, pracovník v sociálních službách, sanitární kurz).

H_2 – Domnívám se, že minimálně 90% dotázaných respondentů nemělo před svým nástupem do DZP osobní zkušenost s péčí o jedince s handicapem.

H_3 – Myslím si, že minimálně 40% respondentů před svým nástupem do DZP nemělo žádnou zkušenost s prací ve zdravotnictví či sociálních službách.

Cíl 2:

Zjistit, zda mají respondenti zájem o rozšiřování svých znalostí.

H_1 – Myslím si, že alespoň 70% respondentů má zájem o rozšiřování svých znalostí.

H_2 – Předpokládám, že u více než 70% respondentů je nejčastějším důvodem k rozšiřování znalostí požadavek zaměstnavatele.

Cíl 3:

Zjistit, jakým způsobem si respondenti rozšiřují své znalosti.

H_1 – Předpokládám, že nejčastěji získávají respondenti nové informace na různých kurzech a přednáškách.

H_2 – Domnívám se, že jen maximálně 40% respondentů je schopno si vyhledat informace v odborné literatuře.

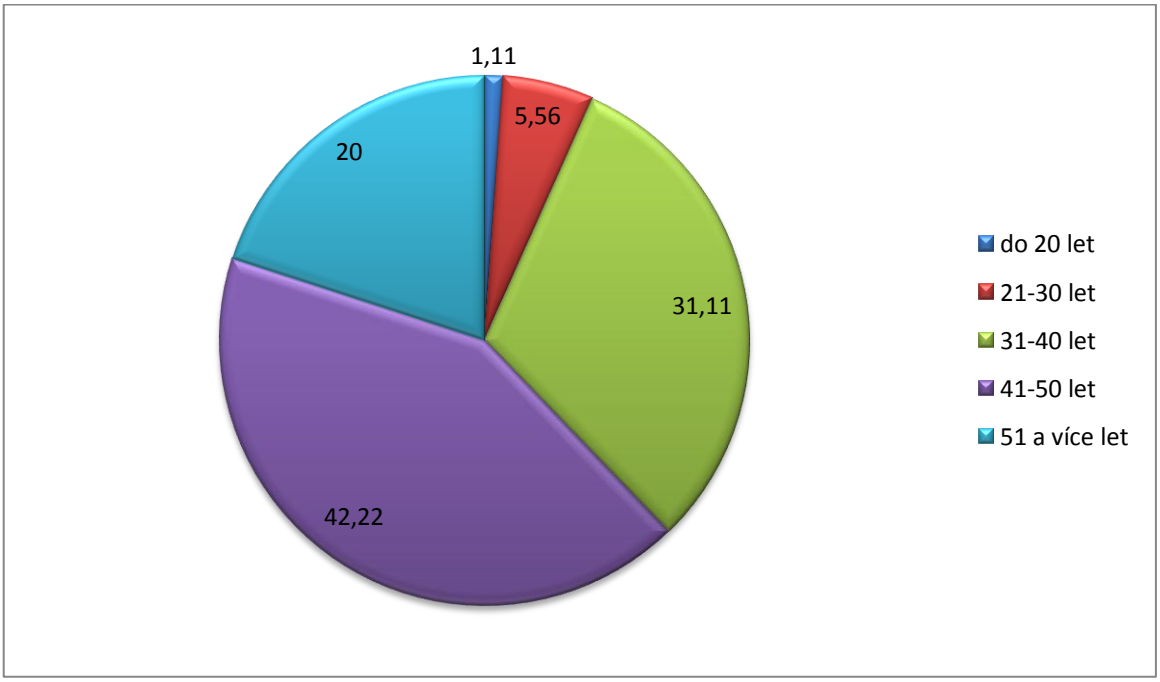
8 ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Otázka číslo 1: Jaký je Váš věk

Tabulka č. 1. Věk respondentů

	Celkem	Do 20 let	21 - 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	51 a více let
Absolutní četnost	90	1	5	28	38	18
Relativní četnost (v %)	100	1,11	5,56	31,11	42,22	20

Graf č. 1. Věk respondentů



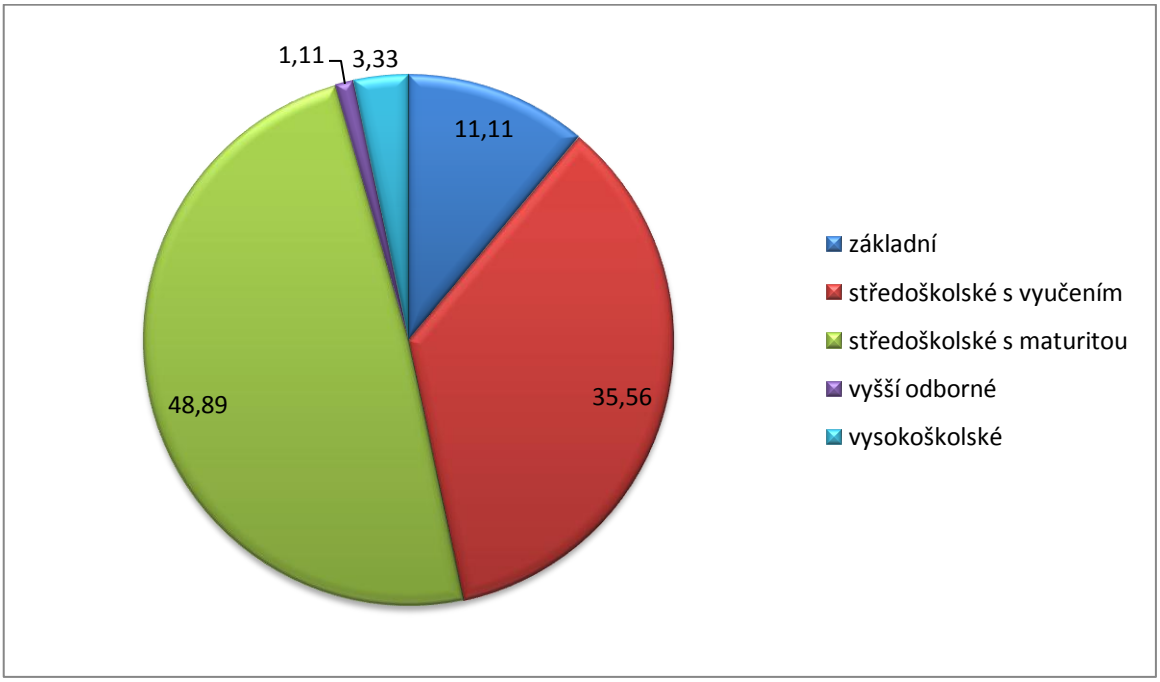
Nejvíce je v tomto výzkumném šetření zastoupena skupina respondentů ve věkové skupině 41–50 let (42,22%). Druhá nejvýznačnější je skupina 31–40 let (31,11%). Třetí v pořadí je skupina ve věku 51 a více let (20%). Naopak skupiny mladších věkových kategorií jsou zde zastoupeny minimálně.

Otázka číslo 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tab. č. 2. Dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Základní	10	11,11
Středoškolské s vyučením	32	35,56
Středoškolské s maturitou	44	48,89
Vyšší odborné	1	1,11
Vysokoškolské	3	3,33
Celkem	90	100

Graf č. 2. Dosažené vzdělání



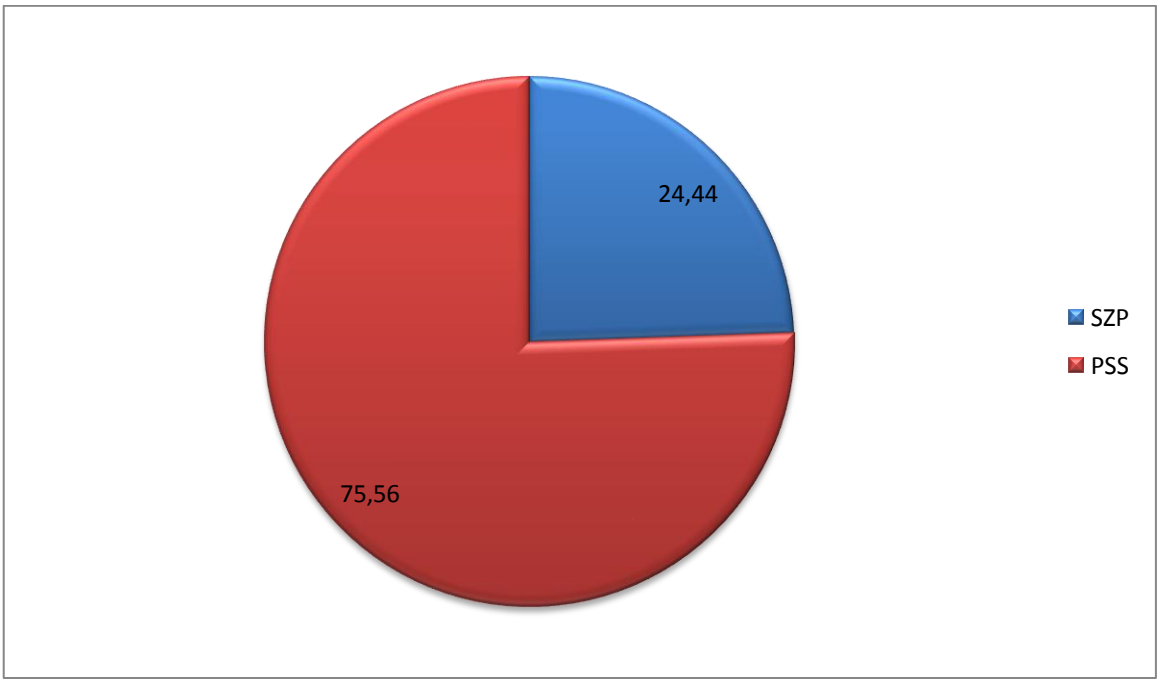
Nejvíce respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou (48,89%), druhým nejsilněji zastoupeným vzděláním je středoškolské s vyučením (35,56%). Dále je to základní vzdělání (11,11%) a vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání se vyskytují ojediněle.

Otázka číslo 3: Jaké je Vaše pracovní zařazení?

Tab. č. 3. Pracovní zařazení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
SZP	22	24,44
PSS	68	75,56
Jiné	0	0
Celkem	90	100

Graf č. 3. Pracovní zařazení



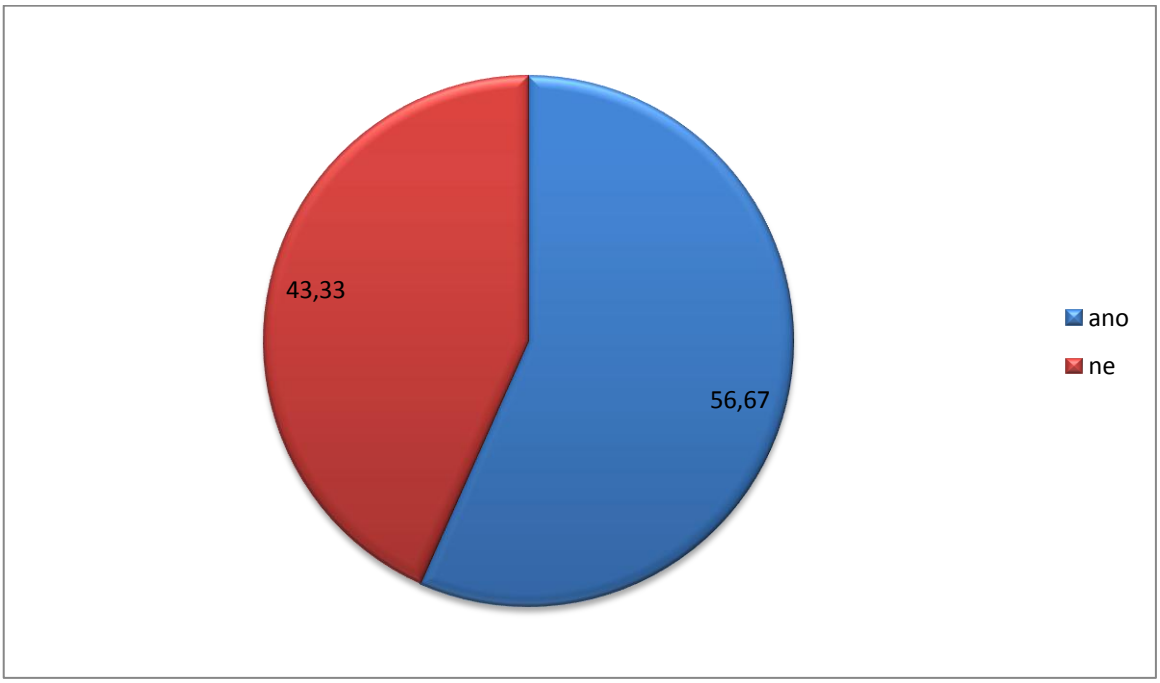
Nejvíce respondentů pracuje jako PSS (75,56%) a zbytek respondentů jako SZP (24,44%).

Otázka číslo 4: Vykonávala jste někdy před nástupem do DZP (ÚSP) práci (i brigáda, praxe v rámci studia, rekvalifikačního kurzu…) v příbuzném oboru (nemocnice, domov pro seniory, osobní asistent, charita, pečovatelská služba)

Tab. č. 4. Práce v příbuzném oboru

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	51	56,67
Ne	39	43,33
Celkem	90	100

Graf č. 4. Práce v příbuzném oboru



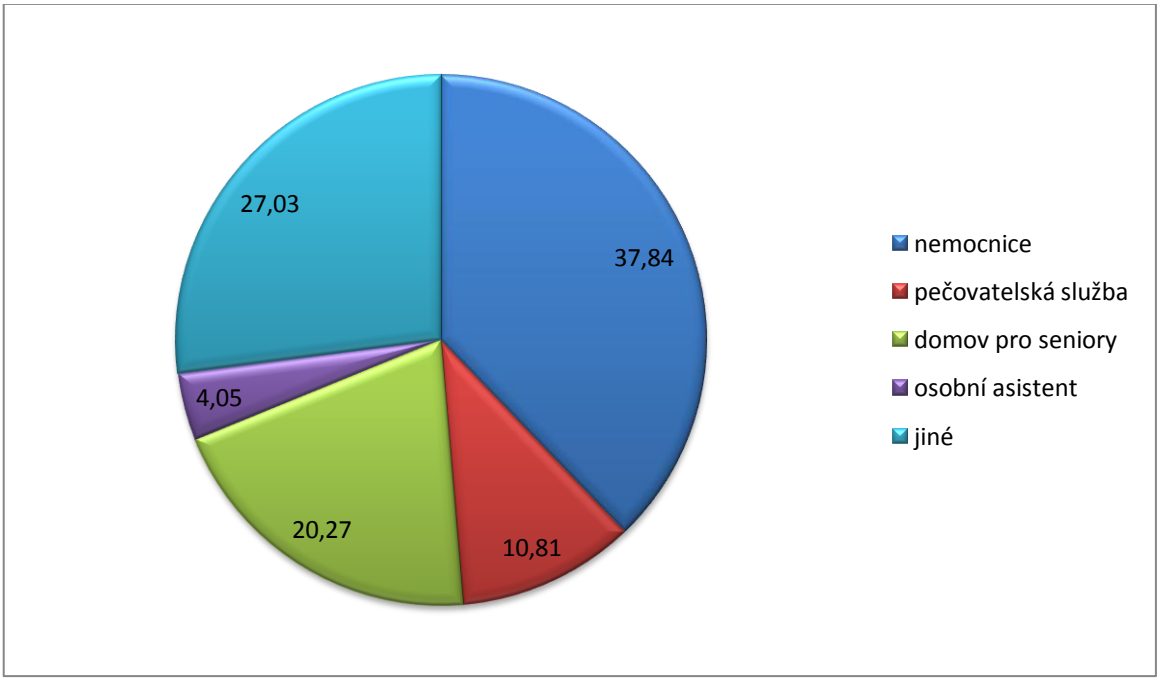
Před nástupem do DZP mělo zkušenost s prací v příbuzném oboru 51 respondentů (56,67%). Zbylých 39 respondentů (43,33%) se s podobnou prací nesetkalo.

Otázka číslo 5: Pokud ano, kde? (můžete uvést více možností)

Tab. č. 5. Specifikace místa práce v příbuzném oboru

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Nemocnice	28	37,84
Pečovatelská služba	8	10,81
Domov pro seniory	15	20,27
Osobní asistent	3	4,05
Jiné	20	27,03
Celkem	74	100

Graf č. 5. Specifikace místa práce v příbuzném oboru



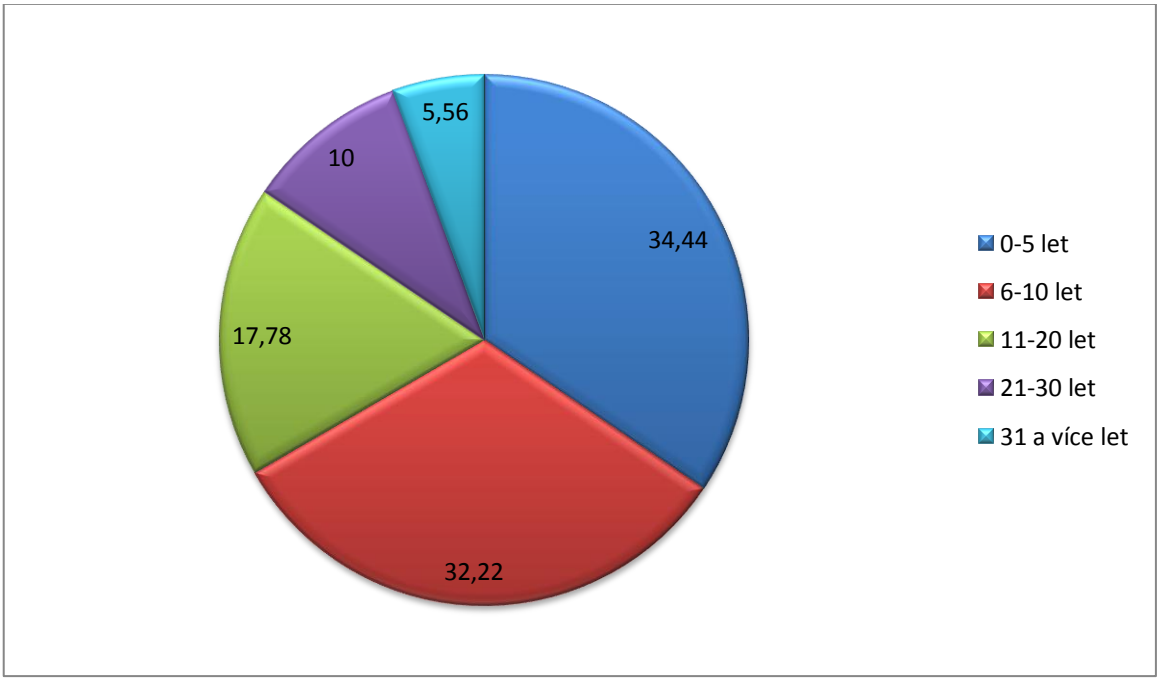
V předchozí otázce uvedlo 51 respondentů dřívější praxi v příbuzném oboru. K této otázce jsem obdržela celkem 74 odpovědí, z čehož vyplývá, že u některých respondentů je tato zkušenost násobená. Nejčastěji respondenti pracovali v nemocnici (37,84%). Druhé nejčastější místo zahrnují respondenti pod nabídku „ jiné“ (27,03%) a specifikují ji jako praxi v rámci studia nebo kvalifikačního kurzu. Dále následuje domov pro seniory (20,27%), pečovatelská služba (10,81%) a jako poslední osobní asistent (4,05%).

Otázka číslo 6: Jaká je Vaše délka praxe v sociálních službách

Tab. č. 6. Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
0 – 5 let	31	34,44
6 – 10 let	29	32,22
11 – 20 let	16	17,78
21 – 30 let	9	10,00
31 a více let	5	5,56
Celkem	90	100

Graf č. 6. Délka praxe



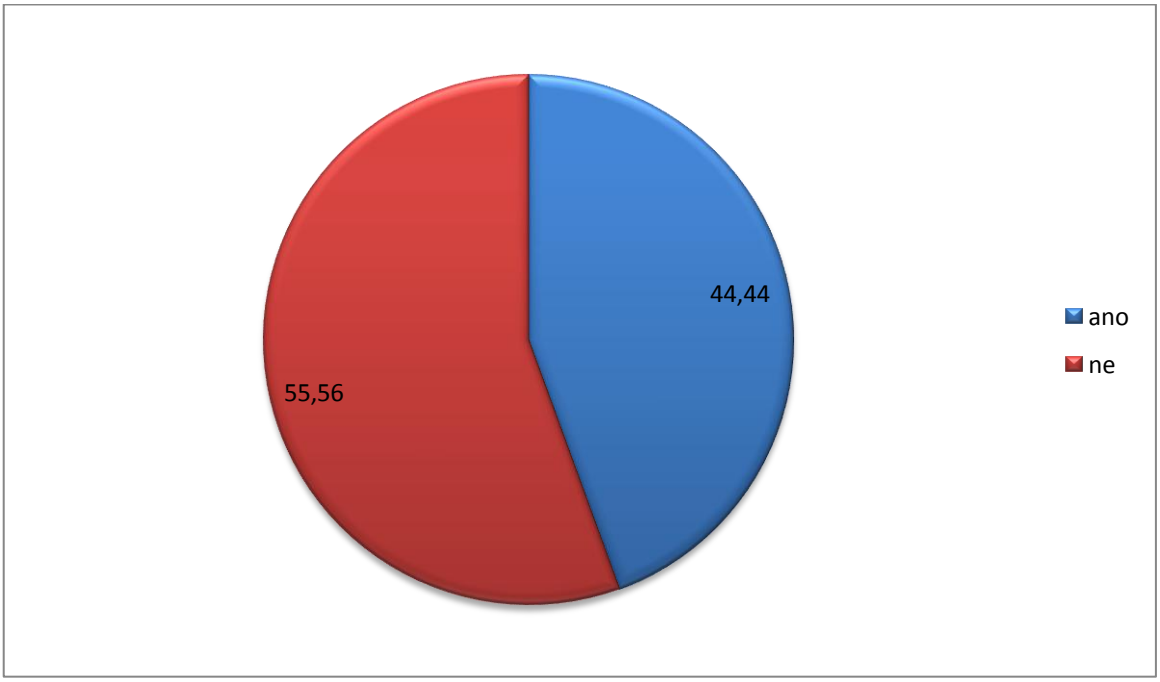
Nejčetnější skupinou jsou v DZP pracovnice do 5 let praxe (34,44%), dále následuje doba 6-10 let (32,22%). Po dobu 11-20 let působí v sociálních službách 17,78% dotázaných. Dlouhou praxi má pouze 9 pracovníků (10%) a to v rozmezí 21-30let a praxi 31 a více let má už jen pouze 5 dotázaných (5,56%). Tato otázka ukazuje, jak s přibývajícími léty praxe ubývá pracovníků.

Otázka číslo 7: Měla jste před nástupem do DZP (ÚSP) zkušenost s péčí o člověka s postižením?

Tab. č. 7. Zkušenost s péčí

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	40	44,44
Ne	50	55,56
Celkem	90	100

Graf č. 7. Zkušenost s péčí



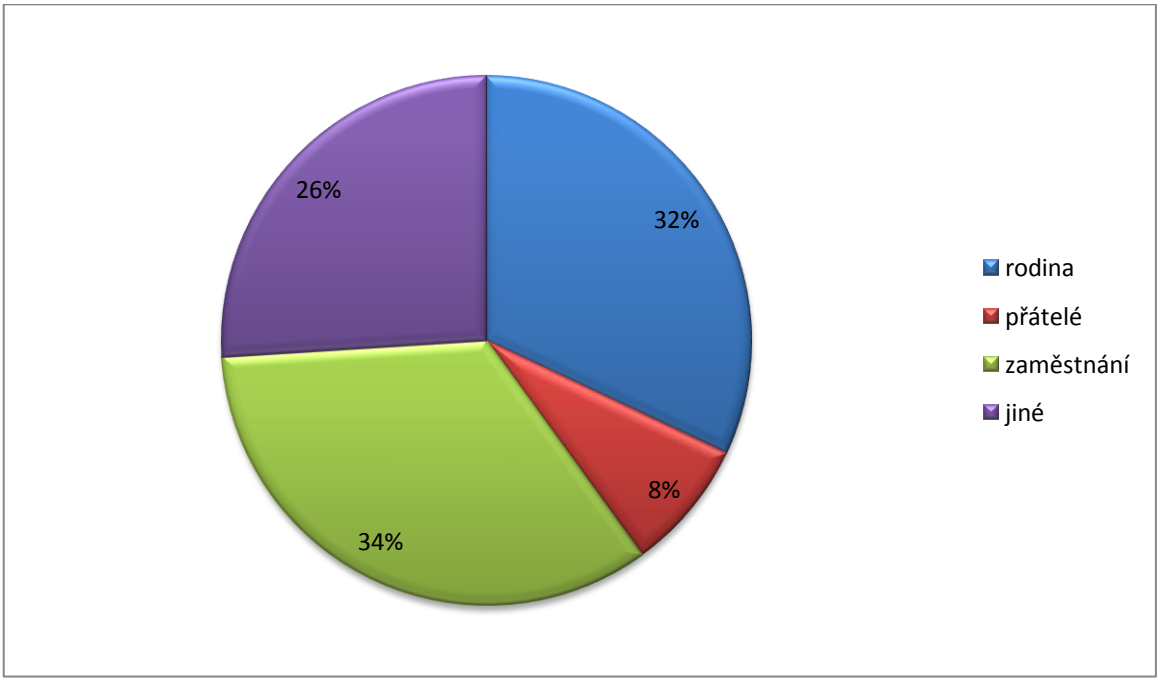
Před nástupem do DZP zažilo zkušenost s péčí o člověka s postižením 40 respondentů (44,44%) a 50 dotázaných (55,56%) tuto zkušenost nemělo.

Otázka číslo 8: Pokud ano, bylo to v rámci (můžete uvést více možností)

Tab. č. 8. Místo setkání s péčí o postižené

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Rodiny	16	32,00
Přátel	4	8,00
Zaměstnání	17	34,00
Jiné	13	26,00
Celkem	50	100

Graf č. 8. Místo setkání s péčí o postižené



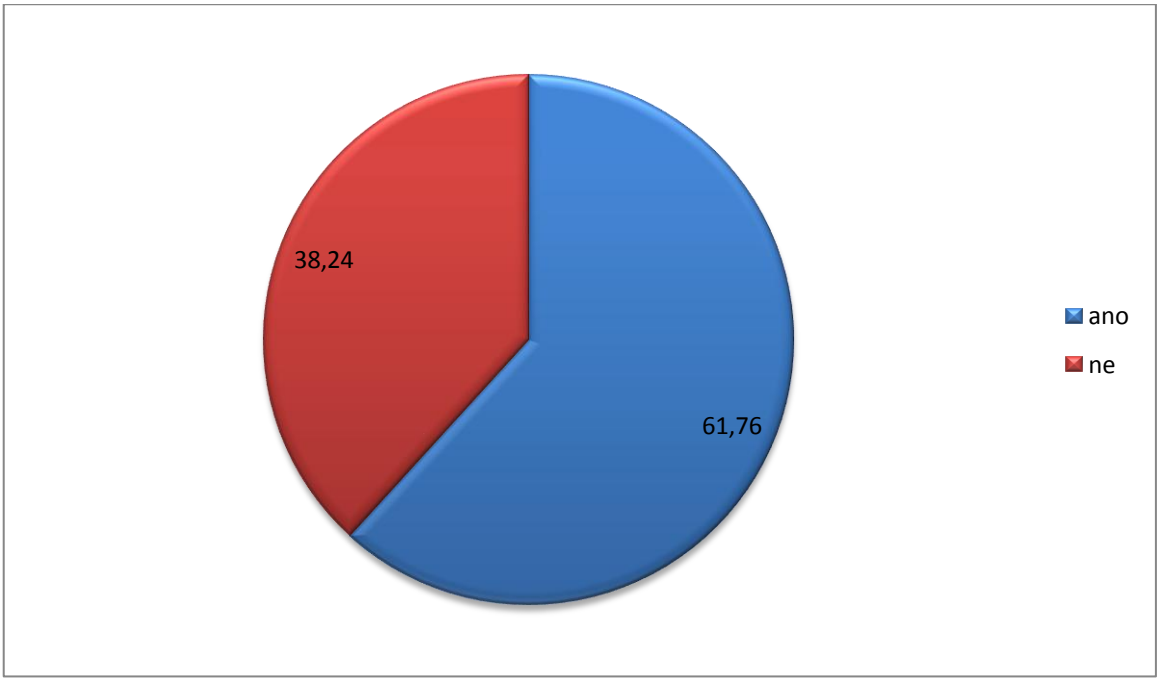
Respondenti, kteří uvedli zkušenost s péčí o člověka s postižením před svým nástupem do DZP, ji nejčastěji získali v rámci zaměstnání (34%) a rodiny (32%). Často uvádí také kolonku „jiné“ (26%), kterou charakterizují jako praxi v rámci studia nebo kvalifikačního kurzu před nástupem do DZP. Nejmenší četnost vykazuje setkání v rámci přátel (8%).

Otázka číslo 9: Absolvovala jste před nástupem do DZP (ÚSP) akreditovaný kvalifikační kurz – pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče nebo kurz pro pomocné zdravotnické pracovníky?(otázka se netýká SZP)

Tab. č. 9. Absolvování kurzu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	42	61,76
Ne	26	38,24
Jiná možnost	0	0
Celkem	68	100

Graf č. 9. Absolvování kurzu



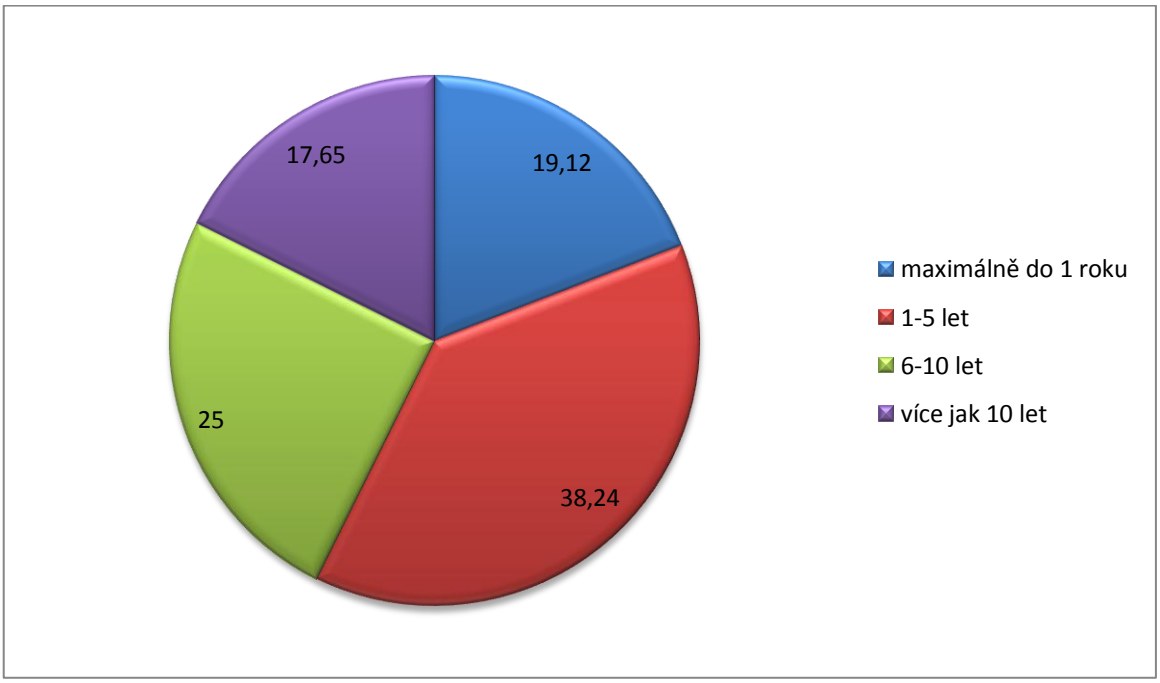
Na tuto otázku odpovídalo 68 pracovníků PSS. Kurz před svým nástupem do DZP (ÚSP) absolvovalo 42 pracovníků (61,76%). Zbylých 26 pracovníků (38,24%) tímto kurzem před svým nástupem neprošlo a absolvovali jej až v průběhu svého zaměstnání.

Otázka číslo 10: Jak je to dlouho, co jste takový kurz absolvovala? (otázka se netýká SZP)

Tab. č. 10. Doba od absolvování kurzu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Maximálně do 1 roku	13	19,12
1 – 5 let	26	38,23
6 – 10 let	17	25,00
Více jak 10 let	12	17,65
Celkem	68	100

Graf č. 10. Doba od absolvování kurzu



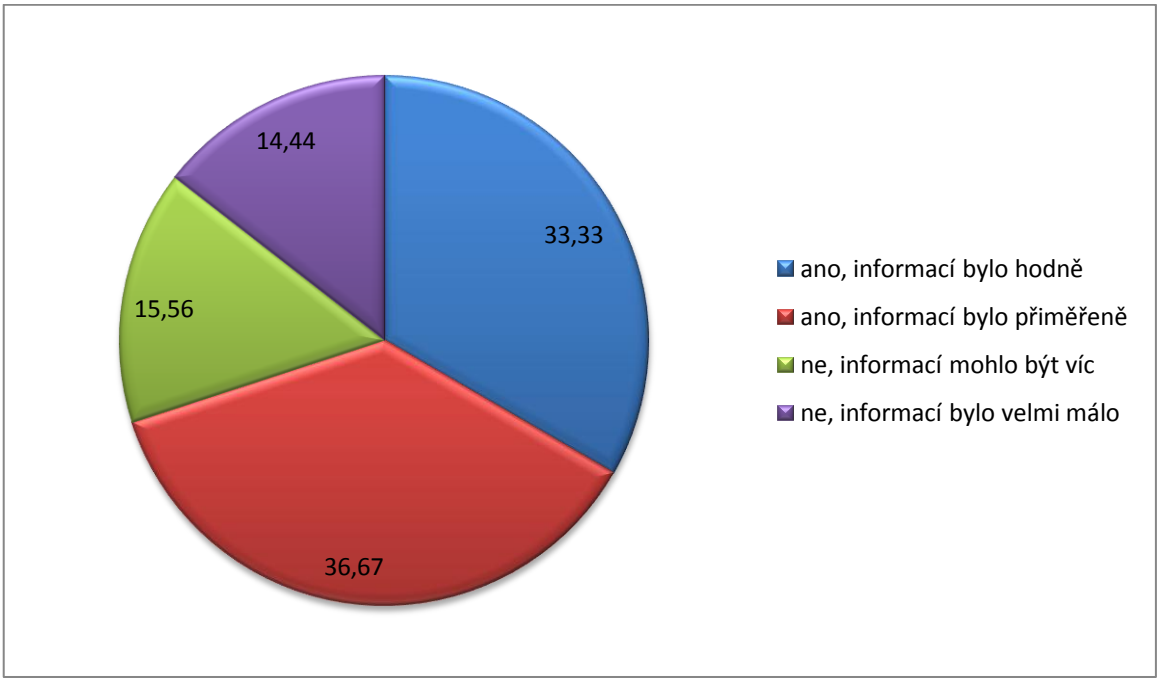
Na tuto otázku opět odpovídali pouze pracovníci PSS. Nejvíce z nich (38,24%) absolvovalo tento kurz před 1-5 lety. Pak následuje období před 6-10 lety (25%). Téměř stejné množství respondentů prošlo kurzem maximálně do 1 roku (19,12%) a před více jak 10 lety (17,65%).

Otázka číslo 11: Bylo Vám při nástupu, či krátce po něm, podáno dostatek informací ohledně Vaší práce (péče o klienty s postižením, způsob komunikace, druhy postižení…)?

Tab. č. 11. Množství informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, informací bylo hodně	30	33,33
Ano, informací bylo přiměřeně	33	36,67
Ne, informací mohlo být víc	14	15,56
Ne, informací bylo velmi málo	13	14,44
Celkem	90	100

Graf č. 11. Množství informací



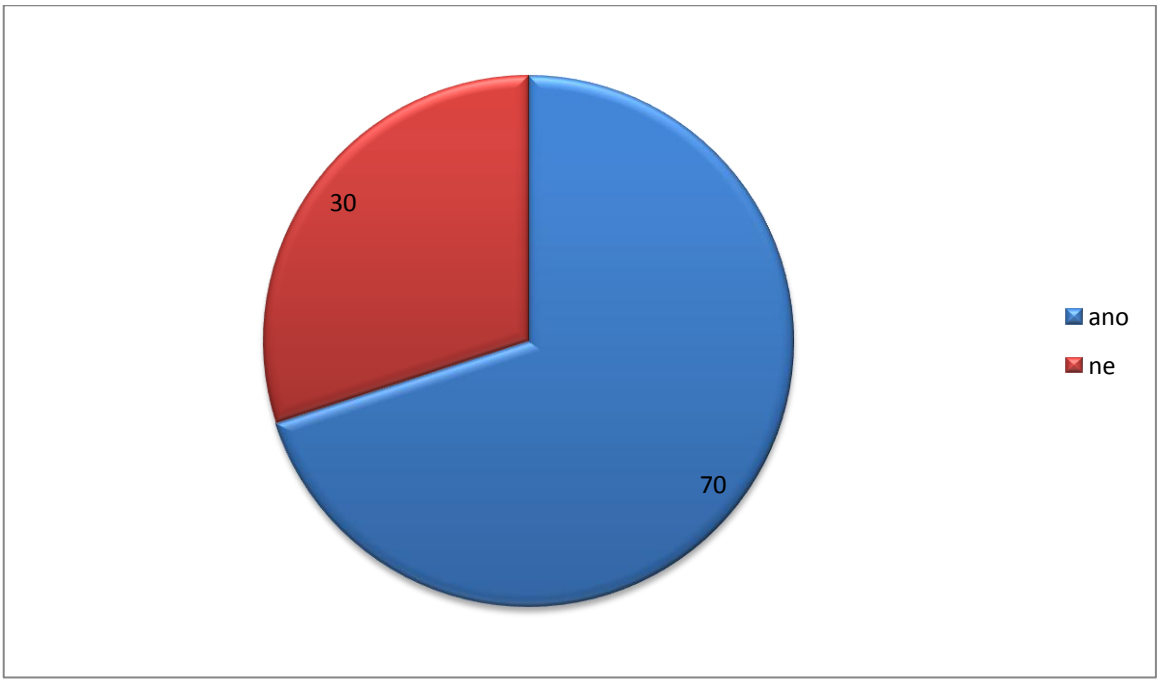
Většina respondentů považuje poskytnuté informace za dostatečné: 36,67% dotázaných je hodnotí jako přiměřené, 33,33% pracovníků shledává, že jich bylo hodně. Naopak 15,56% respondentů by chtělo více informací a dalších 14,44% respondentů označilo odpověď, že bylo informací velmi málo.

Otázka číslo 12: Absolvovala jste kurz bazální stimulace?

Tab. č. 12. Kurz bazální stimulace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	63	70,00
Ne	27	30,00
Celkem	90	100

Graf č. 12. Kurz bazální stimulace



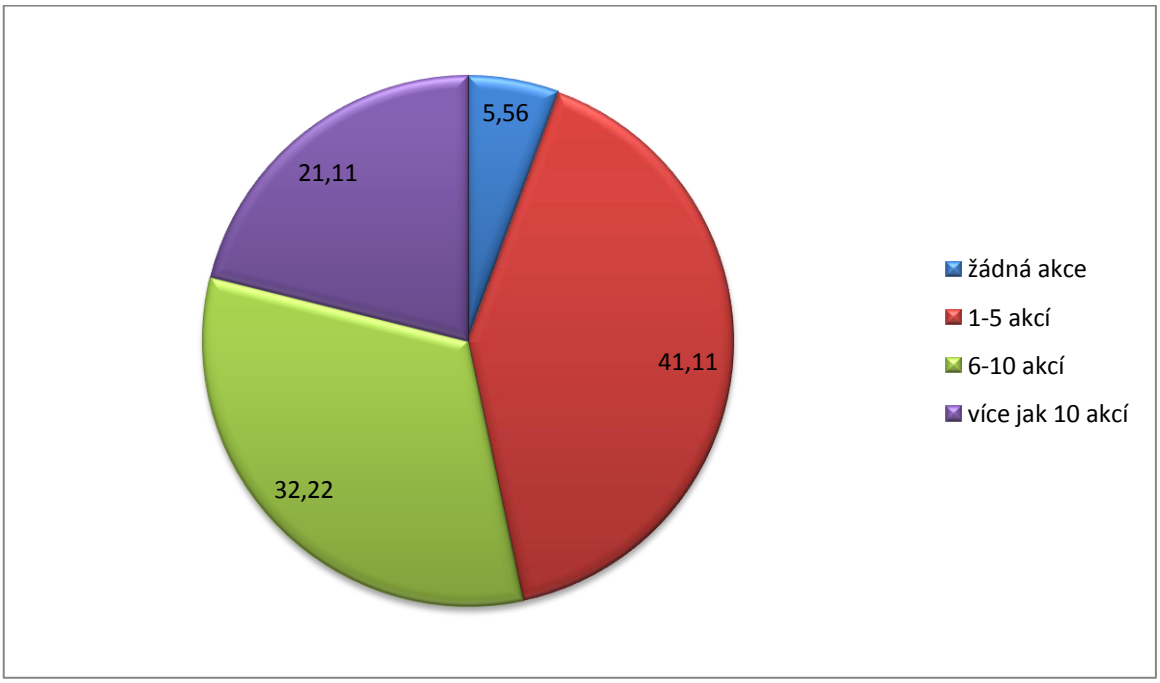
Kurzu bazální stimulace se zúčastnilo 63 respondentů (70%). Zbývajících 27 dotázaných (30%), ho neabsolvovalo.

Otázka číslo 13? Kolika jiných vzdělávacích akcí jste se zúčastnila v období posledních dvou let?

Tab. č. 13. Vzdělávací akce

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Žádné	5	5,56
1 - 5	37	41,11
6 - 10	29	32,22
Více jak 10	19	21,11
Celkem	90	100

Graf č. 13. Vzdělávací akce



Skupina 37 respondentů (41,11%) absolvovala v posledních dvou letech 1-5 vzdělávacích akcí. Další velkou skupinou čítající 29 respondentů jsou účastníci 6-10 akcí (32,22%). Více jak 10 akcí se zúčastnilo 19 dotázaných (21,11%) a naopak žádnou aktivitou neprošlo 5 pracovníků (5,56%).

Otázka číslo 14: Máte zájem o získávání informací týkajících se Vaší práce?

Tab. č. 14. Zájem o informace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	90	100
Ne	0	0
Celkem	90	100

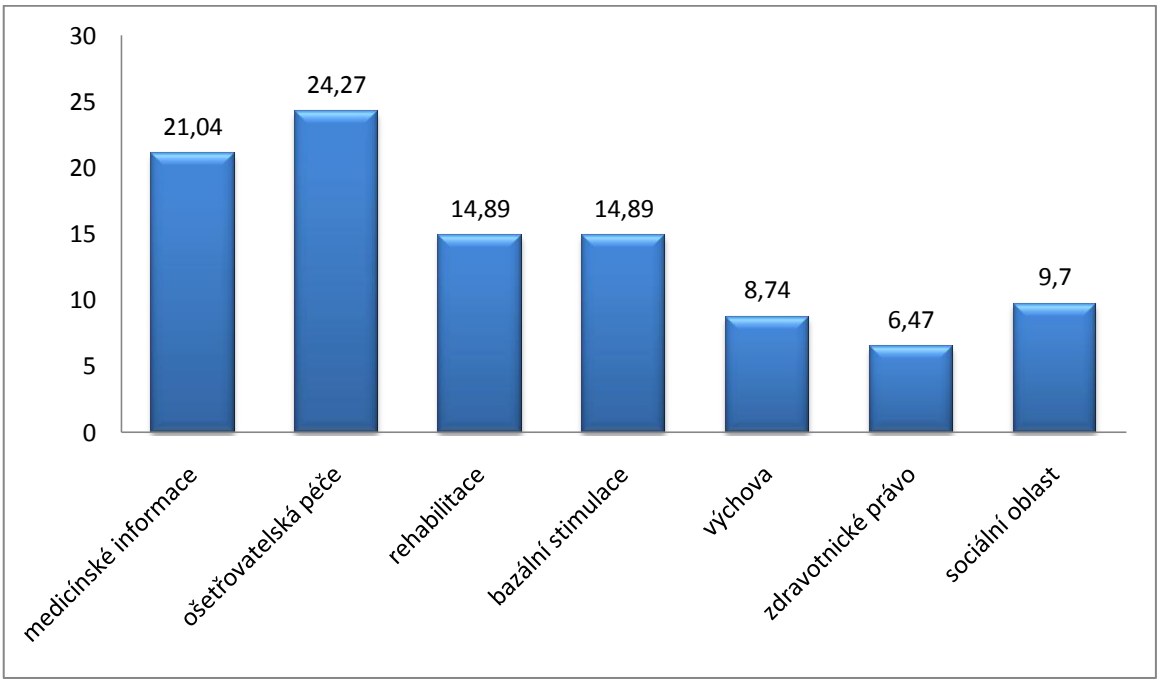
Z této otázky jednoznačně vyplývá zájem o získávání nových informací a je vyjádřen celými 100%.

Otázka číslo 15: Největší zájem máte o informace z jaké oblasti? (můžete označit i více možností)

Tab. č. 15. Požadavky na informace

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Medicínské informace	65	21,04
Ošetřovatelská péče	75	24,27
Rehabilitace	46	14,89
Bazální stimulace	46	14,89
Výchova	27	8,74
Zdravotnické právo	20	6,47
Sociální oblast	30	9,70
Jiné	0	0
Celkem	309	100

Graf č. 14. Požadavky na informace



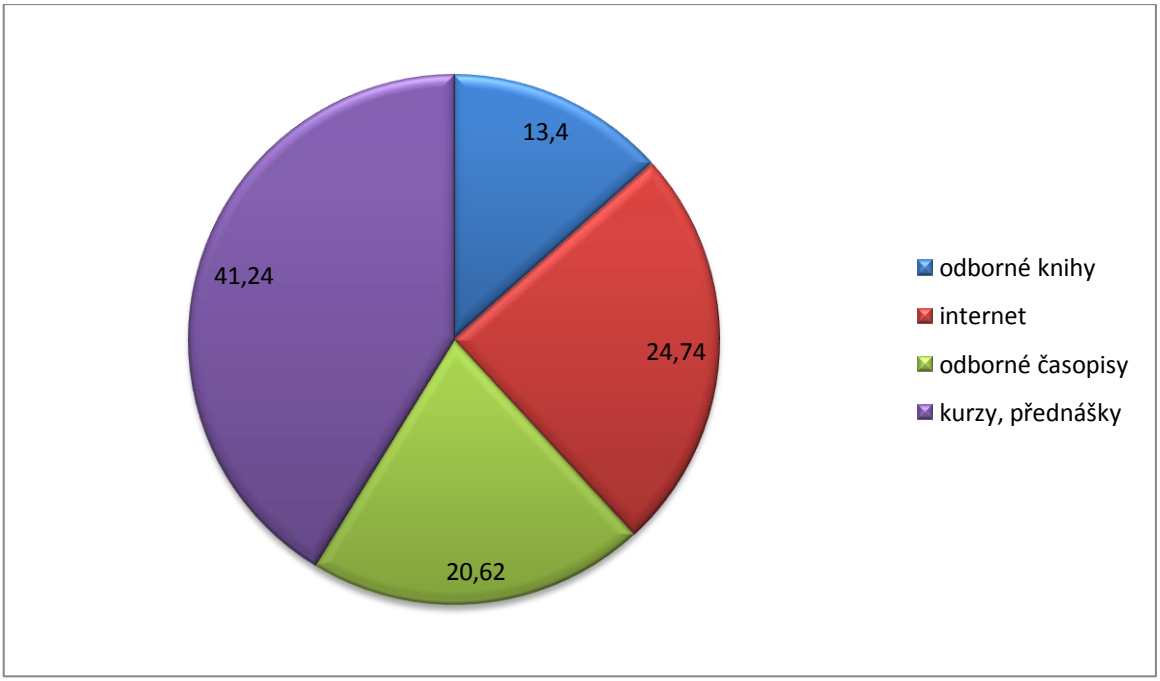
V této otázce volili dotázaní různé kombinace odpovědí, takže se počet odpovědí vyšplhal až na 309. Největší zájem mají respondenti o informace z oblasti ošetřovatelské péče (24,27%), medicíny (21,04%), rehabilitace a bazální stimulace (po 14,89%). Oblasti, které nejsou pro respondenty až tak zajímavé, se týkají sociální oblasti (9,7%), výchovy (8,74%) a nejmenší zájem je o zdravotnické právo (6,47%).

Otázka číslo 16: Jakým způsobem získáváte odborné informace? (můžete označit i více možností)

Tab. č. 16. Způsob získávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Odborné knihy	26	13,40
Internet	48	24,74
Odborné časopisy	40	20,62
Kurzy, přednášky	80	41,24
Jiné	0	0
Celkem	194	100

Graf. č. 15. Způsob získávání informací



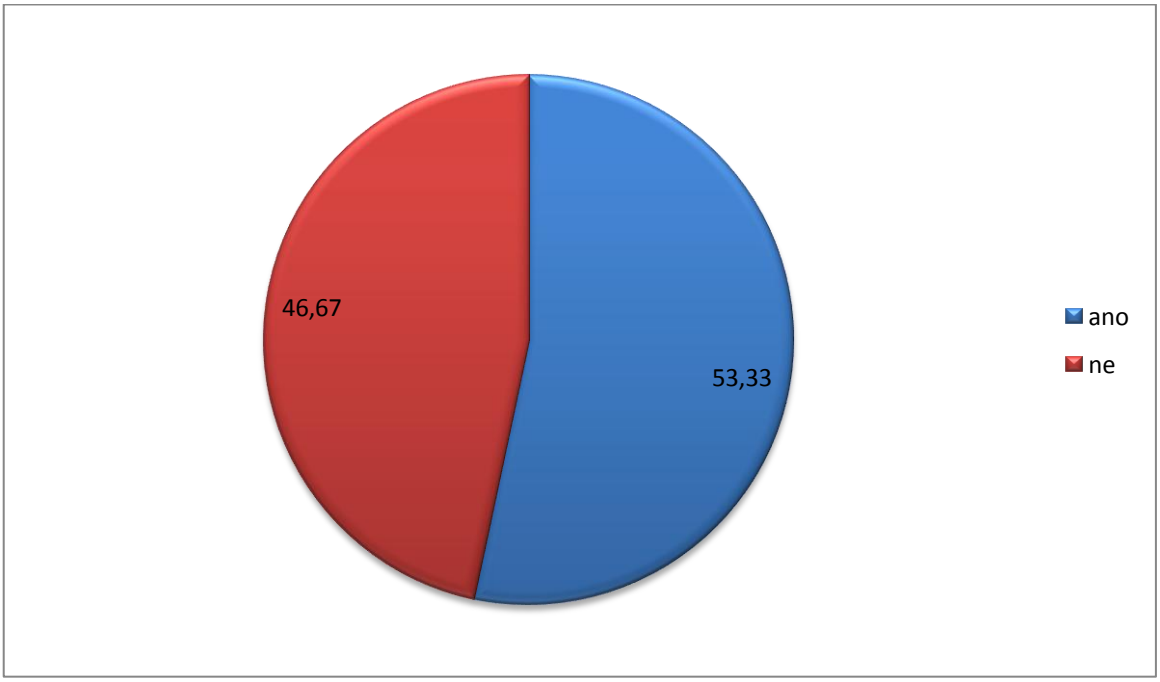
Z velké části (41,24%) získávají respondenti informace hlavně formou kurzů a přednášek. Své nezastupitelné místo tu má i internet (24,74%). Za internetem následují odborné časopisy (20,62%) a nejhůře jsou na tom odborné knihy (13,4%).

Otázka číslo 17: Uveďte, zda jste vyhledávala informace na internetu. Pokud ano, napište konkrétně, o jaké informace šlo.

Tab. č. 17 a. Vyhledávání informací na internetu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	48	53,33
Ne	42	46,67
Celkem	90	100

Graf č. 16 a. Vyhledávání informací na internetu

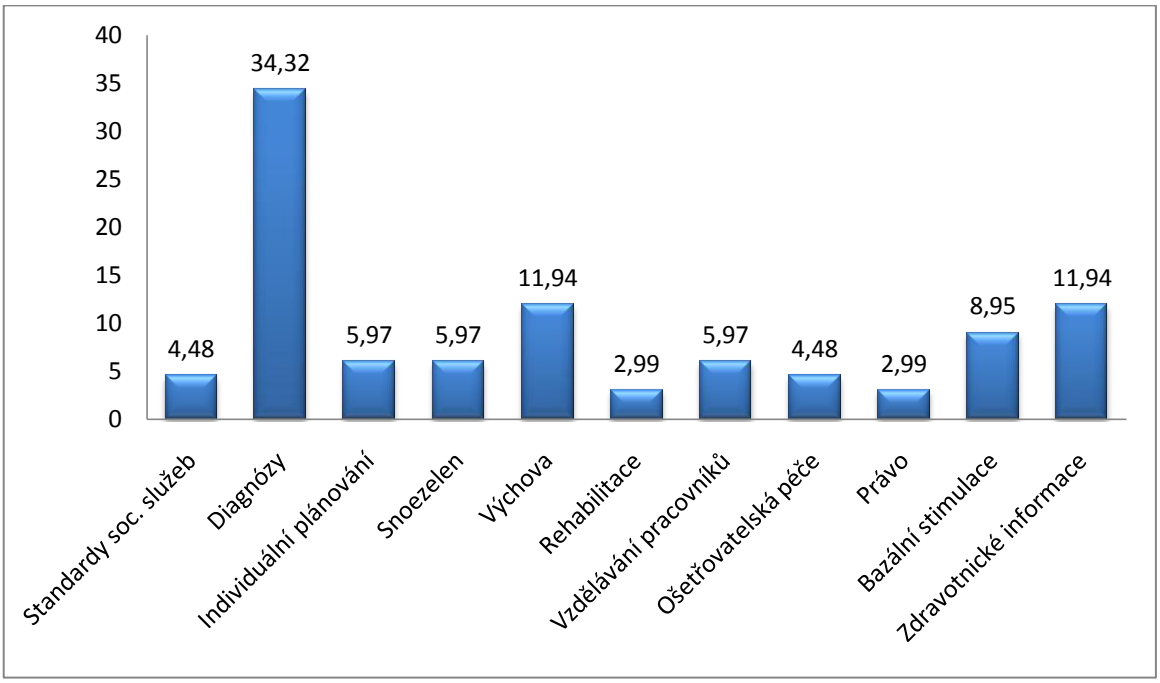


U této otázky více jak polovina respondentů (53,33%) uvádí, že si už někdy informace na internetu vyhledávala.

Tab. č. 17 b. Druh informací vyhledávaných na internetu

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Standardy sociálních služeb	3	4,48
Diagnózy	23	34,32
Individuální plánování	4	5,97
Snoezelen	4	5,97
Výchova	8	11,94
Rehabilitace	2	2,99
Vzdělávání pracovníků	4	5,97
Ošetřovatelská péče	3	4,48
Právo	2	2,99
Bazální stimulace	6	8,95
Zdravotnické informace	8	11,94
Celkem	67	100

Graf č. 16 b. Druh informací vyhledávaných na internetu



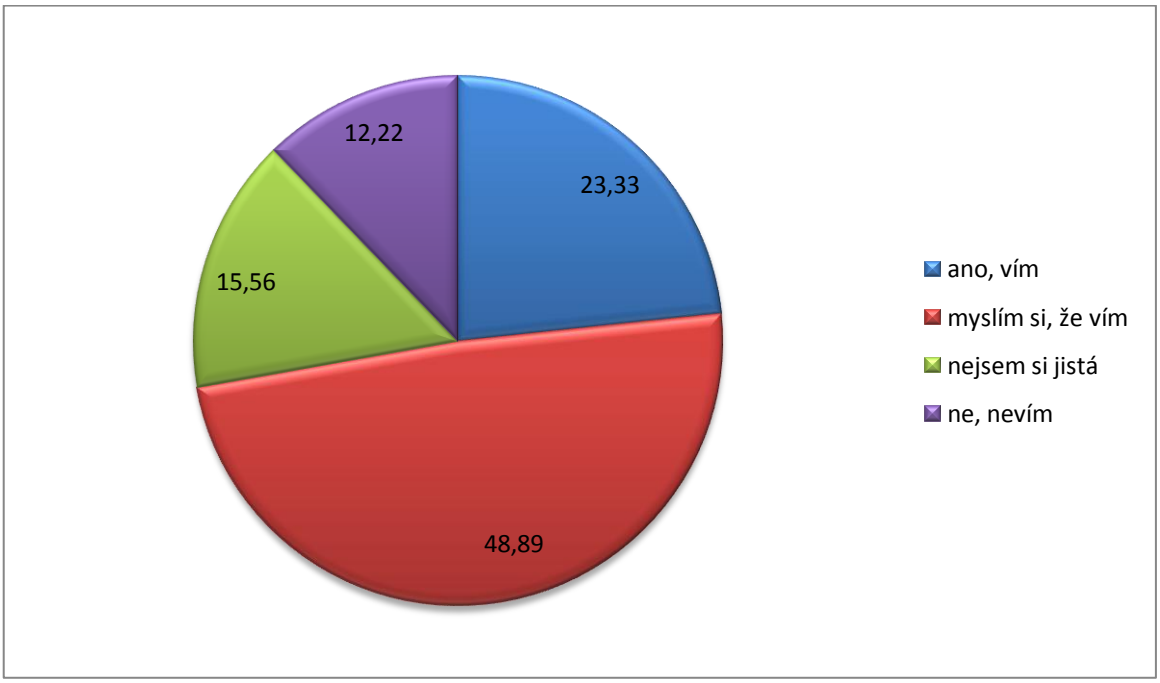
Nejčastěji se jednalo o informace týkající se lékařských diagnóz (34,32%), pak následuje oblast výchovy a zdravotnické informace (stomie, enterální výživa, dekubity) (11,94%). Ostatní informace jako např. individuální plánování, rehabilitace, právo, ošetřovatelská péče, bazální stimulace mají jen malé procentuelní zastoupení.

Otázka číslo 18: Víte pod jakými hesly, nebo v jakém oboru najdete informace v odborné literatuře?

Tab. č. 18. Vyhledávání v odborné literatuře

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, vím	21	23,33
Myslím si, že vím	44	48,89
Nejsem si jistá	14	15,56
Ne, nevím	11	12,22
Celkem	90	100

Graf č. 17. Vyhledávání v odborné literatuře



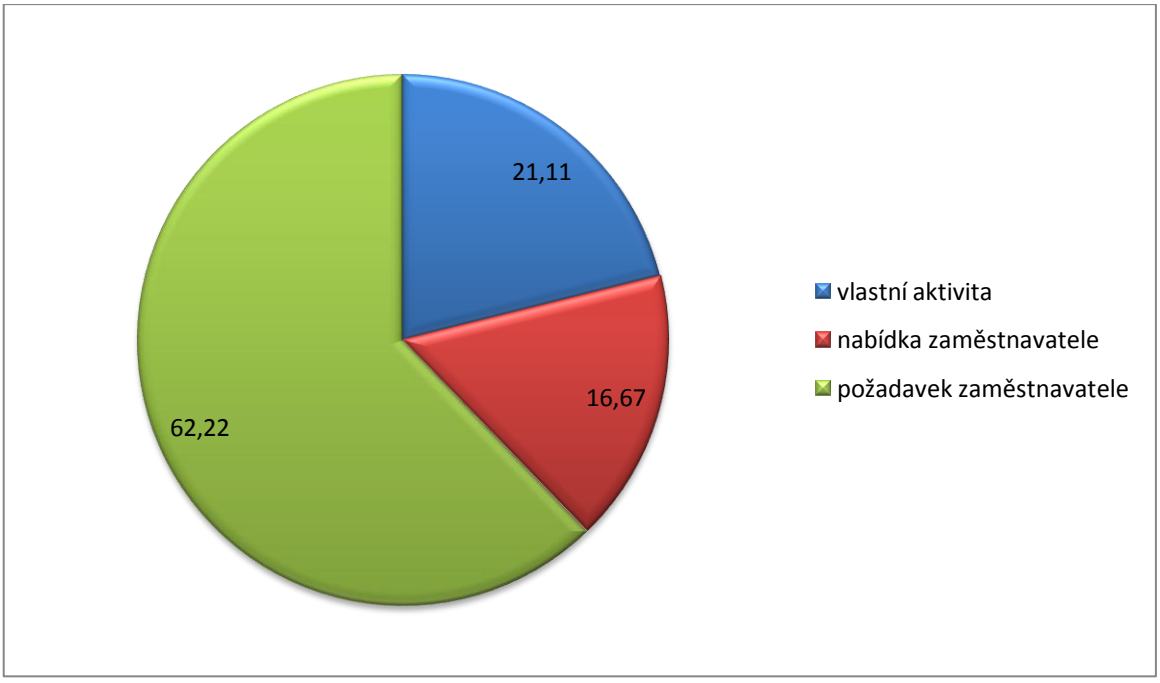
Téměř polovina respondentů (48,89%) si myslí, že ví, jak vyhledat informace v odborné literatuře. Někteří respondenti (23,33%) jsou přesvědčeni, že ví, jak hledat. Další skupina dotázaných (15,56%) si není jista, jak a kde hledat a vůbec neví 12,22% respondentů.

Otázka číslo 19: Podnětem k získávání nových informací je u Vás:

Tab. č. 19. Podnět k získávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vaše vlastní aktivita	19	21,11
Nabídka zaměstnavatele	15	16,67
Požadavek zaměstnavatele (celoživotní vzdělávání…)	56	62,22
Doporučení kolegů	0	0
Jiné	0	0
Celkem	90	100

Graf č. 18. Podnět k získávání informací



Důvodem k získávání nových informací je u 56 respondentů (62,22%) požadavek zaměstnavatele, u 19 dotázaných (21,11%) je to vlastní zájem. Nabídku zaměstnavatele uvedlo 15 dotázaných (16,67%). Doporučení kolegů neuvedl nikdo z respondentů.

Otázka číslo 20: Uveďte příklady vzdělávacích aktivit, které jste absolvovala ze zájmu
a) svého
b) zaměstnavatele
Uveďte konkrétní příklady.

Vzdělávací aktivity, které respondenti absolvovali ze svého zájmu, se týkají hlavně bazální stimulace, individuálního plánování, snoezelen, smrti a umírání, léčby bolesti, muzikoterapie, dramaterapie, práce s hlínou, restriktivních opatření. Další aktivitou je také zvyšování vzdělání. Pracovnice si doplňují středoškolské vzdělání s maturitou na SZŠ či jiném typu školy nebo získávají vysokoškolské vzdělání.

Co se týká aktivit ze zájmu zaměstnavatele, tak tady je škála větší: bazální stimulace, inkontinence, první pomoc, prevence pádů, syndrom vyhoření, individuální plánování, léčba bolesti, transformace, standardy kvality sociálních služeb, stomie, hojení ran, právo, komunikace s klientem, doprovázení umírajících, psychologické minimum, péče o imobilního klienta.

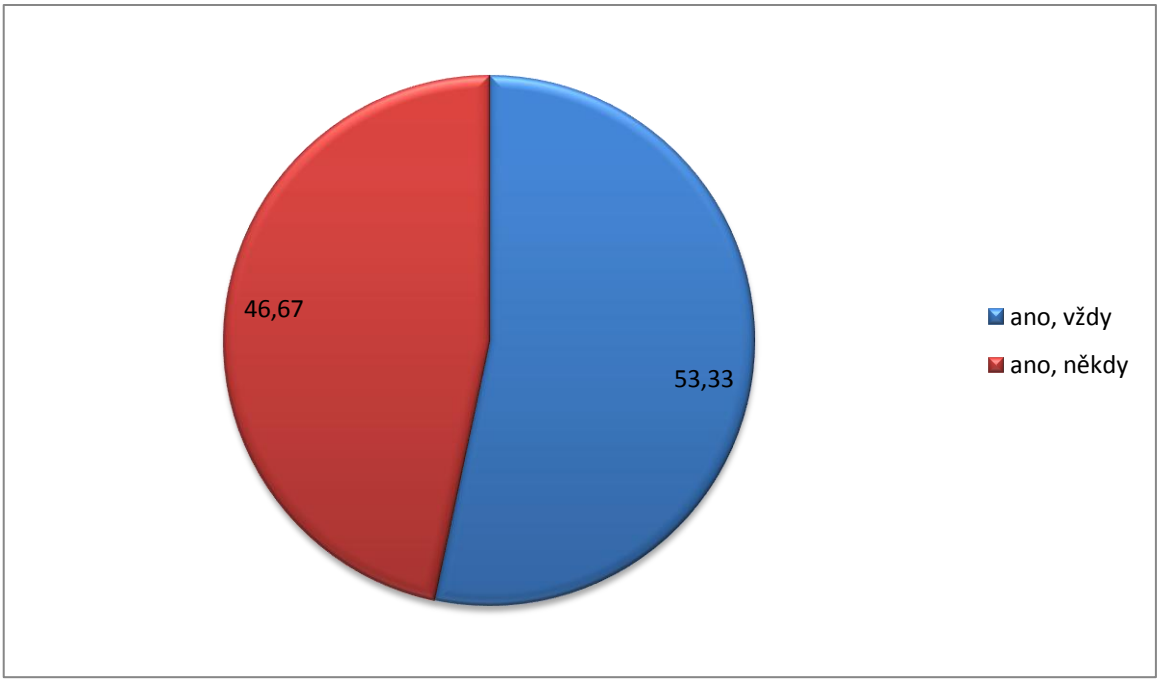
U této otázky respondenti také uvádí, že absolvovali více aktivit, než uvedli, ale že na témata dalších z nich si již nevzpomínají, proto otázku nevyhodnocuji a nepovažuji ji za validní.

Otázka číslo 21: Pokud získáte nové poznatky, máte snahu je předat ostatním a používat je v praxi?

Tab. č. 20. Předávání informací

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano, vždy	48	53,33
Ano, někdy	42	46,67
Ne, nikdy	0	0
Celkem	90	100

Graf č. 19. Předávání informací



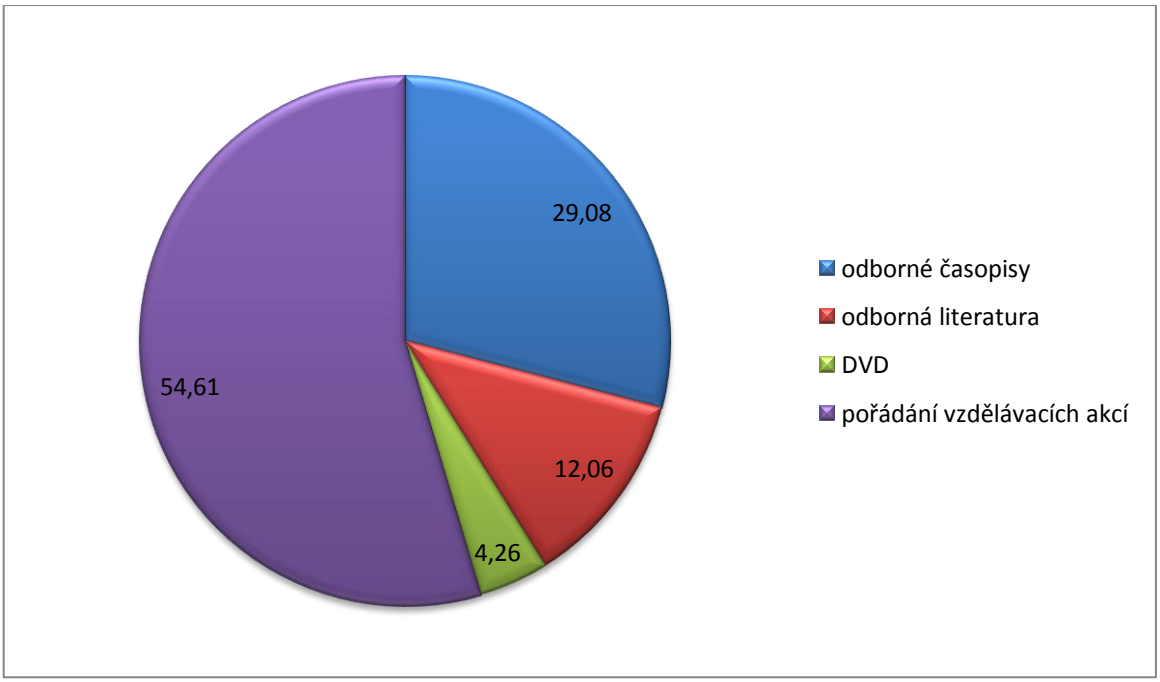
Snahu vždy předat nové poznatky nebo je uplatnit v praxi má 48 respondentů (53,33%) a 42 respondentů (46,67%) uvedlo, že alespoň někdy předává své nové poznatky. V celé skupině respondentů se nenašel nikdo, kdo by neměl snahu předat nové informace dál nebo je nepoužívat v praxi.

Otázka číslo 22: Jaké možnosti poskytuje Vaše zařízení při získávání nových informací? (můžete uvést více možností)

Tab. č. 21. Možnosti zařízení

	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Odborné časopisy	41	29,08
Odborná literatura	17	12,06
DVD	6	4,26
Pořádání vzdělávacích akcí	77	54,60
Jiné	0	0
Celkem	141	100

Graf č. 20. Možnosti zařízení



V této otázce mohli respondenti volit více možností a tak vzniklo 141 odpovědí. Nejvíce odpovědí (54,61%) uvádí, že zařízení pořádá vzdělávací akce. Další najčetnější odpovědí (29,08%) bylo, že zařízení poskytuje odborné časopisy. Odborná literatura je dostupná velmi omezeně (12,06%) a stejně tak i DVD (4,26%).

9 VYHODNOCENÍ CÍLŮ A HYPOTÉZ

Cíl 1: Zjistit, jak jsou připraveni respondenti při svém nástupu do DZP, na péči o klienty s vážným postižením.

H_1 – Předpokládám, že víc než 50% respondentů (PSP) při svém nástupu do DZP neabsolvovalo kvalifikační kurz (přímá obslužná péče, pracovník v sociálních službách, sanitární kurz).

Hypotéza se nepotvrdila.

H_2 – Domnívám se, že minimálně 90% dotázaných respondentů nemělo před svým nástupem do DZP osobní zkušenost s péčí o jedince s handicapem.

Hypotéza se nepotvrdila.

H_3 – Myslím si, že minimálně 40% respondentů před svým nástupem do DZP nemělo žádnou zkušenost s prací ve zdravotnictví či sociálních službách.

Hypotéza se potvrdila.

Cíl 2: Zjistit, zda mají respondenti zájem o rozšiřování svých znalostí.

H_1 – Myslím si, že alespoň 70% respondentů má zájem o rozšiřování svých znalostí.

Hypotéza se potvrdila.

H_2 – Předpokládám, že u více než 70% respondentů je nejčastějším důvodem k rozšiřování znalostí požadavek zaměstnavatele.

Hypotéza se nepotvrdila.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem si respondenti rozšiřují své znalosti.

H_1 – Předpokládám, že nejčastěji získávají respondenti nové informace na různých kurzech a přednáškách.

Hypotéza se potvrdila.

H_2 – Domnívám se, že jen maximálně 40% respondentů je schopno si vyhledat informace v odborné literatuře.

Hypotéza se potvrdila.

DISKUZE

Tato práce se zabývá edukací pracovníků v sociálních službách, kteří pečují o klienty s vážným postižením. Velmi jsem byla zvědavá na praktickou část práce, kterou tvořil dotazník. Zajímalo mě, jak sami respondenti vnímají své vzdělávání a jakou s ním mají zkušenost.

Ze šetření vyplynulo několik zajímavých skutečností. Například v otázce věku respondentů pracujících v DZP jsou nejvíce zastoupenou věkovou skupinou respondentky mezi 41-50 rokem.
Pravděpodobně proto, že tato věková skupina má už jisté zkušenosti s péčí a dokáže se vyrovnat s kontaktem s lidmi s postižením. Naopak kategorie do 30 let je zastoupena naprosto minimálně. Nejspíš to bude tím, že tato věková kategorie nemá většinou ještě zkušenost s péčí a navíc jim toto povolání nepřipadá asi atraktivní.

S věkem také souvisí délka praxe respondentů v sociálních službách. Nejvíce je zastoupena délka praxe 0-5 let a 6-10 let. A čím více stoupá délka praxe, tím více klesá počet pracovníků, kteří tuto práci vykonávají. Jelikož je táto práce náročná jak fyzicky, tak psychicky, tak po určité době volí někteří pracovníci změnu povolání. A také ne každému vyhovuje pracovat několik let v třísměnném provozu, což může být dalším důvodem odchodu pracovníků.

Předpokládala jsem, že pracovníci, kteří nastupují do DZP, nemají představu o této práci. Ať už se to týká ošetřování, nebo kontaktu s klienty s postižením. Byla jsem překvapena, kolik respondentů se už setkalo s prací v příbuzné oboru a co mě ještě víc překvapilo, kolik dotázaných mělo předchozí zkušenost s péčí o člověka s postižením. Také jsem respondenty podcenila v otázce absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu před nástupem do DZP. Všechny tyto otázky, i když nenaplnily moje předpoklady, svědčí o tom, že většina nových pracovníků má alespoň základní představu o svém novém zaměstnání.

Nejčastějším vzděláním u pracovníků v DZP je středoškolské vzdělání s maturitou, které má polovina dotázaných. Dokonce malé procento dotázaných má vyšší odborné vzdělání a někdo i vysokoškolské zdělání. V souvislosti s touto otázkou mě zaujala otázka týkající se množství poskytnutých informací při nástupu do zaměstnání. Podle sesbíraných údajů celých 70% respondentů hodnotí množství informací jako dostatečné, ale při zpracování této otázky jsem si všimla, že pokud se na tuto otázku podíváme

z hlediska dosaženého vzdělání, je situace náhle jiná. Čím vyšší vzdělání, tím mají respondenti větší pocit deficitu podaných informací. Ve zkoumaném vzorku je procento respondentů s vyšším vzděláním malé, ale je možné, že časem takových pracovníků přibude, jelikož většina škol dnes poskytuje vzdělání minimálně s maturitou a také díky trhu práce mohou narůst i počty pracovníků s vysokoškolským vzděláním. To dle mého názoru postupně povede k nárůstu zájmu o větší množství informací.

Respondenti se průběžně zúčastňují různých vzdělávacích akcí. Otázkou ale je, nakolik jsou jim tyto vzdělávací akce přínosem. Zdravotničtí pracovníci se neúčastní akcí se sociální tématikou a naopak PSS mají přednášky zaměřeny spíše na sociální oblast. Když jsem po ukončení výzkumu hovořila s respondenty, často si posteskli, že vzdělávací akce vůbec neobsahují problematiku těžce postižených.

Další položkou v dotazníku bylo zjistit, o jaké poznatky mají pracovníci zájem. Největší zájem mají o informace z ošetřovatelské péče, medicínské informace a také o rehabilitaci a bazální stimulaci. V této otázce se mé domněnky naprosto potvrdily. Také když se podíváme na otázku, jaké spektrum informací dotázaní hledají na internetu, tak mezi nejčastější informace patří právě diagnózy a jiné medicínské a ošetřovatelské informace. Pracovníci chtějí vědět, jaké má klient postižení, jak se postižení projevuje, co mohou a nemohou s klientem dělat, jak mu mohou pomoci… a je to naprosto pochopitelné. Nejsme stroje, které jenom mechanicky vykonávají určené úkony, ale také u své práce přemýšlíme a máme snahu našim klientům jejich nelehký úděl nějak zpříjemnit a zmírnit. Velmi malý zájem je o informace z oblasti práva. Málokdo si dnes uvědomuje, že i tyto informace jsou pro nás důležité a provází nás na každém kroku. A bohužel, neznalost zákona neomlouvá!

Kromě různých přednášek hledají respondenti informace hlavně na internetu. Je to pro ně asi nejdostupnější možnost. Pokud není na zařízení vhodná literatura a nechodí pracovníci do knihovny, nebo neví v jakých oblastech hledat, tak je to pro ně jediná možnost. Navíc ani internet a ani odborná literatura pro většinu z nich není řešením. Když už pomineme to, že ne všichni ovládají internet, tak dalším problémem, jak jsem zjistila při rozhovorech s PSS, je velké množství odborných termínů v textu. Nejméně využívají odborných knih, což bude nejspíš souviset s nabídkou zaměstnavatele. Zaměstnavatel pořádá vzdělávací akce, ale už se minimálně angažuje v nabídce jiných možností.

ZÁVĚR

Poslední dobou se všude hodně mluví o lidech s postižením, o tom jak jim zajistit co nejlepší život, jak je co nejvíce začlenit do majoritní společnosti, jak poskytovat kvalitní služby. Tím se zvyšují i nároky na pracovníky, kteří se o takové klienty starají. PSS i SZP mají danou zákonem, kromě kvalifikačních požadavků, také povinnost celoživotního vzdělávání.

A tato práce se právě pracovníkům v sociálních službách a jejich vzdělávání věnuje. Její teoretická část začíná popisem domova pro osoby se zdravotním postižením. Tato část obsahuje mimo jiné také souhrn ošetřovatelské péče o klienty s postižením. Další text se zaměřuje na pracovníky, kteří působí v sociálních službách, a následuje oblast, která se zabývá nejčastějšími diagnózami, které se vyskytují v DZP. Velmi důležitým místem této práce jsou informace o edukaci a adaptační proces. Adaptační proces je určen novým zaměstnancům a ukazuje, co všechno by mělo být jeho obsahem. Edukace se týká už i stávajících zaměstnanců a popisuje, jak by měla správná edukace vypadat.

Druhou částí této práce je výzkumné šetření. Probíhalo formou dotazníku v několika zařízeních sociální péče. Respondenty byly pracovníci z přímé obslužné péče. Cílem této práce bylo zjistit, jak probíhá adaptační proces a následné vzdělávání u pracovníků DZP. Jakým způsobem pracovníci získávají informace, jak se na tom podílí zaměstnavatel. Také mě zajímalo, jestli dotázaní mají vůbec zájem o nové poznatky a co by chtěli vědět.

Některé hypotézy se mi potvrdily, některé ne. Je dobře, že některé se i nepotvrdily. Ukazují totiž, že více nových pracovníků, než jsem předpokládala já, má před nástupem do DZP už alespoň nějakou zkušenost s člověkem s postižením, nebo absolvovaný kvalifikační kurz, takže mají alespoň trochu představu, co je čeká. Ne každý totiž dokáže pracovat v DZP.

Potěšující bylo zjištění, že naprosto všichni dotázaní mají zájem o nové informace. A naopak, že se nenašel nikdo, kdo by neměl zájem alespoň občas předat dál informace, které získal. To ukazuje, že dotázaným není jejich práce lhostejná, a že se pracovníci edukují mezi sebou navzájem. Jako nejčastější důvod k získávání nových informací volili respondenti požadavek zaměstnavatele, což je dáno právě povinností celoživotního vzdělávání.

Z dotazníků vyplývá, že pracovníci průběžně absolvují různé vzdělávací akce. Nové poznatky získávají právě na těchto kurzech a přednáškách. Také často vyhledávají informace na internetu.

Na několika místech tohoto šetření se ukázalo, že největší zájem mají respondenti o informace medicínské, ošetřovatelskou péči, rehabilitaci a bazální stimulaci.

Návrhy pro praxi

Z dotazníků vyplynul zájem pracovníků hlavně o medicínské informace (kliniku onemocnění, druhy postižení), proto na základě tohoto zjištění vypracuji informativní brožuru pro nové pracovníky nastupující do DZP. Dále také budu vytvářet další vzdělávací materiály, ale již s obsáhlejšími informacemi. Tyto materiály budou určeny jak pro SZP, tak i pro PSS, proto budu volit zcela jednoduchý jazyk, a pokud to bude možné, tak budu co nejvíce eliminovat odborné výrazy (eventuelně je pod čarou vysvětlím), aby byly tyto materiály srozumitelné pro všechny. Témata budou volena po dohodě s pracovníky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. A*grese u lidí s mentální retardací a s autismem.* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie.* Brno: NCONZO, 2004. ISBN 80-7013-386-4.

ČERNÁ a kol. *Česká psychopedie.* Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem.* Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika.* Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením.* Ostrava: Ostravská univerzita – Pedagogická fakulta, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením.* Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-588-1.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J. *Ošetřovatelství 2. část*. Uherské Hradiště, 2001.

KOUBEK, J. *Personální práce v malých a středních firmách*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2202-3.

KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů.* Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-168-3.

KOZLOVÁ, L. *Sociální služby.* Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.

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

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

KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku.* Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-063-8.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, Ľ. *Edukácia a edukačný proces v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-326-4.

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* Praha: H&H Vyšehradská, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Z. *Rodičům dětí s vážnějším mentálním postižením.* Praha: Státní zdravotní ústav, 2000. ISBN 80-7071-147-7.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče.* Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb.* Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007. ISBN 80-903640-9-8.

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ, E. a kol. *Moderná edukácia v ošetrovateľstve.* Martin: Osveta, 2010. ISBN 978-80-8063-321-9.

NEVŠÍMALOVÁ, S., RŮŽIČKA, E. et al. *Neurologie.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-160-2.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

OŠLEJŠKOVÁ, H. a kol. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie.* Brno: NCONZO, 2008. ISBN 978-80-7013-479-5.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů.* BRNO: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciálně pedagogické péči.* Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-010-7.

RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0532-6.

RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. ISBN 80-244-0873-2.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

TYRLÍKOVÁ, I. a kol. *Neurologie pro sestry.* Brno: NCONZO, 2003. ISBN 80-7013-287-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu.* Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-929-4.

VAJNER, L. *Výběr pracovníků do týmu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1739-5.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

Monografie legislativy

Zákon č. 40/1964 Sb. ze dne 26. února 1964 občanský zákoník.

Zákon č. 94/1963 Sb. ze dne 4. prosince 1963 zákon o rodině.

Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o nelékařských zdravotnických povoláních.

Zákon č. 105/2011Sb. ze dne 25. března 2011 o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd. a tak dále

DMO dětská mozková obrna

DZP domov pro osoby se zdravotním postižením

IQ inteligenční kvocient

MKF Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MR mentální retardace

např. například

OÚSS okresní ústav sociálních služeb

PEG perkutánní endoskopická gastrostomie

PSS pracovníci v sociálních službách

SSL sociální služby

SZP střední zdravotnický pracovník

SZŠ střední zdravotnická škola

Tab. tabulka

ÚSP ústav sociální péče

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1. Věk respondentů

Graf č. 2. Dosažené vzdělání

Graf č. 3. Pracovní zařazení

Graf č. 4. Práce v příbuzném oboru

Graf č. 5. Specifikace místa práce v příbuzném oboru

Graf č. 6. Délka praxe

Graf č. 7. Zkušenost s péčí

Graf č. 8. Místo setkání s péčí o postižené

Graf č. 9. Absolvování kurzu

Graf č. 10. Doba od absolvování kurzu

Graf č. 11. Množství informací

Graf č. 12. Kurz bazální stimulace

Graf č. 13. Vzdělávací akce

Graf č. 14. Požadavky na informace

Graf č. 15. Způsob získávání informací

Graf č. 16 a. Vyhledávání informací na internetu

Graf č. 16 b. Druh informací vyhledávaných na internetu

Graf č. 17. Vyhledávání v odborné literatuře

Graf č. 18. Podnět k získávání informací

Graf č. 19. Předávání informací

Graf č. 20. Možnosti zařízení

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1. Věk respondentů

Tab. č. 2. Dosažené vzdělání

Tab. č. 3. Pracovní zařazení

Tab. č. 4. Práce v příbuzném oboru

Tab. č. 5. Specifikace místa práce v příbuzném oboru

Tab. č. 6. Délka praxe

Tab. č. 7. Zkušenost s péčí

Tab. č. 8. Místo setkání s péčí o postižené

Tab. č. 9. Absolvování kurzu

Tab. č. 10. Doba od absolvování kurzu

Tab. č. 11. Množství informací

Tab. č. 12. Kurz bazální stimulace

Tab. č. 13. Vzdělávací akce

Tab. č. 14. Zájem o informace

Tab. č. 15. Požadavky na informace

Tab. č. 16. Způsob získávání informací

Tab. č. 17 a. Vyhledávání informací na internetu

Tab. č. 17 b. Druh informací vyhledávaných na internetu

Tab. č. 18. Vyhledávání v odborné literatuře

Tab. č. 19. Podnět k získávání informací

Tab. č. 20. Předávání informací

Tab. č. 21. Možnosti zařízení

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I - Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

PŘÍLOHA P II - Charta práv tělesně postižených osob

PŘÍLOHA P III - Druhy činností a odborná způsobilost pracovníků v sociálních službách

PŘÍLOHA P IV - Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

PŘÍLOHA P V - Zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům

PŘÍLOHA P VI - Popis pracovní činnosti SZP

PŘÍLOHA P VII - Domácí řád DZP

PŘÍLOHA P VIII - Harmonogram práce PSS

PŘÍLOHA P IX - Harmonogram práce SZP

PŘÍLOHA P X - Žádosti o umožnění dotazníkového šetření

PŘÍLOHA P XI - Brožura pro nové zaměstnance

PŘÍLOHA P XII - Dotazník

PŘÍLOHA P I

Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením

Deklarace byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971.

Valné shromáždění vyhlašuje tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře **stejná práva jako ostatní lidské bytosti**.

2. Mentálně postižený má **právo na zdravotní péči** a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti**.**

3. Mentálně postižený má **právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň**. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.

4. Pokud je to možné, má mentálně postižený **žít v kruhu své vlastní rodiny** nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5. Mentálně postižený má **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6. Mentálně postižený má **právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením.** Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobeno periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí**.

PŘÍLOHA P II

Charta práv tělesně postižených osob

Chartu práv a povinností tělesně postižených vydalo vlivné Francouzské sdružení tělesně postižených (Association des Paralysés de France, APF).

Preambule

Charta práv tělesně postižených vychází z Prohlášení lidských a občanských práv, Všeobecného prohlášení o lidských právech, Evropské konvence lidských práv a Všeobecného zákona o tělesně postižených, vydaného v Paříži v roce 1975. V souladu s těmito dokumenty má každá tělesně postižená osoba stejná práva a povinnosti jako kdokoli jiný. Je tedy potřebné podporovat každou ekonomickou a sociální politiku, která k právům a povinnostem postižených osob přihlíží.

Tělesné postižení vede k omezení pohybové aktivity a taková osoba se stává ve zvýšené míře závislou na okolním prostředí, na svých blízkých i na celé společnosti. Je proto povinností společnosti napomáhat při integraci těchto našich spoluobčanů do normálního života. Postižení mají plné právo na samostatný a nezávislý způsob života, jaký si sami zvolí. Mají právo začlenit se do společenského života, mají právo na splnění všech svých přání a tužeb. Těm, kteří chtějí žít v domovech s pečovatelskou službou, má být umožněno vybrat si kvalitní domov, kde by byla plně respektována jejich osobnost. Tělesně postižené osoby mohou využívat i soukromé domy či byty a společnost jim musí dát možnost je přizpůsobit pro pohodlný, nezávislý a bezpečný život.

Odpovědné osoby, které rozhodují o výstavbě domů a bytů, stejně jako výstavbě veřejných komunikací, mají za povinnost vytvářet co nejpříznivější podmínky pro seberealizaci, bezpečnost a sebevědomí postižených osob.

Článek 1 *(způsob života)*

Každá tělesně postižená osoba má právo na nezávislý výběr způsobu života a místa, kde chce žít.

Článek 2 *(rodina a okolí)*

Jako každá lidská bytost, tak i tělesně postižená osoba chce milovat a být milována. Má plné právo založit vlastní rodinu, rozvíjet ji a zachovávat a působit na rozvoj rodinných a přátelských vztahů.

Článek 3 *(právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc)*

Každá tělesně postižená osoba má právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc. Přátelský vztah mezi osobou, která pomoc poskytuje, a osobou, která ji přijímá, musí být založen na vzájemném respektu, důvěře a úctě.

Článek 4 *(právo na lékařskou péči)*

Postižená osoba má právo na výběr lékaře, který má pečovat o její zdraví. Má právo na pravidelnou informaci a osobní zdravotní situaci a má právo podílet se na všech rozhodováních o sobě.

Článek 5 *(bydlení a okolí)*

Postižená osoba má plné právo sama se rozhodnout žít a bydlet v místě, odpovídajícím jejím požadavkům a potřebám.

Článek 6 *(právo na technickou pomoc)*

Tělesně postižená osoba má právo na úplné financování technického vybavení a pomoci nutné pro nezávislý život.

Článek 7 *(účast na společenském životě)*

Tělesně postiženým osobám musí být umožněna komunikace, pohyb a přístup ke společnosti, vzdělání, úřadům, ekonomickým a profesním aktivitám i k aktivitám ve volném čase a ve sportu.

Článek8

Každá tělesně postižená osoba má právo na dostatečný příjem pro zajištění svého pohodlí a spokojeného života.

Závěr

Tělesně postižené osoby, asociace, sdružení a svazy by měly sjednotit své úsilí pro zlepšení vzájemného poznávání a pro to, aby se lépe domohly zajištění svých základních lidských práv, kterými jsou:

- právo být odlišný;
- právo na důstojný a odpovídající způsob života;
- právo na integraci do společnosti;
- právo na svůj názor a na jeho splnění;
- právo na rovnoprávné občanství a na nezávislý výběr způsobu života i místa, kde chce žít.

PŘÍLOHA P III

Druhy činností a odborná způsobilost pracovníků v sociálních službách

První skupinou činností je přímá obslužná péče spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, udržování čistoty a osobní hygieny, podpoře soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb atd.
Tito pracovníci pro splnění odborné způsobilosti potřebují základní nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.

Další skupinou jsou základní výchovné nepedagogické činnost týkající se prohlubování, upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti apod.
Požadavek na jejich vzdělání je střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.

Poslední skupina činností jsou činnosti pod dohledem sociálního pracovníka při základním sociálním poradenství, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a mnohé další.
Tito pracovníci musí splňovat základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. (zákon č. 108/2006 Sb.)

PŘÍLOHA P IV

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry se získává absolvováním

a) nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester
b) nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách
c) vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004
d) tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004
e) studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004
f) studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
g) tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004

Všeobecné sestry, kterých se týká písmeno e až g, mohou vykovávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby pracují pod odborným dohledem. Výjimkou jsou všeobecné sestry, které po získání odborné způsobilosti absolvovaly ještě vysokoškolské studium ošetřovatelského zaměření.
Výkon povolání bez odborného dohledu znamená, že zdravotnický pracovník je způsobilý na základě indikace lékaře provádět činnosti bez ohledu na přítomnost a dosažitelnost rady a pomoci lékaře a ke kterým získal osvědčení k výkonu zdravotnického povolání

bez odborného dohledu. Zákon také stanovuje činnosti, které zdravotnický pracovník může vykonávat i bez indikace lékaře. (zákon č. 96/2004 Sb.)

PŘÍLOHA P V

Zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům

Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

§ 10

(1) Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, není vůbec schopna činit právní úkony, soud ji způsobilosti k právním úkonům zbaví.
(2) Jestliže fyzická osoba pro duševní poruchu, která není jen přechodná, anebo pro nadměrné požívání alkoholických nápojů nebo omamných prostředků či jedů je schopna činit jen některé právní úkony, soud její způsobilost k právním úkonům omezí a rozsah omezení v rozhodnutí určí.
(3) Soud zbavení nebo omezení způsobilosti změní nebo zruší, změní-li se nebo odpadnou-li důvody, které k nim vedly.

Zákon č. 40/1994 Sb., občanský zákoník

§ 26

Pokud nejsou fyzické osoby k právním úkonům způsobilé, jednají za ně jejich zákonní zástupci.

§ 27

(1) Kdo je zákonným zástupcem nezletilého dítěte, upravuje zákon o rodině.

(2) Zákonným zástupcem fyzické osoby, která byla rozhodnutím soudu zbavena způsobilosti k právním úkonům nebo jejíž způsobilost k právním úkonům byla rozhodnutím soudu omezena, je soudem ustanovený opatrovník.

(3) Nemůže-li být opatrovníkem ustanoven příbuzný fyzické osoby ani jiná osoba, která splňuje podmínky pro ustanovení opatrovníkem, ustanoví soud opatrovníkem orgán místní správy, popřípadě jeho zařízení, jestliže je oprávněno vystupovat svým jménem (§ 18 odst. 1).

Zákon č. 94/1963, zákon o rodině

§ 83

(1) Vedle případu střetu zájmů zákonných zástupců a dítěte nebo mezi dětmi týchž rodičů navzájem (§ 37 odst. 1), ohrožení majetkových zájmů dítěte (§ 37b), omezení rodičovské zodpovědnosti (§ 44 odst. 2) a řízení o osvojení (§ 68b) ustanoví soud opatrovníka též v případech, kdy je to v zájmu dítěte z jiných důvodů třeba.

(2) V takových případech lze ustanovit opatrovníkem i orgán sociálně-právní ochrany dětí.

§ 84

Rozsah práv a povinností opatrovníka vymezí soud z hlediska účelu, pro který byl opatrovník ustanoven, aby ochrana zájmů nezletilého byla plně zajištěna.

PŘÍLOHA P VI

Popis pracovní činnosti SZP

Organizace:

POPIS PRACOVNÍ ČINNOSTI

Název povolání – funkce – činnosti:		*Plat. třída:*
Všeobecná sestra		
Útvar:	*Nadřízenost:* *PSS*	*Podřízenost:* *Vrchní sestra*
Jméno:		*Osobní číslo:*

	Čís.příkladu z Katalogu:
- *Poskytuje komplexní základní nebo specializované péči bez odborného dohledu dle vyhlášky 424/2004 Sb. – Všeobecná sestra a zajišťuje tuto péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu.* - *Provádí vyhodnocení stavu pacientů z hlediska možnosti vzniku komplikací a náhlých příhod a podíl na jejich řešení.* - *Sleduje klienty sociální péče z hlediska biopsychosociálních potřeb a monitoruje je, plní ordinace lékaře a asistuje při diagnostických, vyšetřovacích nebo léčebných výkonech. Zajišťuje bezpečnost klientů sociální péče.* - *Sleduje fyziologické funkce a projevy klientů, jejich celkový duševní a tělesný stav, svá zjištění zaznamenává do zdravotnické dokumentace, informuje o nich vrchní sestru.* - *Připravuje a podává léky klientům, odpovídá za správné a bezpečné uložení léků, dodržuje organ.směrnici č.2/2007.* - *Odebírá na vyšetření biologický materiál, dodržuje zásady správného odběru, označení a včasného odeslání na vyšetření.* - *Připravuje a doprovází klienty k diagnostickým, léčebným a ošetřovacím výkonům a asistuje při jejich provádění.* - *Provádí jednoduché rehabilitační výkony, bazální stimulaci , zejména polohování klientů, zajišťuje pobyt klientů na čerstvém vzduchu.* - *Rozděluje a podává stravu klientům, pečuje o dodržování stanovených diet, o hygienickou a estetickou manipulaci se stravou, podává stravu sondou.* - *Zabezpečuje hygienickou a estetickou úpravu prostředí klientů, tepelnou a světelnou pohodu a dodržování léčebného režimu.* - *Zajišťuje péči o umírajícího a tělo zemřelého.* - *Manipuluje s čistým a špinavým prádlem.* - *Při své práci se řídí harmonogramem prací zpracovaný vrchní sestrou.* - *Vede pracovníky v sociálních službách / PSS/.* - *Vytváří příznivé podmínky pracovního prostředí, udržuje dobré mezilidské vztahy, spolupracuje s ostatními sestrami a PSS.* - *Je povinna dodržovat zásady BOZP a PO na pracovišti.* - *Plní další pracovní úkoly, kterými je v mezích způsobilosti předepsané pro výkon jejich povolání pověří nadřízený pracovník.*	*2.19.6*

Zpracoval:	*Schválil:*	*Převzal:*
Datum: 1.4. 2009	Datum: 1.4.2009	*Datum: 1.4. 2009*

PŘÍLOHA P VII

Domácí řád DZP

PRAVIDLA PRO POBYT (DOMÁCÍ ŘÁD) po 1. 1. 2008

Pravidla pro pobyt v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince

Obsah pravidel:

1. Obecná ustanovení
2. Ubytování
3. Stravování
4. Hygiena
5. Úschova cenných a jiných věcí
6. Zdravotní a ošetřovatelská péče
7. Dobrovolná pracovní a pracovně výchovná činnost a produktivní práce
8. Vycházky mimo areál Domova
9. Pobyt klientů mimo Domov
10. Návštěvy
11. Doba klidu
12. Poštovní zásilky
13. Škody
14. Podněty a stížnosti
15. Opatření při porušování pravidel pobytu a možnosti vypovězení smlouvy o poskytnutí sociální služby
16. Závěrečná ustanovení
17. Rozsah platnosti

1. Obecná ustanovení

- Tento dokument stanovuje základní pravidla pro pobyt osob, kterým Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince (dále jen „ Domov“) poskytuje sociální služby. Rovněž platí pro zaměstnance Domova, při poskytování služeb, podpory a péče v rámci naplňování základních poslání, cílů a principů zařízení.
- Tato pravidla jsou nedílnou součástí smlouvy o poskytování sociální služby (dále jen „ smlouva“).

2. Ubytování

- Klient je po svém příchodu do Domova ubytován na pokoji. Při ubytování klienta se přihlíží k jeho zdravotnímu stavu, hloubce a rozsahu jeho postižení.
- Věci, které si s sebou klient do Domova přinese, i které mu byly Domovem poskytnuty, jsou označené osobním číslem (na skrytém místě) uloženy na místo k tomu určené (skříň, noční stolek, apod.). Osobní značkou se označují také věci zakoupené, darované nebo poskytnuté klientovi během pobytu v Domově (šatstvo, obuv, prádlo). Soupis osobních věcí a veškerých cenností se provádí za účasti svědků a je řádně evidován v příslušné dokumentaci (šatní lístek, složní list).

- V Domově není dovoleno přechovávat nebezpečné předměty, zbraně, chemikálie,věci hygienicky závadné nebo, věci v nadměrném množství.
- Pro klienty platí zákaz manipulace s otevřeným ohněm, zapalování svíček na pokojích i ve společenských prostorách bez přítomnosti pracovníka.
- V celém areálu Domova platí s ohledem na požární bezpečnost zákaz kouření mimo vyhrazené prostory.
- Vlastní elektrické spotřebiče klient používá pouze za přítomnosti sloužícího personálu. Soukromé elektrospotřebiče podléhají pravidelným revizím (viz. Příloha č. 1).
- Klient je povinen hradit telekomunikační poplatky za ty přístroje (televizor, radiopřijímač), které jsou umístěny na jeho pokoji, jsou tedy v jeho osobním užívání, pokud klient není od tohoto poplatku ze zákona osvobozen. Poplatky za tyto přístroje jsou zahrnuty ve smlouvě o poskytování služby.
- Věci poskytnuté klientům Domovem zůstávají majetkem Domova. Klienti jsou povinni s nimi zacházet šetrně, hospodárně a dbát na to, aby na nich nevznikla škoda, a při ukončení platnosti smlouvy je vrátit ve stavu, který odpovídá délce jejich používání.
- Klient nebo jeho opatrovník má právo v průběhu pobytu požádat o přestěhování na jiný pokoj. K přestěhování je třeba souhlasu klientů, kteří jsou ubytováni na pokoji kam chce být žadatel přestěhován.
  Klienta lze přestěhovat na jiný pokoj i z provozních důvodů. Provozními důvody je myšleno změna zdravotního stavu klienta, nebo uvolnění místa a přijímání nového klienta, který nesplňuje kritérium na oddělení, kde byla kapacita uvolněna. Přestěhování klienta za tímto účelem, je vždy projednáno s klientem, nemusí být souhlas zákonného zástupce nebo opatrovníka, je to v kompetenci vedoucího zařízení. Při přestěhování klienta, který není schopen se vyjádřit, je vedoucí povinen zohlednit zájem klienta tzn., že přestěhování nesmí klienta poškodit.
  Při přemístění v rámci domova musí být sepsán dodatek ke smlouvě o poskytnutí sociální služby.

3. Stravování

- Domov poskytuje celodenní stravování, rozsah odebírané stravy je stanoven smlouvou. Strava v Domově je přizpůsobena svým složením, množstvím a úpravou věku a zdravotnímu stavu klientů. O dietním stravování rozhoduje lékař. Klient nemůže dostávat jiný druh dietní stravy než mu byl doporučen. Pokud klient nedodržuje dietu doporučenou lékařem, je mu klíčovým pracovníkem vysvětleno, že se může zhoršit jeho zdravotní stav. Rozhodnutí zda bude klient dietu dodržovat, je na samotném klientovi.
- Doba podávání stravy v Domově se řídí příslušnými harmonogramy oddělní.
- V Domově je zřízena stravovací komise jejímiž členy mohou být i klienti Domova. Ve své činnosti se komise zaměřuje na vhodnost a kvalitu stravy pro klienty a na úroveň jejich stravování. Ve věci stravování se klienti obracejí především na tuto komisi. Komise se podílí na tvorbě jídelního lístku, který je zpravidla tvořen na dva týdny dopředu.
- Klient má právo stravu neodebrat, dle vnitřních pravidel pro odhlašování stravy.

4. Hygiena

- V Domově pečují klienti o osobní hygienu, o čistotu šatstva, prádla, obuvi a pořádek ve svém pokoji, dle svých schopností a dovedností.
- U klientů, kteří jsou zcela odkázáni na pomoc jiné osoby, provádí hygienu ošetřující personál dle metodických pokynů na jednotlivých odděleních.
- K osobní hygieně klientů patří holení, stříhání a úprava vlasů, stříhání nehtů.

- Osobní prádlo si klienti vyměňují dle potřeby. Klient má možnost odevzdat znečištěné prádlo ihned k vyprání. Praní a žehlení prádla zajišťuje prádelna domova. Vyprané prádlo je vydáváno klientům na oddělení po vyprání a vyžehlení. Klientům, kteří jsou zcela odkázáni na pomoci jiné osoby je prádlo vyměňováno dle potřeby.
- V případě, kdy klient nedodržuje základní hygienické zvyklosti a tím obtěžuje své spolubydlící a okolí je povinen umožnit personálu oddělení provést za jeho přítomnosti a přítomnosti dalšího zaměstnance potřebná opatření (úklid, dezinfekce, vyprání oblečení apod.).
- Poskytovatel služby si vymiňuje povinnost koupání klienta minimálně 1x za týden.

5. Úschova cenných věcí

- Při nástupu nebo také v průběhu pobytu v Domově má klient právo požádat o úschovu cenných věcí (zejména hotové finanční prostředky, vkladní knížky nebo cenné věci).
- Pokud dojde k úschově cenných věcí při nástupu do Domova je to ošetřeno v Dohodě o poskytování sociální služby. Pokud dojde k úschově v průběhu poskytování služby, je to ošetřeno dodatkem ke smlouvě. Dále je postupováno dle Vnitřní směrnice č.1/2006 na úschovu cenností
- Hrozí-li nebezpečí zničení, ztráty nebo vzniku škody věcí uvedených v odstavci 1, které má klient u sebe, převezme pověřený zaměstnanec se souhlasem klienta či zákonného zástupce (případně na jeho žádost např. při hospitalizaci), tyto věci do úschovy Domova. Při převzetí věcí se postupuje podle Směrnice č. 1/2006 na úschovu cenností.
- Domov neodpovídá za cenné věci klienta, které nepřevzal do správy nebo úschovy.

6. Zdravotní a ošetřovatelská péče

- Domov poskytuje klientům nezbytnou zdravotní péči na základě ordinace lékaře a ošetřovatelskou péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu. Potřebu lékařského vyšetření nebo ošetření hlásí klient zdravotnímu personálu, pokud je toho schopen.
- Vlastní úraz nebo úraz jiné osoby, hlásí klient ihned zdravotnímu personálu pokud je toho schopen.
- Klienti jsou povinni podrobit se vstupní lékařské prohlídce, preventivním prohlídkám, povinnému očkování dle vyhlášky č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů (vyhláška č. 478/2002 Sb.,), vyšetření a ošetření v době nemoci nebo úrazu dodržovat léčebný režim, ordinaci lékařů a zdravotnických pracovníků a užívat předepsané léky. Léky podává klientům Domova službu konající sestra.
- Klient u něhož je podezření na infekční onemocnění, bude na základě rozhodnutí lékaře přeložen na infekční oddělení nemocnice.

7. Dobrovolná pracovní a pracovně výchovná činnost a produktivní pracovní činnost

- Dle svých dovedností a schopností se klient může zapojit do drobných domácích činností např. pomoc při denním úklidu svých pokojů (např. větrání přikrývek a polštářů, stlaní postelí a utírání prachu, vysávání, úklid nočních stolků a skříní s osobními věcmi), popřípadě také v jiných společných místnostech a při jiných činnostech ve prospěch ostatních klientů.
- V případě výkonu produktivních prací klientů v provozech Domova zajišťuje zaměstnavatel klientovi pracovně právní náležitosti výkonu těchto prací.
- Domov umožňuje a podporuje pracovní uplatnění klientů běžné společnosti (mimo areál domova).

8. Vycházky mimo areál Domova

- Vycházky mimo areál Domova jsou řešeny příslušným metodických postupem ***„Pravidla pro samostatný pobyt a vycházky klienta mimo areál Domova"***. Účelem pravidel je umožnit klientům samostatný pobyt a vycházky mimo areál domova v rámci obce Kunovice a mimo obec Kunovice, včetně samostatných návštěv rodiny, přátel, vč. samostatného využívání individuálních a hromadných dopravních prostředků.
- Při nařízení karantény hygienickou službou se zakazuje vzájemné navštěvování a klient je povinen dodržet zákaz vycházek i návštěv a omezit vzájemné návštěvy v rámci Domova. Písemný zákaz bude vždy uveřejněn na hlavních dveřích a klienti o něm budou vhodnou formou informováni.

9. Pobyt klientů mimo domov

- V případě přání klienta, jeho zákonného zástupce nebo osob blízkých má právo klient pobývat mimo Domov.
- Předem oznámený pobyt mimo Domov je evidován v denním hlášení na příslušném oddělení, dále na tiskopisu „ Zápis o předání klienta do přechodné péče". Za evidenci zodpovídá službukonající pracovník příslušného oddělení. Pracovník zdravotního úseku dále vypisuje „ Denní přehled o stravování".
- Pravidla oznamování a podmínky pobytu klientů na delší pobyt mimo domov, jsou upravena postupem „Předání klienta do přechodné péče".

10. Návštěvy

- Klienti mohou přijímat návštěvy v denní době neomezeně. Jen při mimořádných událostech mohou být návštěvy omezeny nebo zakázány, a to na podkladě rozhodnutí orgánu hygienické služby.
- Klienti přijímají návštěvy v prostorách Domova. Návštěvy se vždy ohlásí u službu konajícího pracovníka oddělení.
- Návštěvy nesmí rušit klid a pořádek v Domově, musí také respektovat soukromí spolubydlících klientů, k případným návštěvám ve večerních hodinách využívají společné prostory. V Domově nelze návštěvám poskytnout ubytování.

11. Doba klidu v Domově

- Doba nočního klidu je stanovena od 22,00 do 7,OO hodin.
- V době nočního klidu nesmí být klienti rušeni s výjimkou nutnosti podávání léků nebo poskytnutí nutné ošetřovatelské nebo lékařské péče.

12. Poštovní zásilky

- Obyčejné poštovní zásilky a balíky předává doručovatelka do kanceláře Domova a sociální pracovnice nebo účetní je neprodleně klientům předá.
- Doporučené zásilky přebírá účetní nebo opatrovník klienta.
- Peněžní zásilky (poštovní poukázky) – doručovatelka předá poštovní poukázku účetní a opatrovník klienta vyzvedne finanční hotovost na poště.

13. Škody

- Klient odpovídá za škodu jím způsobenou Domovu v rozsahu nákladů vynaložených na odstranění způsobené škody.
- Klient odpovídá za škodu způsobenou jinému klientovi.
- Způsobí-li škodu více klientů, odpovídají za ní podle své účasti.
- O míře zavinění a možné náhradě škody, rozhodne komise sestavená dle návrhu vedoucí Domova (škodní komise).

14. Podněty a stížnosti

- Pravidla pro podávání podnětů a stížností týkajících se poskytování služby jsou řešeny Vnitřní směrnicí č. 1/2007.
- Odpovědným zpracovatelem podnětů a stížností je sociální pracovník. Vede knihu evidence stížností, ve které eviduje, kdy byla stížnost podána, kým, jakým způsobem (písemně, ústně), co bylo obsahem stížnosti, kdo a jakým způsobem stížnost vyřizoval, doba, kdy byla stížnost vyřízena.
- Vedoucí pracovníci pravidelně informují klienty o možnostech a způsobech podávání podnětů a stížností. Pověření pracovníci – klíčoví pracovníci klientů jsou povinni zajistit zprostředkování podávání podnětů a stížností klientům.
- Vedení Domova pravidelně kontroluje a vyhodnocuje podněty a stížnosti, vč. Uveřejňování statistiky těchto v rámci výročních zpráv.

15. Opatření při porušování pravidel pobytu v Domově a možnosti vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby.

- Klient a jeho zákonný zástupce jsou obeznámeni s Domácím řádem před podpisem Smlouvy o poskytnutí sociální služby. Svým podpisem pak stvrzují, že porušování těchto pravidel může být důvodem k vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby.
- Klient je povinen dodržovat Domácí řád.
- Jestliže klient hrubým způsobem, opakovaně nebo soustavně porušuje Domácí řád a ani za použití opatření zvýšené individuální výchovné péče a podpory klientovi není docíleno nápravy, je klient a zákonný zástupce písemně upozorněn na možnost vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby ze strany Domova v případě, že během následujících 6 měsíců od tohoto upozornění dojde k následnému porušení Domácího řádu. Upozornění musí obsahovat výčet konkrétních porušení (záznamy poskytovatele) a přehled opatření zvýšené individuální výchovné péče a podpory klientovi, za kterých nebylo docíleno nápravy.
- Vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby ze strany Domova z důvodu následného porušování Domácího řádu musí obsahovat výčet konkrétních následných porušení (záznamy poskytovatele) a přehled opatření zvýšené individuální výchovné péče a podpory klientovi, za kterých nebylo docíleno nápravy.
- Při vypovězení Smlouvy o poskytnutí služby a ukončení pobytu v Domově je pak postupováno v souladu se smlouvou a obecně závaznými platnými právními předpisy.

16. Závěrečná ustanovení

- Klient a jeho zákonný zástupce jsou s Domácím řádem seznámen před uzavřením smlouvy. Klient je dále průběžně a opakovaně v rámci poskytování individuální výchovné péče a podpory v Domově seznamován s Domácím řádem.
- Domácí řád je volně k dispozici u hlavního vchodu do budovy. Tímto se ke dni 31.12.2007 ruší platnost Domácího řádu vydaného dne 29.12. 2006.
- Vedoucí Domova zodpovídá za zveřejnění Domácího řádu na přístupném místě a za seznámení s jeho obsahem všech pracovníků.

17. Rozsah platnosti pravidel

- Domácí řád je účinný pro klienty služeb od 1.1.2008 s výjimkou ustanovení vztahujících se k uzavřené smlouvě. Tato ustanovení nabývají účinnosti pro klienty dnem účinnosti uzavření smlouvy.
- Domácí řád pozbývá pro klienty účinnosti dnem pozbytí platnosti smlouvy.

Domácí řád schválila: Eva Kyseláková,
vedoucí Domova pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Na Bělince

Dne: 28. 11. 2007

Sociální služby Uherské Hradiště, p.o.
Domov pro osoby se zdravotním postižením
Kunovice - Na Bělince 1432 -1-
686 04 KUNOVICE IČO: 00992096
Tel./fax: 572 549 411, Tel.: 572 548 843

PŘÍLOHA P VIII

Harmonogram práce PSS

Harmonogram práce PSP – odd. I DZP Na Bělince - Kunovice

7.00 – 8.45 Převzetí hlášení . Ranní hygiena, koupání klientů dle potřeby. Příprava a podání snídaně .

8.45- 9.00 Přestávka

9.00 – 11.15 Úklid po snídaní, provádění vedlejších ordinací. PO-ST- PÁ celková koupel klientů /výměna ložního a osobního prádla dle potřeby/, třídění špinavého prádla do košů k tomu určených – odvoz do prádelny. ÚT-ČT-SO dezinfekce celého oddělení. Individuální práce s klienty – plnění osobních cílů klientů. Prvky bazální stimulace, vycházka mimo Domov, perličkové koupele.

11.15 - 12.00 Oběd zaměstnanců / zaměstnanci se postupně vystřídají/.

12.15– 13.30 Příprava a podání oběda , úklid po obědě.

13.30 -14.30 Osobní hygiena dle potřeby. Třídění a ukládání čistého prádla.

14.30- 16.45 Individuální práce s klienty – plnění osobních cílů. Polohování klientů, prvky bazální stimulace, pobyt na zahradě a terase, v letním období koupání v bazénu, vycházky mimo Domov. Příprava a podání svačiny. Práce s ošetřovatelskou dokumentací.

16.45- 17.00 Přestávka zaměstnanců

17.00- 19.00 Příprava klientů k večeři. Příprava a podání večeře, úklid po večeři. Večerní hygiena klientů. Odvoz špinavého prádla.

Při ranní službě od 7.00-14.00 hodin platí jen polední přestávka na oběd.
Při odpolední službě od 14.00 – 19.00 hodin platí odpolední přestávka od 16.30 – 17.00 hodin.

Noční služba ukládá klienty ke spánku , kontroluje klienty a veškeré změny zdravotního stavu a chování hlásí sestře konající službu. Pracuje dle harmonogramu příslušného oddělení, pracuje na PC/ účty, osobní plány, činnosti…/. Provádí drobné opravy a označení prádla klientů.

PŘÍLOHA P IX
Harmonogram práce SZP

Harmonogram práce sester – DZP Na Bělince - Kunovice

5.30 - 7.00 Zavedení NS sond, příprava a podání EV sondovaným klientům. Odběry biolog. materiálu dle potřeby

7.00 – 7.15 Převzetí hlášení služeb / ústní i písemné / na všech odd.

7.15 - 8..45 Ranní hygiena klientů, příprava a podání snídaně, podání ordinované ranní medikace na všech odděleních, výměna tracheotomickým kanyl.
8.45 –9.00 Přestávka

9.00 – 11.15 Odsávání dle potřeby, péče o stomie, výměna stomie, příprava a podání EV, ošetřovatelská RHB, sledování FF, poklepové masáže Individuální práce s klienty – plnění osobních cílů klientů. Prvky bazální stimulace.
PO- ST- PÁ celková koupel klientů, zvláštní péče o dutinu ústní.
Práce na PC - zápis výkonů.

11.15-12.00 Oběd zaměstnanců / zaměstnanci se postupně vystřídají /.

12.00–13.30 Příprava a podání EV, podání polední ordinované medikace na všech odděleních.

13.30-15.00 Osobní hygiena klientů dle potřeby, polohování, ošetřovatelská RHB, prvky bazální stimulace, příprava léků do lékovek, sledování FF. Zápis do oš. dokumentace.

15.00-15.45 Příprava a podání EV.

15.45 –16.45 Individuální práce s klienty – plnění osobních cílů klientů. RHB, BS, poklepové masáže. Odborné kožní ordinace, bilance tekutin.
Práce na PC – zápis výkonů.

16.45–17.00 Přestávka

17.00–19.00 Příprava klientů k večeři, p podání večerní ordinované medikace na všech odděleních, měření FF, odsávání dle potřeby, mech. očista a následná dezinfekce stříkaček a odsávačky. Předání ústního a písemného hlášení noční službě.

Při ranní službě od 7.00-14.00 hodin platí jen polední přestávka na oběd.
Při odpolední službě od 14.00- 19.00 hodin platí odpolední přestávka od 16.30 -17.00 hodin

Sestra na noční službě připravuje a podává EV, léky a Antibiotika dle ordinace lékaře. Co dvě hodiny kontroluje klienty mimo IV. oddělení, o provedených kontrolách provádí zápis do HLÁŠENÍ SLUŽEB.Odsává klienty dle potřeby, při zhoršení zdrav. stavu volá lékařskou pomoc. Pracuje na PC –(zápis výkonů, os.plány, činnosti, terapie…). Provádí úklid stříkaček a odsávačky po dezinfekci, úklid lékáren a kontroluje exspirace léčiv.

PŘÍLOHA P X

Žádosti o umožnění dotazníkového šetření

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Barbora Řeháková
Téma bakalářské práce	Edukace pracovníků pečujících o vážně tělesně a duševně postižené
Skupina respondentů	Pracovníci DZP v přímé obslužné péči
Pracoviště	DZP Staré Město

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 2. 3. 2011

.....
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Sociální služby Uherské Hradiště
příspěvková organizace, IČ 092096
DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAV. POSTIŽENÍM
Kopánky 2052, 686 03 Staré Město
tel.: 572 544 028-029, 737 619 069

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Barbora Řeháková
Téma bakalářské práce	Edukace pracovníků pečujících o vážně tělesně a duševně postižené
Skupina respondentů	Pracovníci DZP v přímé obslužné péči
Pracoviště	DZP Kunovice Cihlářská

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 2. 3. 2011

.....

Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Sociální služby Uherské Hradiště,
příspěvková organizace, IČ 00 [illegible]
Domov pro osoby se zdravotním postižením
Domov seniorů
Cihlářská 526, 686 04 Kunovice
tel.: 572 548 812

.....

razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail:klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Barbora Řeháková
Téma bakalářské práce	Edukace pracovníků pečujících o vážně tělesně a duševně postižené
Skupina respondentů	Pracovníci DZP v přímé obslužné péči
Pracoviště	DZP Medlovice

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 2. 3. 2011

.....
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

Sociální služby, Uherské Hradiště
příspěvková organizace, IČ 09[illegible]96
Domov pro osoby se zdravotním postižením
687 41 Medlovice, tel/fax 572 594 729

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail:klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedený student realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra.

Jméno a příjmení studenta	Barbora Řeháková
Téma bakalářské práce	Edukace pracovníků pečujících o vážně tělesně a duševně postižené
Skupina respondentů	Pracovníci DZP v přímé obslužné péči
Pracoviště	DZP Velehrad Salašská

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Ústav ošetřovatelství
760 01 ZLÍN

Ve Zlíně dne 2. 3. 2011

.....
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka Ústavu ošetřovatelství

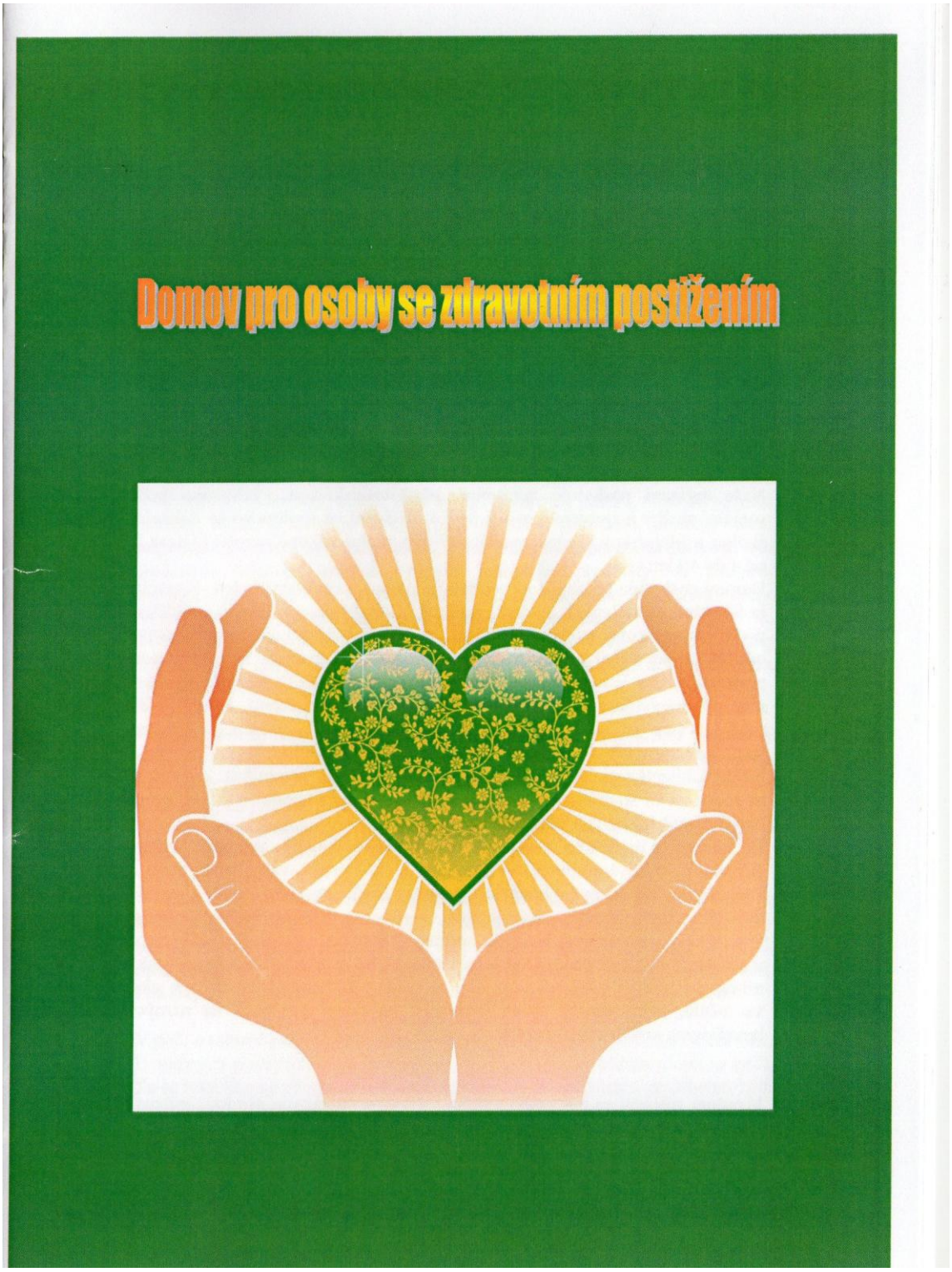
Sociální služby Uherské Hradiště,
příspěvková organizace, IČO 092096
Domov pro osoby se zdravotním postižením
687 06 VELEHRAD č. 61

.....
razítko a podpis zástupce zařízení

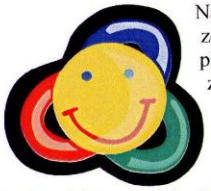
Vyřizuje: Mgr. Dana Klimešová
tel: +420 577 008 137, e-mail:klimesova@fhs.utb.cz, izs@fhs.utb.cz

PŘÍLOHA P XI

Brožura pro nové zaměstnance



PŘEDSTAVUJEME SE



Naše zařízení nese název Domov pro osoby se zdravotním postižením (DZP). Jsme zařízením příspěvkové organizace SSL Uherské Hradiště, zřizované Zlínským krajem.

Naší cílovou skupinou jsou klienti od 3 let věku, s různým mentálním a zdravotním postižením. Přijímáme také klienty s poruchou výživy, kteří přijímají stravu sondou a klienty s tracheostomiemi (chirurgické vyústění průdušnice navenek).

Služby naopak neposkytujeme klientům se smyslovou vadou, poruchami chování a agresivními projevy, klientům s psychiatrickými diagnózami a klientům vyžadujícími osobní asistenci.

Naše zařízení poskytuje zdravotní, ošetřovatelskou a výchovnou péči, sociální služby a zprostředkovává také vzdělávání ve spolupráci se Základní školou a Mateřskou školou speciální. Momentální věkové rozpětí klientů je od 4 do 40 let.

Domov poskytuje týdenní (od pondělí do pátku) a celoroční pobyt. Kapacita je 63 lůžek, rozdělených do čtyř oddělení. Klienti jsou rozděleni na oddělení podle závažnosti svého postižení a podle náročnosti poskytované ošetřovatelské péče. Klienti s těžkým postižením jsou zcela závislí na péči personálu. Péče je náročná jak fyzicky tak i psychicky. Na jednom oddělení nám při manipulaci s těmito klienty pomáhá zvedací zařízení. Klienti bydlí ve 2,3 a více lůžkových pokojích. Sociální zařízení je společné. Výjimkou jsou 3 pokoje v půdní vestavbě určené pro nejsoběstačnější klienty.

Některé klientky navštěvují terapeutické dílny (tkaní, keramika). Zúčastňují se sportovních soutěží a jiných akcí v rámci našeho regionu. Některé z nich chodí pomáhat i na jiná oddělení.

U klientů s nejtěžším postižením používáme hlavně metodu bazální stimulace, využíváme množství pomůcek k polohování, vaky, trampolínu… Provádíme perličkové koupele, klienti mají možnost chodit cvičit do tělocvičny, v létě se využívá venkovní bazén. Někteří klienti (i s těžkým postižením) jezdí na ozdravné pobyty, a to buď u nás, nebo v zahraničí. Někteří mají raději letní tábory. Klienti chodí také na procházky mimo zařízení či pobývají přes léto na terase. Zúčastňují se různých akcí ve městě, nebo naopak ty nejšikovnější se sami prezentují na různých besídkách a jiných vystoupeních.

V našem zařízení se nejčastěji setkáte s dětskou mozkovou obrnou, epilepsií a mentální retardací, proto jim věnujeme následující stránky.

DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

Je to onemocnění, které není nakažlivé, ale ani vyléčitelné. Lidé s touto diagnózou se dožívají dospělého věku i stáří. Jeho podstatou je porucha hybnosti vzniklá následkem poškození mozku.

Toto onemocnění se u každého může projevovat jinak. Poruchou hybnosti mohou být postiženy pouze dolní končetiny, nebo horní končetiny, pravá strana, levá strana, dvě končetiny nebo až všechny čtyři končetiny. Také stupeň omezení hybnosti je různý. Někdo je skoro soběstačný a někdo je naopak zcela odkázán na péči personálu.

Časté jsou problémy s jemnou motorikou (psaní, stříhání nůžkami), s udržením rovnováhy, chůzí, dále bývají deformity páteře, nesoustředěnost, střídání nálad, přidružuje se epilepsie, mentální retardace, poruchy učení, neprospívání, poruchy zraku, sluchu, řeči. Také bývá porušena citlivost. Dítě nedovede hmatem správně rozeznat jednotlivé předměty. Je zhoršené vnímání prostoru, čili uvědomování si prostorového rozložení svého vlastního těla a jeho částí. Růst dětí s DMO je zpomalen.

Děti také mohou mít potíže s příjmem potravy, jelikož chybí některé reflexy důležité pro příjem stravy - je porušeno sání, polykání, děti nedokážou žvýkat. S poruchou polykání souvisí i nadměrné slinění.

Onemocnění se dělí na různé formy. Základní dělení je na formu spastickou nebo nespastickou. Spastická forma se projevuje křečovitostí, ztuhlostí svalů, končetiny jsou v kloubech nehybné, může být nápadný záklon hlavy. Jedinec není schopen provádět cílené pohyby, objevuje se třes.

Naopak u nespastických forem DMO je snížení svalového napětí. Dítě je chabé, připomíná hadrovou panenku.

V léčbě DMO je nejdůležitější rehabilitace. Je velké množství metod, ale je třeba je vybírat tak, aby dítě nebylo přetěžováno a aby mu tyto aktivity byly pokud možno příjemné. Používají se perličkové koupele, cvičení na míči, muzikoterapie, modelování z hlíny, kreslení tužkou, prstovými barvami. Pro zlepšení vnímání vlastního těla využíváme metodu bazální stimulace.

V péči o takové jedince je důležité podporovat co nejvíce jejich soběstačnost. U vážných postižení je péče orientována převážně na ošetřovatelskou péči. Ta se týká hlavně prevence dekubitů. Klienty je potřeba často polohovat, kůži udržovat v suchu, čistotě, promašťovat ji, využívat antidekubitní pomůcky. Kvůli nedostatku pohybu trpí klienti často zácpou.

MENTÁLNÍ RETARDACE (MR)

Za mentálně retardované se považují takoví jedinci, kteří zaostávají ve vývoji rozumových schopností, mají odlišný vývoj některých osobních vlastností a projevují se u nich problémy s navazováním sociálních kontaktů.
Mentální retardace zasahuje do všech oblastí života jedince. Její projevy jsou závislé od stupně mentální retardace. U mentálně retardovaných je silná potřeba citové jistoty a bezpečí.

U lehčího postižení dochází jen k mírnému opoždění ve vývoji. Může být postižena řeč, jemná a hrubá motorika, je omezeno logické myšlení, bývá slabší paměť, jedinci jsou impulzivní, úzkostní. Lehké postižení je nejpočetnější skupinou mentální retardace.
S dalšími stupni se projevy retardace stále stupňují. Dochází ke snížení sebeobsluhy, emoční labilitě, pohybové neobratnosti. Tito jedinci už potřebují celoživotní péči.

U závažného postižení jedinci neudrží tělesnou čistotu. Jsou zcela odkázání na péči jiné osoby. Pohybově jsou těžce omezení, většinou leží, jsou krmeni, dochází k postižení sluchu, zraku, mohou chápat jednoduché požadavky, ale řeč je nerozvinuta, okolí nepoznávají. Jejich vývojová úroveň je na úrovni kojenců, eventuelně batolat. Objevují se u nich nejrůznější pohybové automatismy, nebo jsou naopak zcela pasivní, apatičtí. Tito klienti reagují citlivě na dotyk a zvuky, hlavně na emoční tón hlasu. Spokojenost dávají najevo úsměvem a nespokojenost napětím a pláčem.

U klientů s mentální retardací je důležitá zvýšená výchovná péče. To znamená neustále podporovat jejich duševní vývoj. Člověk s mentálním postižením nemá být nečinný. Musíme se ale přizpůsobit jeho tempu a vyhnout se spěchu a přetěžování. Požadavky je třeba postupně zvyšovat.

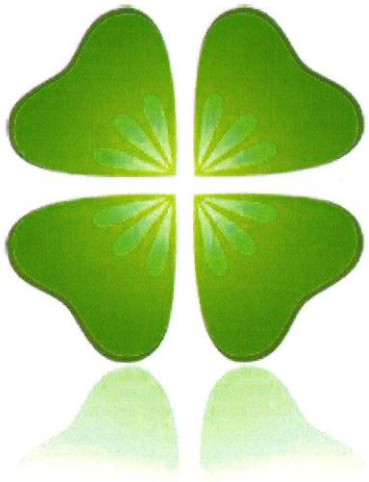
EPILEPSIE

Podstatou nemoci jsou záchvaty způsobené náhlou přechodnou poruchou činnosti mozku. Výskyt epilepsie u DMO záleží na typu DMO. U některých typů DMO se epilepsie nevyskytuje vůbec, nebo velmi zřídka a naopak u jiného typu je její výskyt téměř pravidlem.
Epilepsie se projevuje různými typy záchvatů. Ty vznikají buď spontánně, nebo jsou vyvolány různými okolnostmi. Záchvat může vyvolat nedostatek spánku, horečka, vyčerpání, některé léky, alkohol. Nebezpečná je také určitá frekvence blikání (televize). Záchvaty mohou být i různě dlouhé (několik sekund, minut až hodin).
U záchvatu může a nemusí dojít k poruše vědomí. Záchvat může začínat výkřikem, u dětí pláčem. Většinou se projevuje samovolnými záškuby obličeje, končetiny nebo jedné poloviny těla.
Jiný typ záchvatu se projeví křečí celého těla, pěnou u úst, křečí všech končetin, modrofialovým zbarvením kůže, hrozí pokousání jazyka. Člověk se může pokálet, pomočit, nebo může dojít k zapadnutí jazyka a dušení. Tento typ záchvatu vypadá velmi hrozivě, ale není životu nebezpečný. Nebezpečné je, když dojde k pádu na zem. Klient může při záchvatu prožívat strach, smutek, zlost. Záchvat si buď pamatuje, nebo nepamatuje. Po odeznění záchvatu bývají zejména děti ještě po určitou dobu zmatené, dezorientované, spavé, může je bolet hlava. Probírání ze záchvatu probíhá postupně a může trvat minuty až desátky minut.
Dalším typem záchvatu je tzv. zahledění. Je častý zejména u dětí. Dítě na několik sekund ztratí kontakt s okolím, strnule hledí, nereaguje, může stočit oči vzhůru, zbledne, zrudne. Někdy je záchvat tak rychlý, že ho nemusíme vůbec zaznamenat. Může se opakovat několikrát za den. Po odeznění záchvatu dítě pokračuje v přerušené činnosti.

Cílem léčby u epilepsie je snížení záchvatů. Důležitý je pravidelný režim (pravidelná doba spánku a bdění), zákaz alkoholu. Není vhodné spát přes den. Škodí i hlučné a teplé prostředí, nadměrné slunění, namáhavá tělesná činnost. Televize se dnes již nezakazuje, ale je lépe její sledování omezit na minimum. Léky je třeba brát pravidelně a po jídle. U každého záchvatu je třeba sledovat jeho průběh a zaznamenat ho do dokumentace.

První pomoc při záchvatu

Postiženého uložit do vodorovné polohy. Z dosahu postiženého odstranit všechny předměty, o které by se mohl poranit. Nebránit mu v pohybu. Do úst nic nevkládat. Je možné podat Diazepam Desitin rectal tube. Gramáž (10 mg, 5 mg) se určuje podle hmotnosti postižené



Pokud máte zájem o další informace, tak je lze získat v dalších našich brožurkách, standardech sociálních služeb, či v doporučené literatuře.

Literatura:

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika.* Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

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

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace.* Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

Vytvořila:Barbora Řeháková, 2011,e-mail: rehak.hluk@centrum.cz

PŘÍLOHA P XII

Dotazník

Dobrý den,
jmenuji se Barbora Řeháková a studuji bakalářské studium v oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáši Bati ve Zlíně. Touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění mého dotazníku, který potřebuji k vypracování své bakalářské práce.
Dotazník je zcela anonymní. Vybrané odpovědi zakroužkujte.

1. Jaký je Váš věk?
a) do 20 let
b) 21- 30 let
c) 31- 40 let
d) 41- 50 let
e) 51 a více let

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
a) základní
b) středoškolské s vyučením
c) středoškolské s maturitou
d) vyšší odborné
e) vysokoškolské

3. Jaké je Vaše pracovní zařazení?
a) SZP
b) PSS
c) jiné

4. Vykonávala jste někdy před nástupem do DZP (ÚSP) práci (i brigáda, praxe v rámci studia, rekvalifikačního kurzu…) v příbuzném oboru (domov pro seniory, osobní asistent, nemocnice, charita, pečovatelská služba)?
a) ano
b) ne

5. Pokud ano, kde? (můžete označit i více možností)
a) nemocnice
b) pečovatelská služba
c) domov pro seniory
d) osobní asistent
e) jiné (vypište)

6. Jaká je Vaše délka praxe v sociálních službách?
a) 0 - 5 let
b) 6 - 10 let
c) 11 - 20 let
d) 21 - 30 let
e) 31 a více let

7. Měla jste před nástupem do DZP (ÚSP) zkušenost s péčí o člověka s postižením?
a) ano
b) ne
8. Pokud ano, bylo to v rámci (můžete označit i více možností)
a) rodiny
b) přátel
c) zaměstnání
d) jiné (uveďte)

9. Absolvovala jste před nástupem do DZP (ÚSP) akreditovaný kvalifikační kurz - pracovník v sociálních službách, přímá obslužná péče nebo kurz pro pomocné zdravotnické pracovníky? (otázka se netýká SZP)
a) ano
b) ne
c) jiná možnost

10. Jak je to dlouho, co jste takový kurz absolvovala? (otázka se netýká SZP)
a) maximálně 1 rok
b) 1-5 let
c) 6-10 let
d) více jak 10 let

11. Bylo Vám při nástupu, či krátce po něm, podáno dostatek informací ohledně Vaší práce (péče o klienty s postižením, způsob komunikace, druhy postižení…)?
a) ano, informací bylo hodně
b) ano, informací bylo přiměřeně
c) ne, informací mohlo být víc
d) ne, informací bylo velmi málo

12. Absolvovala jste kurz bazální stimulace?
a) ano
b) ne

13. Kolika jiných vzdělávacích akcí jste se zúčastnila v období posledních dvou let?
a) žádné
b) 1-5
c) 6-10
d) více jak 10

14. Máte zájem o získávání informací týkajících se Vaší práce?
a) ano
b) ne

15. Největší zájem máte o informace z jaké oblasti? (můžete označit i více možností)
a) medicínské informace
b) ošetřovatelská péče
c) rehabilitace
d) bazální stimulace
e) výchova
f) zdravotnické právo

g) sociální oblast
h) jiné (uveďte)

16. Jakým způsobem získáváte odborné informace? (můžete označit i více možností)
a) odborné knihy
b) internet
c) odborné časopisy
d) kurzy, přednášky
e) jiné (vypište)

17. Uveďte, zda jste vyhledávala informace na internetu. Pokud ano, napište konkrétně, o jaké informace šlo.
a) ano
b) ne

18. Víte pod jakými hesly, nebo v jakém oboru najdete informace v odborné literatuře?
a) ano, vím
b) myslím si, že vím
c) nejsem si jistá
d) ne, nevím

19. Podnětem k získávání nových informací je u Vás
a) Vaše vlastní aktivita
b) nabídka zaměstnavatele
c) požadavek zaměstnavatele (celoživotní vzdělávání…)
d) doporučení kolegů
e) jiné (uveďte)

20. Uveďte příklady vzdělávacích aktivit, které jste absolvovala ze zájmu
a) svého
b) zaměstnavatele
Uveďte konkrétní příklady.

21. Pokud získáte nové poznatky, máte snahu je předat ostatním a používat je v praxi?
a) ano, vždy
b) ano, někdy
c) ne, nikdy

22. Jaké možnosti poskytuje vaše zařízení při získávání nových informací? (můžete označit i více možností)
a) odborné časopisy
b) odborná literatura
c) DVD
d) pořádání vzdělávacích akcí
e) jiné (uveďte)

Děkuji za vyplnění dotazníku