

# **Vybrané ukazatele životního stylu uživatelů pobytové sociální služby**

Mgr. Michaela Ungerová

---

Bakalářská práce  
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Michaela UNGEROVÁ**  
Osobní číslo: **H080178**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Vybrané ukazatele životního stylu uživatelů  
pobytové sociální služby**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**  
**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti poskytování sociálních a služeb a specifikace potřeb lidí se zdravotním handicapem.**  
**Příprava metodiky výzkumné části.**  
**Realizace kvantitativního výzkumu v pobytových zařízeních sociálních služeb.**  
**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**  
**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**CHRÁSKA, M. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.**

**KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných služeb. 1. vyd. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2008. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.**

**MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. 1. vyd. Praha: Potál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.**

**MACHOVÁ, J, KUBÁTOVÁ, D. Výchova ke zdraví. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 291 s. ISBN 978-80-247-2715-8.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Datum zadání bakalářské práce:

**25. ledna 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**6. května 2011**

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*



Mgr. Soňa Vávrová, 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<sup>1)</sup>;
- 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<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> 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<sup>3)</sup> 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 29.4.2011



.....

<sup>1)</sup> 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 nevydělečně 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 užit 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**

Předkládaná bakalářská práce se věnuje vybraným ukazatelům životního stylu uživatelů pobytové sociální služby, kteří celoročně žijí v pobytových zařízeních sociálních služeb Zlínského kraje. V teoretické části jsou nastíněna současná problematika poskytování sociálních služeb, rizika spojená s dlouhodobým pobytem v ústavních zařízeních, cílová skupina uživatelů pobytových sociálních služeb, specifika potřeb hendikepovaných, životní styl uživatelů a terapeutické možnosti trávení volného času. V praktické části je popsáno kvantitativní výzkumné šetření - dotazníkové šetření zaměřené na vybrané ukazatele životního stylu uživatelů pobytových sociálních služeb. Zkoumán je podíl uživatelů na rozhodování o způsobu stravování a bydlení, způsob trávení volného času, též možnosti pracovní terapie.

Klíčová slova:

sociální péče, pobytová sociální služba, lidé se zdravotním postižením, kvalita života, životní styl, volný čas, pracovní a rehabilitační terapie.

## **ABSTRACT**

My presented bachelor work goes in for a select indicators of the lifestyle of users in residential social services who live year-round in the residential facilities of social services in region Zlín. The theoretical part outlines contemporary problems in providing social services, risks connected with a long term residence in social facilities, the target group of users in residential social services, special needs of handicapped, the lifestyle users and therapeutic possibilities of spending free time. The practical part describes a quantitative research – a questionnaire investigation aimed to select indicators of lifestyle of users in residential social services. It examined the proportion of users in decisions about the way of catering and housing, the way of free time spending as well as the possibility of occupational therapy.

Keywords:

a social care, a residential social service, people with a health disability, a quality of life, a lifestyle, free time, a work therapy and a rehabilitation therapy.

MOTTO:

*„ Málo se dosud ví o ústavní péči, která zatím připomíná spíše zakletou krajinu, do níž se jen málokdo odvažuje vstoupit. “*

Iva Švarcová (2000)

Děkuji vážené paní doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky, podněty a čas věnovaný vedení této bakalářské práce. Také děkuji za spolupráci všem respondentům a pracovníkům sociálních služeb, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření.

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



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ PÉČE</b> .....	<b>14</b>
1.1 HISTORIE SOCIÁLNÍ PÉČE .....	14
1.1.1 Od středověku do socialismu .....	14
1.1.2 Vývoj po roce 1989 .....	16
1.2 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO LIDI S POSTIŽENÍM .....	16
1.2.1 Historie ústavní péče .....	16
1.2.2 Současné trendy v poskytování pobytových sociálních služeb .....	18
1.2.3 Funkce ústavní péče .....	19
1.2.4 Rizika ústavní péče .....	19
1.2.5 Standardy kvality sociálních služeb .....	22
1.2.6 Individuální plánování sociální služby .....	22
<b>2 CÍLOVÁ SKUPINA POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b> .....	<b>23</b>
2.1 LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	23
2.1.1 Mentální postižení .....	23
2.1.2 Fyzické postižení .....	24
2.1.3 Kombinované postižení .....	25
2.2 SENIOŘI .....	26
<b>3 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>28</b>
3.1 DEFINICE ZDRAVÍ A NEMOCI .....	28
3.2 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA .....	28
3.3 KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S HENDIKEPEM .....	30
3.4 CHOVÁNÍ A POTŘEBY LIDÍ S HENDIKEPEM .....	31
3.4.1 Základní, fyziologické potřeby .....	31
3.4.2 Potřeba bezpečí .....	31
3.4.3 Sociální potřeby .....	32
3.4.4 Potřeba autonomie .....	32
3.4.5 Potřeba seberealizace, rozvoje vlastní činnosti, nalezení smyslu života .....	32
3.5 ŽIVOTNÍ STYL LIDÍ ŽIJÍCÍCH V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	32
3.5.1 Životní styl .....	32
3.5.2 Volný čas .....	33
3.5.3 Arteterapie .....	33
3.5.4 Dramaterapie .....	34
3.5.5 Muzikoterapie .....	34
3.5.6 Taneční a pohybová terapie .....	35
3.5.7 Ergoterapie - pracovní terapie .....	35
3.5.8 Rehabilitační terapie .....	36
3.5.9 Zooterapie .....	36
3.5.10 Snoezlen terapie – multismyslová terapie .....	38
3.5.11 Reminiscenční terapie .....	39

<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>40</b>
<b>4</b>	<b>VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>41</b>
4.1	VYTYČENÉ CÍLE.....	41
4.2	STANOVENÉ HYPOTÉZY .....	41
4.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	42
4.4	VOLBA DRUHU VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A METODY .....	43
4.5	PRŮBĚH SBĚRU A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	43
4.6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	43
4.6.1	Respondenti.....	44
4.6.2	Vyhodnocení dotazníkového šetření dle jednotlivých dílčích cílů.....	46
4.6.3	Stanovisko k hypotézám.....	102
4.6.4	Závěry výzkumného šetření .....	104
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>106</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>108</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>112</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>113</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>115</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>117</b>

## ÚVOD

Současným trendem v sociální práci je zvyšování a zlepšování kvality života uživatelů sociálních služeb. Právo lidí s hendikepem využívajících sociální služby na plnohodnotný, kvalitní a aktivní život ve společnosti je v posledních letech monitorováno a kontrolováno pomocí tzv. standardů kvality sociálních služeb, jejichž dodržování je od počátku roku 2007 uzákoněno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Služba, poskytovaná na principech partnerství, vzájemného respektu, důvěry, úcty, autonomie uživatele sociální služby, respektu k jeho právům a účast na procesu rozhodování, ovlivňuje kvalitu jeho života. Ke každému uživateli sociálních služeb by mělo být přistupováno individuálně, s empatií a pochopením. V rámci plánování poskytované služby je pak stanovována individuální míra podpory, tak aby uživatelé sociálních služeb zůstali rovnocennými členy společnosti a nestali se postupně závislí na poskytovaných sociálních službách. Právě u rezidenčních pobytových služeb jsou tyto principy a cíle dosahovány nejobtížněji.

V této bakalářské práci jsem se pokusila zmapovat vybrané ukazatele životního stylu lidí žijících v pobytových sociálních službách, možnost seberealizace a seberozvíjení pomocí nabízených volnočasových, pracovních a sportovních aktivit, dále pak podíl uživatelů sociálních služeb na rozhodování o svém stravování, bydlení a trávení volného času.

V teoretické části jsem stručně nastínila historii sociální péče, současné trendy v poskytování sociálních pobytových služeb, funkci pobytových služeb a s tím spojená rizika, která ovlivňují kvalitu života jejich uživatelů, charakterizovala jsem cílovou skupinu využívající pobytových sociálních služeb. Dále jsem se věnovala kvalitě života lidí s hendikepem, životnímu stylu charakteristickému pro pobytová zařízení. Uvedla jsem specifika volného času v pobytových zařízeních a spektrum terapií, které podporují rozvoj potenciálu a dosažení co nejvyšší možné úrovně soběstačnosti a nezávislosti, podporují rozvoj osobního potenciálu uživatelů pobytových sociálních služeb.

V praktické části jsem pomocí dotazníkového šetření zkoumala podíl uživatelů služeb na rozhodování o svém stravování, bydlení a trávení volného času, šíři nabídky volnočasových, pracovních, rehabilitačních a sportovních aktivit a jejich využívání uživateli pobytových sociálních služeb Zlínského kraje.

Ve své práci jsem chtěla zúročit 10 let své praxe v pobytových sociálních službách, kde jsem pracovala na sociálně výchovném úseku a mojí hlavní pracovní náplní bylo organizování volnočasových aktivit uživatelů sociálních služeb v návaznosti na individuální plánování sociálních služeb jednotlivých uživatelů.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SOCIÁLNÍ PÉČE

## 1.1 Historie sociální péče

### 1.1.1 Od středověku do socialismu

Každá společnost si vytváří vlastní filozofii a systém intervencí v oblasti zabezpečení životních potřeb svých členů. Budují se na historickém dědictví a národních tradicích společnosti, na jeho aktuálním hospodářském a politickém uspořádání, na životních zkušenostech, potřebách a morální vyspělosti jeho členů (Pipeková, 2006).

Na území našeho státu se od středověku postupně vytvářela a rostla soustava institucí, které zajišťovaly to, co bychom dnes mohli nazývat sociální prací. Nejstarší organizovanou pomoc potřebným u nás poskytovala církev. Postupně se tato péče stala předmětem činnosti náboženských obcí řeholních řádů (společností) a jejich klášterů. Na neuspokojivé sociální postavení obyvatelstva postiženého epidemiemi a hladomory reagovala církev zakládáním ústavů při kláštorech a kostelech. Byly to řádové nemocnice a útulky pro chudé, zmrzačené, staré, sirotky, slepce, ale také pro lidi postižené nemocí nebo úmrtím živitele rodiny, vysokým počtem dětí či živelnou pohromou. Některé z těchto ústavů byly zakládány i zámožnými občany. Na sklonku středověku vznikala cechovní sdružení a bratrstva, která pečovala o řemeslníky stejného řemesla a jejich rodiny. V době renesanční se do popředí dostává nová společenská třída - měšťanstvo, které částečně přebírá dosud výlučně církevní hegemonii v této oblasti. Jsou zakládány první měšťanské „špitály“, od 16. století pak první sirotčince. V Rakousku-Uhersku byla chudinským zákonem upravena povinnost obce pečovat o občana, který se ocitl v nouzi a příslušel do obce domovským zákonem. Tato pomoc měla formu poskytnutí nezbytné výživy, ošetření v nemoci, péče a výchovy potomků. Další formou péče bylo umístění do obecního ústavu.

Od počátku 20. století můžeme spatřovat ve vývoji sociální práci snahu pomáhajících seznámit se lépe s potřebným, a tak mu účinněji pomoci. Postupně převládalo mínění, že jednorázový dar, poskytnutý tomu, kdo o pomoc náhodně zažádá, neodstraní chudobu, ale pomůže pouze dočasně. Společnost si zvolna začala uvědomovat, že potřebný jedinec v roli „žadatele“ je její součástí a že krátkodobá změna poměrů jednotlivce neodstraní příčiny chudoby.

Cílem sociální politiky první Československé republiky bylo zlepšit sociální poměry širokých vrstev, srovnání těch největších sociálních rozdílů daných majetkovou diferenciací společnosti. Podle Wintera a Kotka (in Matoušek, 2001), lidé, kteří potřebovali větší či menší sociální ochranu, představovali dvě třetiny národa. Patřili mezi ně váleční veteráni, invalidé, vdovy vojáků, nezaopatřené děti a nezaměstnaní. Důsledky války přinutily k intenzivnímu rozvoji sociální péče všechny zúčastněné státy. Vzniklo ministerstvo sociální péče, nové zákony upravily veřejnou sociální péči. Sociální pojištění zajistilo zaměstnancům materiální podporu pro případ nemoci, stáří a invalidity. Ministerstvo mělo působnost v sociálně-politické problematice, péči o mládež, péči o válečné poškozené, bytovou a stavební péči a ochranu spotřebitelů a družstevníků. Nestátní poskytovatelé sociální péče pak byli aktivní v péči o mládež, sociálně-zdravotnické poradenství, v péči rekreační, hygienické a zdravotní. V prvních letech po II. světové válce byla naše sociální politika pod vlivem vyspělých západoevropských zemí, které vycházely z Keynesova pojetí aktivní úlohy státu v hospodářském světě. Změnou politického systému v roce 1948 se změnila i sociální politika a sociální péče. Stát znárodnil podstatnou část majetku jedinců a korporací, včetně církve a převzal i privátní fondy důchodového, sociálního, nemocenského a úrazového pojištění. Tím na sebe přebral sociální ochranu a sociální zabezpečení veškerého obyvatelstva a sociální péče. Nevěnovala se jí však velká pozornost, protože v souladu s historickým materialismem se předpokládalo, že všechny sociální problémy jsou dočasné a vymizí jakmile budou odstraněny třídní rozdíly. K formování nové koncepce sociální politiky a znovuobjevení sociální péče došlo až v druhé polovině 60. let 20. století. V době reálného socialismu byly sociální problémy často interpretovány jako „nemoci“, a proto byly medikalizovány. Do té doby časté řešení sociálních problémů ústavní zdravotnickou péčí nebo jí podobnou represivní institucionální formou (např. zavírání pacientů do psychiatrických léčeben, protialkoholních léčeben, léčeben dlouhodobě nemocných či domovů důchodců nebo do ústavů pro mentálně retardované a jinak hendikepované), začalo být zpochybňováno. V důsledku toho se začínají objevovat první, ke klientům ohleduplnější alternativy. V sedmdesátých a osmdesátých letech tak můžeme říci, že se sociální péče rozvíjela a rozšiřovala. Zaznamenáváme odborné konference, semináře a školení, vychází samizdatové časopisy (Matoušek, 2001).

### 1.1.2 Vývoj po roce 1989

- V souvislosti s politicko-ekonomickou transformací v České republice došlo k zásadním změnám sociální politiky. Celý sociální systém bylo nutné komplexně zrekonstruovat, neboť nebyl připraven na řešení sociálních důsledků, plynoucích z realizace ekonomické reformy. Hlavní inovační trendy byly v devadesátých letech snaha o deinstitucionalizaci sociálních služeb, tj. vytváření alternativ k tradiční, většinou ústavní péči a masivní nástup nestátních organizací (církevních i necírkevních), do sociální péče. Novinkou byly i neprofesionální sociální služby poskytované dobrovolníky. K dalším trendům pak můžeme řadit narovnání vztahů v sociální péči, radikální odstranění mnohdy až diskriminačních poměrů a nastolení standardu, který chápe všechny občany jako zcela rovnoprávné subjekty práv a povinností. Také zbavuje státní nebo státem řízené instituce a organizace možnosti jednostranně rozhodovat o osudech občanů a do srovnatelného postavení staví jak tyto státem řízené instituce, tak organizace soukromé (Matoušek, 2001).

Po roce 1990 se daří postupně učit zdravé lidi vnímat problémy osob se zdravotním postižením jako problémy nás všech. Osobám s postižením jsou v současné době ve vyspělých zemích přiznávána práva na plnohodnotný a důstojný život ve společnosti, v níž se narodili (Pipeková, 2006).

Ke kvalitativním faktorům, které v současnosti ovlivňují vývoj sociálních služeb nejen v ČR, ale i v celé Evropě patří (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008) :

- Prodlužování lidského věku, přičemž se prodlužuje období života, v němž člověk potřebuje pomoc nebo podporu jiné osoby.
- Přenášení standardu života v produktivním věku i do období, kdy je člověk postupně stále více závislý na pomoci nebo podpoře jiné osoby.
- Rostoucí náklady na kompenzace narůstající závislosti.

## 1.2 Pobytové sociální služby pro lidi s postižením

### 1.2.1 Historie ústavní péče

Ústavní péče pro osoby se zdravotním postižením měla v průběhu vývoje společnosti nejrůznější podoby. Její vývoj byl ovlivněn zejména náboženským a politickým smýšlením,



kulturou a ekonomickou vyspělostí dané společnosti. První zmínky tzv. ústavní péče zaznamenáváme v Řecku, kde jsou spojeny se zakládáním léčebných ústavů, označovaných jako asklépia (Mühlpachr in Pipeková, 2006). Péči v nich zajišťovali lékaři a kněží. V období středověku v kláštorech byly zřizovány hospitaly, což byla nemocniční zařízení sociálně-charitativního charakteru. Doba osvícení přináší vznik velkých špitálů a internačních budov, které plnily spíše funkci vězeňskou než lékařskou. Počátkem 18. století se zřizují velké ústavy, kde jsou umístěni společně lidé s mentálním hendikepem, vojáci, lidé duševně nemocní i kriminální jedinci. O humanizování péče ve velkých špitálech se zasloužil Philips Pinel. Otevřel cestu k morální léčbě (hodnota řádu, organizovanost kázeň) a nový pohled na nemocného člověka (Mühlpachr in Pipeková, 2006).

Ke specializaci ústavních zařízení dochází na počátku 19. století, kdy se tato zařízení rozdělují na nemocnice, léčebny, trestnice, polepšovny, starobince. V průběhu 19. století dochází ke změně názorů na hendikepované jedince. V ústavech vedle ošetrovatelské péče zaujímají své postavení i výchovná a vzdělávací činnost (Pipeková, 2006).

Organizovaná ústavní péče se u nás datuje od roku 1871. Je spojena se založením Ernestina v Praze, což bylo první zařízení pro lidi s mentálním postižením. Postupně je v Čechách vybudována celá řada ústavů sociální péče. Objekty ústavů byly vybudovány v opuštěných zámeckých objektech a budovách mimo veřejnost. Šlo o zařízení, kde byli klienti rozděleni dle věku a pohlaví, kde se o klienty starali zdravotní a řádové sestry, lékaři a instruktoři pracovních činností. Péče v těchto zařízeních byla převážně zdravotní – ošetrovatelská a sociální, byly zde umísťovány osoby s různým stupněm mentálního postižení. Tato zařízení byla vždy plně obsazena, někdy i přeplněna, jen výjimečně se o člověka s hendikepem starala rodina v domácím prostředí. Tímto způsobem byli lidé s postižením postupně vyčleňováni z běžného života (Pipeková, 2006). Společnost se tvářila, jako by žádné duševní ani fyzické hendikepy neexistovaly. Masové sdělovací prostředky zdravotně znevýhodněné skupiny obyvatel ignorovaly. V každodenním životě jsme se s hendikepovanými spoluobčany běžně nesetkávali. Situace se mění až po roce 1989, kdy dochází ke změnám ve společnosti, k celkovému posunu ve vnímání hendikepu a společnost začíná osoby se zdravotním postižením považovat za plnohodnotné občany (Vávrová, 2009).

Cílem společnosti v uplynulých více jak 20ti letech je transformovat velká pobytová zařízení sociální péče, zlepšit jejich materiální vybavení, zaměřit se na komplexní péči o klienty. Tzn. nejenom uspokojovat jejich potřeby, ale i rozvíjet zájmy, posilovat dovednosti a vést je k soběstačnosti. (Pipeková, 2006).

### 1.2.2 Současné trendy v poskytování pobytových sociálních služeb

Pobytové sociální služba je jednou ze základních forem sociálních služeb. Obvykle přichází v úvahu, když rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnost rodiny a je nutno zajistit přechodně či trvale komplexní péči člověku, který ji potřebuje. V některých případech pobytové sociální služby suplují rodinu a rodinné prostředí. V současné době postojí celé společnosti, ale i jednotlivců v pobytových zařízeních, procházejí vývojem různých názorů. Odpůrci na jedné straně požadují jejich likvidaci a na druhé straně jejich zastánci se domnívají, že není potřeba nic měnit. Existence pobytových zařízení je u nás spojena s vývojem společnosti. Ta ještě není zcela připravena na nové formy péče o osoby s mentálním hendikepem. (Pipeková, 2006).

Na úkor alternativních terénních a ambulantních služeb v českém systému sociálních služeb si pobytové sociální služby stále udržují výsostné postavení (Vávrová, 2009).

„Světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k humánnějším formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, v chráněných bytech pro několik uživatelů nebo za pomoci osobních asistentů v integrovaném bydlení v běžné městské zástavbě.“ (Švarcová in Pipeková, s. 128)

V souvislosti s rozvojem pobytových sociálních služeb se v dnešní době hovoří o integraci, normalizaci a humanizaci (Pipeková, 2007, s. 128):

- *Integrace* znamená překonání nepřirozeného oddělení lidí s postižením od světa lidí bez postižení. Jde o program začlenění jedince mezi zdravou populaci.
- *Normalizace* vystihuje skutečnost, že i lidé s hendikepem mohou žít poměrně normálním životem jako jejich zdraví vrstevníci. Každý člověk má právo na kvalitní, smysluplný rozvoj.
- *Humanizace* znamená brát lidi s postižením jako rovnocenné partnery. Pomáhat jim zvládat důsledky jejich hendikepu, poskytnout jim rovné šance v životě.

Současné pobytové sociální služby se zaměřují na kvalitu komplexní péče o klienty z hlediska jejich individuálních schopností, dovedností, potřeb a zájmů. Vytvářejí a zajišťují optimální podmínky pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti, ke které náleží. (Pipeková, 2006).

### 1.2.3 Funkce ústavní péče

Matoušek (1999, s. 22) shrnuje hlavní funkce ústavní péče do tří bodů:

1. *Podpora a péče* - tato funkce je v popředí v zařízeních poskytujících náhradu za nefunkční nebo chybějící rodinu. Je zde poskytováno chybějící zázemí či péče, bez nichž se klient nemůže obejít. Bez nich by kvalita života jejich klientů byla nepřiměřeně nízká, v některých případech by nebyli schopni v běžných podmínkách přežít.
2. *Léčba, výchova a resocializace* – tato funkce je v popředí v nemocnicích, léčebných a rehabilitačních ústavech, v zařízeních pro propuštěné vězně. Jejich společným jmenovatelem je úsilí o změnu stavu klientů.
3. *Omezení, vyloučení a represe* – tato funkce je v popředí ve věznicích, v psychiatrických zařízeních a v zařízeních s nedobrovolnými pobyty, ve sběrných táborech pro uprchlíky. Kdyby tato zařízení neexistovala, společnost by byla ohrožena kriminálními osobami, lidmi trpícími akutní psychózou.

Další funkcí je pak *funkce rekreační*, ta převažuje v pobytových zařízeních, jako jsou lázně a ozdravovny. Každý ústav je nositelem všech vyjmenovaných funkcí, i když některé inzeruje a některé skrývá (Matoušek, 1999).

### 1.2.4 Rizika ústavní péče

Ústavní péče má nezanedbatelná rizika pro své klienty. Tato rizika se liší podle toho, ve kterém věku a v jaké životní situaci se klient do péče dostal, vždy však vážně zasahuje do života každého uživatele pobytových sociálních služeb (Pipeková, 2006). Mühlpachr (2001) mezi nejvýznamnější a nejčastější rizika zařazuje: hospitalismus, zhoršení komunikace, „ponorkovou nemoc“, chybění druhého pohlaví, šikanování a ztrátu soukromí.

### **Hospitalismus**

Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v pobytovém zařízení je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na uměle vytvořené ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život. V pobytovém zařízení má klient plné zaopatření, je saturována většina biologických potřeb, za klienta jsou organizovány jeho pracovní a mimopracovní aktivity. Klient se stýká s omezeným počtem spoluobyvatel i odborným týmem profesionálů, pohybuje se v omezeném prostoru zařízení a jeho blízkého okolí. Hospitalismus se dnes jeví ještě větším problémem, než jakým byl za bývalého režimu, neboť dnešní svět je daleko složitější a pro orientaci nepřehlednější (Matoušek, 1999).

### **Zhoršení komunikace**

Redukce nároků a omezení podnětů vede ke ztrácejícímu zájmu o lidi a svět, zhoršuje se schopnost komunikace. Může vést i k regresi, návratu do ranějších vývojových stádií, k hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhému spánku, automatickým pohybům. Zařízení, zřízená proto, aby kontrolovala chování jednotlivců společensky nebezpečných, bývají organizována jako zařízení pro jedno z pohlaví, v případě mladistvých i pro lidi stejného věku. Tito lidé pak mívají i podobné osobnostní charakteristiky, jako např. nezdrženlivost, explozivitivitu, povrchnější vztahy k lidem, horší obecnou inteligenci. Velké uzavřené a osobnostně homogenní kolektivy nevedou k žádoucímu korigování individuálního chování. Ztrácí se individualita jedince, jeho potřeby jsou tak redukovány na základní biologické (Mühlpachr, 2001; Matoušek 1999).

### **„Ponorková nemoc“**

Stereotypní prostředí, z něhož se nedá uniknout, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Lidé se stávají vztahovačnými, agresivními, jsou zvýšeně sugestibilní, stávají se introvertnější, jsou uzavřenější a méně vstřícní. V chování pak přibývá obranných prvků, ubývá očních kontaktů, zvyšuje se význam osobního teritoria. Skupina postižená „ponorkovou nemocí“ dokáže některého ze svých členů i zcela vyloučit. Ten je pak fyzicky přítomen, ale ostatními ignorován, takže upadá do deprese a pokusy o kontakt postupně vzdává (Mühlpachr, 2001; Matoušek, 1999).

### **Chybění druhého pohlaví**

Velké uzavřené homogenní kolektivy vedou k hledání uspokojení sexuálního pudu v homosexuálních vztazích. U dospělých tato „umělá“ homosexualita po opuštění zařízení mizí, mladiství však mohou být poškozeni trvale. Psychologický výzkum ukázal, že pro rozvinutí přiměřené mužské nebo ženské role jsou klíčové dvě zkušenosti: zkušenost rodičovského pečování a zkušenost flirtování a experimentování v pubertálním období. V pobytových zařízeních vznikají i vztahy mezi klientem a personálem, který má být profesionální, ale je nevyhnutelně i osobní. I když klient může dát impuls k překročení hranic profesionální role, zodpovědnost za tento krok nese v první řadě vždy zaměstnanec zařízení (Matoušek, 1999).

### **Šikanování**

Všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou živnou půdou pro šikanování, kde se násilí může stát pozitivně hodnoceným způsobem uplatnění potřeb a práv jednotlivce. Obětí šikanování se stávají lidé nesebevědomí, slabí, odlišní a nemocní. Šikanují lidé, kteří se často agresivně naučili v mládí v rodině či pobytovém zařízení, cítí se k násilnému chování vnitřně oprávněni. Je to pro ně dovolený, nezpochybnitelný způsob jak dosahovat svých vlastních cílů. V pobytových zařízeních pak důležitou roli hraje personál, který může bezděčně napomáhat šíření agresivity tím, že agresivně reaguje na odhalené šikanování. Také personál sám může zneužívat klienty nepřiměřeným trestáním a ponižováním (Mühlpachr, 2001; Matoušek, 1999).

### **Ztráta soukromí**

Ztráta soukromí je pravidelnou daní za pobyt v zařízení. Člověk je nucen sdílet malý prostor s lidmi, které si nemohl vybrat, je nucen přizpůsobovat se režimu, potřebám jiných klientů. Všechny projevy člověka jsou pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat.

Díky kombinaci vypočítaných nepříznivě působících vlivů se může stát pobyt v zařízeních vážným psychickým traumatem, jež člověka dlouhodobě poznamená. Následkem je pak neochota a neschopnost se stýkat s lidmi, kteří nebyli podobně postiženi. Takový člověk se cítí dobře jen ve společnosti těch, kteří prošli stejnou zkušeností (Mühlpachr, 2001; Matoušek, 1999).

### 1.2.5 Standardy kvality sociálních služeb

Ke zvyšování kvality poskytovaných služeb, a tím i ke zvyšování kvality života uživatelů pobytových sociálních služeb, významně přispívají Standardy kvality sociálních služeb, které od roku 2002 byly poskytovatelům doporučovány Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky, a které jsou od 1. 1. 2007 závazným právním předpisem. Kritéria Standardů jsou součástí přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., kterým se provádí ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Standardy kvality sociálních služeb (SQSS) se dělí na procedurální, personální a provozní:

- *Procedurální standardy* požadují vypracování pravidel a vnitřních předpisů v oblastech ochrany uživatelů před předsudky a negativním hodnocením, uplatňování vlastní vůle uživatelů, ochrany práv uživatelů, vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů uživatelů a poskytovatelů služby, individuálního plánování sociální služby.
- *Personální standardy* požadují odpovídající personální zajištění služeb, včetně požadovaných dovedností a vzdělání lidí, poskytujících sociální služby.
- *Provozní standardy* definují podmínky pro poskytování sociálních služeb, od prostorových podmínek, přes dostupnost, ekonomické zajištění služeb, až po zajištění a rozvoj kvality poskytovaných služeb.

### 1.2.6 Individuální plánování sociální služby

Povinností poskytovatele sociální služby je plánovat poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým jsou sociální služby poskytovány a plánovat a průběžně hodnotit průběh poskytování sociálních služeb za účasti těchto osob. Princip individuálního přístupu a plánování sociální služby často naráží na možnosti, kapacitu a dosavadní praxi v poskytování služeb, zejména v pobytových zařízeních.

Obecným problémem ústavních zařízení pro lidi s postižením je to, že lidem s větší mírou postižení jsou leckdy poskytovány služby minimální, někdy jen na úrovni starosti o základní fyziologické potřeby, kdežto lidem s menší mírou postižení jsou často poskytovány služby nadbytečné, brzdící jejich osobní rozvoj. Ústavní prostředí posiluje závislost klienta na ústavu a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta (Matoušek, 2007).

## 2 CÍLOVÁ SKUPINA POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

### 2.1 Lidé se zdravotním postižením

Pobytové sociální služby využívají lidé, kteří pro své zdravotní postižení (mentální, fyzické či kombinované), jsou znevýhodněni a jsou odkázáni na pomoc jiné fyzické osoby. Znevýhodnění (hendikep) se projevuje jako omezení, vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení. To ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům), normální. Míra hendikepu je u každého člověka s postižením velmi individuální a mimo jiné závisí na druhu a stupni postižení, době vzniku defektu, kvalitě a včasnosti péče, osobnostních vlastnostech jedince, kvalitě prosociálního klimatu ve společnosti atd. Funkční rodinné prostředí má pro člověka s hendikepem nezastupitelnou roli, zejména z hlediska rozvoje osobnosti, kvality života a zajištění, uspokojování vztahových a emocionálních potřeb, vytváření vlastní identity. Pokud se však rodině nedaří zdárně překonávat překážky a komplikace spojené s hendikepem některého ze svých členů jako jednu z možných variant, může volit využití pobytových sociálních služeb (Slowík, 2007).

#### 2.1.1 Mentální postižení

Mentální postižení dle Dolejšího (Pipeková in Vítková, 2004) je charakterizováno jako vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti s různým uspořádáním, variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí. Zároveň je závislá na některém z těchto činitelů:

- nedostatky genetických vloh;
- porušený stav anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku;
- nedostatečné nasycování bazálních psychických potřeb dítěte (vlivem deprivace, senzorické, emoční, kulturní);
- deficitní učení;
- zvláštnosti vývoje motivace, zejména po negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu;
- typologické zvláštnosti vývoje osobnosti.

Nejčastější příčiny vzniku mentálního postižení dle Zvolského (in Vítková, 2004) můžeme rozdělit do následujících skupin: dědičnost, sociální faktory, environmentální faktory (onemocnění matky v průběhu těhotenství: alkoholismus, špatná výživa, meningitidy a encefalitidy v novorozeneckém věku, porodní traumata), specifické genetické příčiny, nespecificky podmíněné poruchy (u 15-30 % případů zůstává příčina neobjasněna).

Důsledkem mentálního postižení je narušení vždy několika oblastí, které umožňují normální aktivitu bez hendikepu. Řadíme sem tyto okruhy (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 30):

- sebeobsluha a orientační schopnosti;
- porozumění řeči a/nebo vyjadřování, celková kvalita komunikace;
- sociální interakce, schopnost spolupráce;
- schopnost učit se, rozumové (kognitivní) schopnosti;
- sebekontrola, plánování, sebeřízení (exekutivní funkce), společenská odpovědnost;
- schopnost žít samostatně, osobní nezávislost;
- ekonomická soběstačnost (schopnost hospodařit);
- profesní orientace a zařazení.

Časté přidružené potíže jsou smyslové vnímání a pohyblivost.

Lidé s mentálním hendikepem potřebují určitou míru pomoci, podpory, příp. i péče, pramenící z porozumění jejich potřebám. Vzhledem k omezené schopnosti komunikace je právě porozumění potřebám a přáním lidí s mentálním hendikepem někdy velice složité a existuje vysoké riziko manipulace ze strany nepostižených lidí, kteří tak jednají třeba i nezáměrně a v dobrém úmyslu. V projevech chování lidí s mentálním hendikepem jsou charakteristickými rysy zvýšená emocionalita, spontánnost a otevřenost (Slowík, 2007).

### **2.1.2 Fyzické postižení**

Pohybové postižení je příčinou omezení samostatnosti, posiluje závislost na jiných lidech, je zábranou pro získání mnoha zkušeností a s tím související omezení možnosti socializace. Významným faktorem, ovlivňujícím i psychický vývoj pohybově postiženého jedince, je rozsah a závažnost pohybového postižení. Důležitá je míra soběstačnosti a



nezávislosti, která je vázána na zachování přijatelné pohybové funkce horních i dolních končetin. Pohybové postižení bývá spojeno s estetickým hendikepem, s tělesnou deformací, která rovněž představuje určitou, především estetickou zátěž. Pohybové postižení je velmi častým problémem zejména starších lidí. Nárůst takto hendikepovaných jedinců je s přibývajícím věkem značný. Až 41, 8 % seniorů ve věku nad 60 let trpí nemocemi pohybového ústrojí, v dětství méně než 1 % dětí (Graham, Zavázalová in Vágnerová 2004). Pohybové postižení je důsledkem poruch v oblasti mozku a míchy, které může vzniknout v důsledku geneticky podmíněné odchylky vývoje, prenatálního či perinatálního poškození (DMO, rozštěp páteře), nebo jako následek různých chorob a úrazů (roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, nádorové onemocnění). Pokud pohybová vada vznikne jako projev organického postižení centrální nervové soustavy, často se projeví i narušením psychických funkcí, např. mentální retardací, demencí, poruchou aktivity a pozornosti). Pohybové postižení může vzniknout také v důsledku poruch kostí a kloubů nebo v důsledku poruch svalstva (různí autoři in Vágnerová, 2004).

Pohybové postižení nepříznivě ovlivňuje rozvoj všech funkcí, které jsou na těchto kompetencích závislé. Jde především o omezení množství i kvality různých podnětů, o redukci zkušeností, zejména sociálního charakteru.

### **2.1.3 Kombinované postižení**

Kombinované postižení můžeme interpretovat jako takový stav, kdy se u lidského jedince vyskytují současně dva nebo více typů postižení. Kombinované postižení může nabývat řady podob a stupňů závažnosti. Důsledky tohoto vícenásobného postižení se projevují závažnými obtížemi v příjmu informací, bariérami v komunikaci s okolím, sníženou (případně až zcela nedostatečnou), schopností samostatného pohybu a obtížemi v oblasti psychického prožívání. Počet osob s kombinovaným postižením představuje nezanedbatelnou část populace a dlouhodobě se stále zvyšuje. Pojem kombinované (vícenásobné), postižení zahrnuje poměrně širokou škálu různých typů postižení, které se spolu navzájem kombinují. Mohou dosahovat různého stupně postižení a jsou ovlivněny řadou dalších faktorů (např. dobou vzniku, úrovní odborné péče, osobnostními vlastnostmi člověka aj.). Výjimkou není ani kombinace např. těžkého stupně jednoho typu postižení, zatímco jiné postižení dosahuje lehčího stupně. Množina kombinovaných postižení je tedy skupinou velmi různorodou a rozmanitou. Je možné dokonce konstatovat, že prakticky

neexistují dvě osoby s kombinovaným postižením, které mají zcela identické postižení a důsledky vícenásobného postižení jsou pro ně totožné. Na vzniku kombinovaného postižení se mohou podílet nejrůznější vnitřní (endogenní), a vnější (exogenní), příčiny. Mezi endogenní příčiny řadíme zejména vlivy dědičné a genetické, mezi exogenní pak různé anorganické, biologické a psychosociální důvody. Nejčastějšími příčinami tak jsou různé dědičné a genetické vlivy (genové mutace), dědičná metabolická onemocnění (např. fenylketonurie, galaktosemie), infekční onemocnění, mechanická poškození, intoxikace, závažné psychické deprivace, poškození mozku a centrální nervové soustavy, vývojové poruchy a syndromy, např. Downův syndrom (Langer, 2006).

## 2.2 Seniori

Stárnutí je plynulým přechodem v rámci celého života člověka. Můžeme se na něj dívat z pohledu biologického, psychologického a sociologického. Stárnutí je charakterizováno atrofií svalových vláken, ubýváním svalové síly, dochází k obtížím při tzv. cílených pohybech. V seniorském věku je častá hypertenze, snižuje se dýchání. Z důvodu obtížné regulace tělesné teploty mají starší lidé těžkosti přizpůsobit se výraznějším změnám teploty, provázejí je zažívací potíže, potíže s chrupem, dochází ke změnám ve vnímání barev, akustických podnětů. Po 75. roce věku se stále častěji vyskytuje nedoslýchavost, patrné jsou změny kvality spánku, snížení paměti. Seniori obtížně přijímají nové podněty, mají oslabenou schopnost adaptability, flexibility, sníženou schopnost přepracovávat osvojené vzory chování (stereotypy, zvyky), a pevně zaujímané postoje. Často se setkáváme s tím, že lidé nejsou na stáří a změny s ním související připraveni. Stáří k nim přichází neočekávaně. Nepočítají se změnami, k nimž v průběhu stárnutí dochází. Jsou bezradní a nejistí. Ukazuje se, že staří lidé, kteří žijí doma v rodině, a ti, kteří žijí šťastně, mají více plánů do budoucnosti nežli ti, kteří žijí v domovech pro seniory, a ti, kteří prožívají své stáří nepříliš šťastně. Je tedy třeba těm, kteří mají příliš neuvážených plánů jejich aktivitu přibrzďovat. A ty, kteří příliš upadají do letargie naopak podněcovat k činnosti. Havighurst (in Slowík, 2007, s. 144) se pokusil definovat specifické úkoly stáří:

- Přizpůsobovat svůj život změnám zdravotního stavu a úbytkům sil ve stáří.
- Přizpůsobovat se ekonomickým změnám, k nimž dochází v průběhu stáří (např. úbytek ekonomické úrovně při přechodu do důchodu).

- Nutnost vyrovnat se s odchodem manželského partnera či partnerky (akceptovat tuto skutečnost – přijmout ji a smířit se s ní).
- Nutnost vytvářet kladné sociální vztahy uvnitř vlastní věkové skupiny (s lidmi relativně stejného stáří).
- Neschovávat se do sociální ulity (a stát se druhým lidem problémem, případně až břemenem), ale naopak vycházet vstřícně sociálnímu dění a nevyvazovat se ze sociálních závazků (nepřestat sociálně fungovat).
- Vytvářet si podmínky pro relativně uspokojivou životosprávu (nejen pro vhodnou dietu ve stáří, ale i pro vhodný životní řád a pohybový, psychický i sociální životní styl).

Na stárnoucího člověka jsou kladeny také požadavky na schopnost kooperovat s druhými lidmi (vycházet s nimi v dobrém a spolupracovat s nimi), nehádat se, nepřít se, nechovat se jako morous, nechtít mít pravdu za každou cenu, nezlobit se a ovládat se (Slowík, 2007).

### 3 KVALITA ŽIVOTA

#### 3.1 Definice zdraví a nemoci

Zdraví patří k nejdůležitějším hodnotám života každého člověka. Je tomu tak proto, že jsme-li zdraví, můžeme pracovat, uskutečňovat svá přání a realizovat své životní plány. Zdraví tedy samo o sobě není cílem života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného života. Světová zdravotní organizace (WHO) v roce 1948 definovala zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Pocit pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý člověk jinak, a proto zdraví je velmi subjektivní a podoba zdraví je u každého člověka jedinečná a relativní. Zdraví člověka je podmíněné kladným i záporným působením nejrůznějších faktorů. Determinanty zdraví dělíme na vnitřní a vnější. Vnitřní determinanty jsou dědičné faktory ovlivňující zdraví přibližně z 20 %. Vnější faktory, ovlivňující zdraví, jsou životní styl, který ovlivňuje zdraví přibližně z 50 %, kvalita životního a pracovního prostředí přibližně z 20 % a zdravotnické služby, jejich úroveň a kvalita zdravotní péče přibližně z 10 % (Machová, 2010).

Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnějšího a vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí. Nemoc je tedy porucha adaptace člověka, nedostatečnost nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí (Machová, 2010).

#### 3.2 Vymezení pojmu kvalita života

Do povědomí moderní společnosti se pojem kvality života dostal po 2. světové válce, kdy se začalo hovořit o tom, že měřítkem pokroku společnosti není jen zvyšující se ekonomický růst, ale také kvalita vnějších podmínek pro život (životní prostředí, sociální a zdravotní péče) a vnitřní kvalita života (spokojenost, smysluplnost, seberealizace). V současné době se kvalita života považuje za pozitivní ukazatel celkového stavu jedince, který umožňuje hodnotit komplexně zaměřené zdravotní a psychosociální intervence. Světová zdravotnická organizace (1994) vymezuje kvalitu života jako „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (Dragomirecká, 2010, s. 37).

Engel a Bergsma (1988) kvalitu života charakterizují ve třech odlišných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině.

*V makro-rovině* jde o otázky kvality života velkých společenských celků – např. dané země, kontinentu atd. Jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života - o absolutním smyslu života.

*V mezo-rovině* jde o otázky kvality života v tzv. malých skupinách (např. ve škole, domově důchodců, pečovatelském domově). Zde jde o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování (frustrace a satiace), základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory sdílených hodnot (existenci humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchie), atd.

*Osobní (personální) rovina* je definována nejjednoznačněji. Je jí život jednotlivce, individua. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí apod. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení apod. (Bergsma, Engel in Křivohlavý, 2002, s. 164-165)

Existují tři přístupy ke zkoumání kvality života, a to psychologické, sociologické a medicínské pojetí.

*Psychologické pojetí* kvality života se vztahuje ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým.

*V sociologickém pojetí* kvality života jsou naopak zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav.

*Ve zdravotnictví* je kvalita života problematikou stále poměrně novou, v posledních letech velmi zdůrazňovanou. Těžiště zkoumání kvality života je v medicíně posunuto do oblasti psychosomatického a fyzického zdraví. Tedy vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie se sledují subjektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládnutí chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí. V oblasti péče o nevyлéčitelně tělesně či duševně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem (Hnilicová, 2005).

### 3.3 Kvalita života lidí s hendikepem

Kvalita života představuje velmi rozsáhlou oblast činitelů, které umožňují lidem s hendikepem žít jednak v prostředí intaktní společnosti, tj. integrovaně, ale také v prostředí minoritní kultury specificky uzpůsobené pro život lidí s hendikepem příslušné skupiny, tj. segregovaně. Tyto činitele rozdělujeme na vnitřní a vnější (Jesenský, 2000):

- *Vnitřní činitelé* – somatické a psychické vybavení, ovlivněné onemocněním, poruchou či defektem. Všechny aspekty, ovlivňující rozvoj a integritu osobnosti člověka s hendikepem.
- *Vnější činitelé* – představují podmínky jejich existence. Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, výchovně vzdělávací, pracovní, ekonomické a materiálně technické faktory.

Zvláště v posledních letech je kvalita života osob s hendikepem, žijících v pobytových zařízeních, skloňována ve všech pádech. Při zvyšování kvality sociálních služeb prostřednictvím zavádění standardů kvality sociálních služeb se klade prvořadý důraz právě na kvalitu života, na zlepšení postavení uživatelů sociálních služeb, dodržování všech lidských práv a svobod. Základní práva a svobody vymezují prostor, v němž může člověk jednat na základě své svobodné vůle, a do něhož není oprávněn nikdo (veřejná moc ani jednotlivec), vstupovat. Je potřeba si uvědomit, že forma poskytování sociálních služeb nebo její nedostatečné zajištění po stránce materiální, technické, personální nebo odborné nemůže být v žádném případě překážkou pro naplňování základních práv a svobod uživatelů služeb nebo dokonce nemůže ještě zhoršit kvalitu života člověka se zdravotním postižením (izolace vlivem nevhodného umístění ubytování, omezování vycházek, kontaktu se společenským prostředím, omezování partnerského života, nesprávné používání prostředků omezujících pohyb). Dle standardů kvality musí mít každý poskytovatel stanoveny oblasti, v nichž by mohlo v souvislosti s poskytováním služeb dojít k porušování práv uživatelů. Aktuální jsou zejména oblasti: ochrana osobní svobody, soukromí, osobních údajů, nedotknutelnost osoby, právo na svobodnou volbu povolání, ochrana před zneužíváním, nucenými pracemi, diskriminací. Rizikovým faktorem ve vztahu k porušování základních práv je u lidí s mentálním postižením především vysoká míra závislosti na poskytovateli služeb a délka poskytovaných služeb (Sobek, 2007).

### 3.4 Chování a potřeby lidí s hendikepem

Rozvoj osobnosti lidí s hendikepem je podmiňován střetem s prostředím. Reakce člověka na změny prostředí označujeme jako chování, jako projev přizpůsobení se organismu nebo osobnosti podmínkám přítomným i budoucím. Není to jenom mechanická reakce na aktuálně působící podnět. Chování může být vyvoláno i vzpomínkou na minulost nebo předvídáním budoucnosti. Hybnou silou chování je motivace. Motivem pro chování se stává to, co je hodnotné a hodnotou je to, co vede k uspokojování potřeby (Hyhlík, Nakonečný in Jesenský, 2000).

Lidé s hendikepem usilují o adaptaci na prostředí hlavního proudu, mají svou vlastní kulturu odpovídající možnostem, technikám a způsobům kompenzace či reedukace funkčních nedostatků. Potřebu učit se, rozvíjet svou minoritní kulturu nejednou v sobě potlačují a místo plného rozvoje svých základních potřeb se přizpůsobují okolnímu světu, aniž by předtím plně zvládli svět sobě vlastní kultury. Je proto důležité pochopit, jaké jsou skutečné potřeby člověka s hendikepem a které mu jsou společností vnuceny (Jesenský, 2000).

Americký psycholog A. H. Maslow (1954) shrnul základní lidské potřeby do 5ti kategorií a sestavil je do tvaru pyramidy (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008):

#### 3.4.1 Základní, fyziologické potřeby

Tyto potřeby jsou zcela základní a neuspokojení některé z nich se může odrazit na celkovém zdraví a stavu člověka. Patří sem např. výživa, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb, chůze, hygiena, správná teplota, zdraví, tišení bolesti, smích, pláč, fyzické kontakty. Jsou velmi důležité a jejich uspokojování věnujeme nejvíce času. Pokud nejsou fyziologické potřeby alespoň částečně uspokojeny, není možné u něj postoupit k dalším stupňům potřeb.

#### 3.4.2 Potřeba bezpečí

Do této skupiny řadíme potřebu ekonomického bezpečí (pokud není zajištěna, mohou být lidé postiženi velkou úzkostí a strachem z budoucnosti), potřebu fyzického bezpečí (posilují ji např. vhodné kompenzační pomůcky nebo pomoc pečující osoby), a potřeba

psychického bezpečí (pocit jistoty, pomáhají i časové orientační body dne, jako např. čas jídla, čas aktivit).

### **3.4.3 Sociální potřeby**

Mezi sociální potřeby patří potřeba informovanosti, potřeba náležet k nějaké skupině, potřeba lásky, potřeba vyjadřovat se a být vyslechnut.

### **3.4.4 Potřeba autonomie**

Potřebou autonomie rozumíme potřebu ve smyslu rozhodnout sám za sebe (i zcela fyzicky závislí lidé na pomoci druhých mohou být zcela autonomní, pokud to dokáže sociální služba zajistit, resp. člověku ponechat), potřebu uznání a vážnosti (např. důstojné oslovování uživatelů sociální služby), a potřebu užitečnosti (být někomu nebo něčemu užitečný zvláště u lidí závislých na pomoci jiných osob).

### **3.4.5 Potřeba seberealizace, rozvoje vlastní činnosti, nalezení smyslu života**

Zde můžeme nalézt i prvky z nižších stupňů potřeb, pokud někomu dávají smysl života (např. pocit uznání, rodina). Problémem dát životu smysl se zabývají zejména lidé v pokročilém věku.

## **3.5 Životní styl lidí žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb**

### **3.5.1 Životní styl**

Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založeny na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí a odmítnout ty, jež zdraví poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností). Rozhodování člověka o jeho chování však není zcela svobodné, neboť je v souladu s rodinnými zvyklostmi a tradicemi společnosti a je limitováno ekonomickou situací společnosti i ekonomickou situací vlastní a v neposlední řadě také jeho sociální pozicí. Záleží tedy na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k „rase“, pohlaví a hodnotové orientaci a postojích každého člověka. (Machová, 2010).



### 3.5.2 Volný čas

Volný čas je „čas, v němž člověk svobodně volí a dělá takové činnosti, které mu přinášejí radost, potěšení, zábavu, odpočinek, které obnovují a rozvíjejí jeho tělesné a duševní schopnosti, popř. i tvůrčí schopnosti“ (Němec, 2002, s. 17).

Volný čas plní několik funkcí: zábava, odpočinek a rozvíjení osobnosti. Mnohé volnočasové aktivity podporují zdraví, tělesný vývoj a zdravý životní styl, rozvíjí osobnost, vytváří a ovlivňují sociální vztahy, sociální interakce a komunikaci. Volný čas lidí, žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb je specifický, protože je uživatelům sociálních služeb stále poskytovatelem služeb vyplňován a organizován.

Veškeré činnosti probíhají za přítomnosti druhých osob, a to podle předem stanoveného časového harmonogramu a pod dohledem autorit. Člověk tak není nikdy zcela sám (Vávrová, 2010).

Volnočasové aktivity pak můžeme dělit na pasivní, kde je člověk jen pasivním příjemcem, např. sledování televize, poslech hudby, rádia či čteného slova, a na aktivní. Při aktivních volnočasových činnostech je nutný aktivní přístup člověka k dané činnosti.

Podpora osob s postižením je založena na propojení péče v oblasti medicínské, edukační a sociální. Cílem je maximální rozvoj potenciálu a dosažení nejvyšší možné úrovně soběstačnosti a nezávislosti v každodenním životě, za využití ucelené rehabilitace a celého spektra terapií (Opařilová, Zámečnicková, 2008).

### 3.5.3 Arteterapie

Arteterapie je terapie malbou a kresbou. Pozitivně ovlivňuje hendikepovaného člověka, napomáhá mu k sebevyjádření, k rozvinutí emocionality, intelektu i duchovní oblasti, rozvíjení jemné a hrubé motoriky. Terapeuti usilují o nalezení výrazových prostředků, které by uživatelům mohly usnadnit komunikaci. Díky rozhovoru s uživatelem nad jeho výtvarným dílem může pracovník lépe chápat, co si uživatel představuje, co by rád dělal, co nemá rád apod. Tento způsob práce můžeme chápat i jako formu setkávání lidí (Matoušek, 2005). Arteterapie je také vhodná pro klienty, silně emočně prožívající události, jež většinu ostatních lidí z míry nevyvedou. Pro tyto emočně labilní klienty je možnost výtvarného vyjádření nerizikovou příležitostí ke zpracování emocí, jež by v jiném prostředí a při jiném způsobu vyjádření klientovi mohly způsobit nepříjemnosti. Mezi

arteterapeutické techniky řadíme volné čmárání tužkou, volnou kresbu prsty namočenými v barvě, volnou kresbu jednou barvou na papír namočený ve vodě, koláž z výstřižků, sestavování objektů z přírodních materiálů, tématickou kresbu a tématické modelování (Matoušek, 1995). Člověk dokáže svou tvorbou komunikovat o věcech, za které by se při verbálním styku styděl, nerad by je komukoliv sdělit nebo má strach, že by je sdělit nedokázal. Při arteterapii je velmi důležitá atmosféra, vytvořená pro daný okamžik: vhodně zvolená hudba, rozmanitost výtvarných pomůcek, klid a pohoda. Terapeut pomáhá díky klientově obrazové výpovědi harmonizovat pohled na svět, pomáhá pochopit místo klienta ve společnosti (Kostlánová, 2009).

#### **3.5.4 Dramaterapie**

Dramaterapie využívá divadelních prostředků k osobnostnímu růstu jedince, k emocionálnímu ozdravení a k potlačení nežádoucích postojů a projevů v chování hendikepovaného člověka, umožňuje sebevyjadřování a zlepšuje poznání sebe samého i druhých, umožní zažít emoce, vztahy, různé životní situace a také pomáhá ke zlepšení možnosti komunikace postiženého člověka s okolím. Může být použita i při nácviku zvládnutí zátěžových situací a získávání nových modelů chování. Dramaterapie jako terapeutická metoda rozvíjí fyzické předpoklady člověka - tělesné schéma, koordinaci pohybů i psychické dovednosti - sebeuvědomování, vyjadřování svých pocitů, názorů, ale i schopnosti, směřující k ostatním lidem - empatii, spolupráci. „Těžiště terapeutické práce speciálního pedagoga je v korekci chování, prožívání a postojů emocionálně, sociálně i jinak narušených jedinců“ (Valenta, Krejčířová, 1997, s. 113).

#### **3.5.5 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je terapie hudbou u hendikepovaného člověka. Rozvíjí vnímání rytmu, tempa, melodie, harmonie, motorické dovednosti, napomáhá v řečové výchově a při upevňování výslovnostních návyků. Hudba je používána jako stimulátor aktivity, k uklidnění, k odstranění či zmírnění agrese, k odstranění napětí. U lidí s mentálním postižením mají vynikající odezvu hry s rytmem a hry s bicími nástroji (Šimanovský, 1998). Hudba oproti mluvenému slovu přispívá ke snazšímu a rychlejšímu uvolnění, rychle odstraňuje únavu, zkvalitňuje odpočinek, prohlubuje relaxaci, je vhodná jako kulisa. Muzikoterapie motivuje k činnosti, navozuje uvolnění fyzické, svalové i psychické.

Hudba prostřednictvím muzikoterapie rozvíjí jednotlivé složky psychiky (paměť, pozornost, vnímání), prodlužuje soustředěnost, zlepšuje koordinaci pohybů, motoriku, cvičí smysl pro rytmus, který je důležitý pro logopedii. Učí ekonomice dechu, rozvíjí komunikaci, zkvalitňuje estetické vnímání. Muzikoterapie je vhodná pro každou diagnózu, a pro každý věk. Motivaci, pak vzhledem k věku a míře mentálního postižení, musíme pečlivě volit a respektovat i věk biologický. V dnešní době se nejčastěji setkáme s pojmy aktivní program, který většinou předchází receptivnímu. Jedná se o část, ve které je klient aktivně zapojen do činnosti, tančí, hraje nebo sám hudbu vytváří. Po aktivní části následuje receptivní program, což je poslechová, relaxační část, klient je zde spíše pasivním. Tzv. ambientní programy jsou určeny pro mimovolní poslech při arteterapii, ergoterapii nebo při psaní (Heřmánková, 2009).

### **3.5.6 Taneční a pohybová terapie**

Počátky taneční a pohybové terapie se datují do šedesátých a sedmdesátých let minulého století, kdy bylo výzkumy prokázáno, že zážitky z tance a pohybu mnoha způsoby pomáhají skupinám lidí s mentálním a tělesným postižením. V taneční a pohybové terapii se tanec pojímá jako pohyb, nebere se ohled na estetickou stránku a jeho podstata je vysvětlována z hlediska psychologického, sociologického a historického. Ústředním principem taneční a pohybové terapie je významné a silné spojení mezi pohybem a emocemi. Úkolem terapeuta je sledovat pohybový proces jedince a pomoci mu uvedené spojení prozkoumat v jeho životě a v jeho vlastních zkušenostech tak, aby dotyčný pokročil v ozdravném procesu a obohatil rejstřík svých vztahů mezi somatickými, psychickými a emočními aspekty. Převzít zodpovědnost za pohyb, znamená převzít zodpovědnost za své já v pohybu, a za pocity, které člověk při procesu prožívá. Výsledkem může být snaha změnit se. Poté, co klient přijme pocity za své a vyjádří je tancem, může se v jeho vnitřním světě rozvinout jakási komunikace, jež se potom přenesse do světa vnějšího, přejde od vlastního já k ostatním. Využití tanečního pohybu v terapii je stále pouze na začátku, ale už se prokázalo, že pro mnohé klienty má svůj význam (Payneová, 1999).

### **3.5.7 Ergoterapie - pracovní terapie**

Dle České asociace ergoterapeutů (2008), „je ergoterapie profese, které prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných

pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho životního stylu a identity“ (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 13).

Potřeba být aktivní je základní lidskou potřebou. Provádění činností nutí člověka neustále se učit adaptovat a reagovat na okolí, což podporuje i změnu a osobní vývoj. Prostřednictvím zapojení do aktivity lidé poznávají sami sebe, rozvíjejí své schopnosti a dovednosti, udržují fyzické a duševní zdraví, zlepšují kvalitu života a využívají svůj potenciál. Je přirozenou součástí člověka mít možnost vykonávat činnosti jako ostatní lidé, přispívat společnosti, cítit se oceňovaný, zachovat si důstojnost, respekt k vlastní osobě a být úspěšný. Výběr činností a způsob, jakým je lidé vykonávají, závisí na fyzických dispozicích, spiritualitě, pohlaví, osobní historii, dovednostech, problémech, potřebách, motivech i rodinném, fyzickém, sociální, kulturním, ekonomickém a politickém prostředí (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009).

### **3.5.8 Rehabilitační terapie**

Pohyb přímo působí na socializaci člověka. To znamená, že ovlivňuje jeho samostatnost, vývoj osobnosti, fyzické a psychické zdraví, schopnost prožívat a spoluprožívat, sdružovat se a komunikovat, pracovat a studovat apod. (Opařilová, Zámečnicková, 2008). Rehabilitační terapie směřuje k obnovení či udržení maximální možné funkční zdatnosti jedince, případně směřuje ke snížení či zpomalení progresu. Využití metod rehabilitační terapie zlepší pohybový aparát, ovlivní bolest, sníží svalovou únavnost a zlepší i paměťové schopnosti, nacvičuje správný způsob dýchání.

### **3.5.9 Zooterapie**

Terapie, zprostředkovaná za pomoci zvířat, poskytuje příležitost pro motivační, vzdělávací, rekreační nebo terapeutické účinky za účelem zvýšení kvality života. Zooterapie je poskytována speciálně vycvičenými profesionály nebo dobrovolníky za využití zvířat. Zvířata mohou snižovat pocit úzkosti, aktivaci sympatického nervového systému (poskytnutím příjemného rozptýlení), posilování pocitu bezpečí a mohou fungovat jako zdroj uklidňujícího kontaktu. Zvířata mohou lidem pomoci se vyrovnat se samotou a depresi tím, že jim poskytují společnost, zvyšují zajímavost a variabilitu životního stylu.

Jsou také subjektem, o který je možné pečovat. Zvířata mohou dopomoci ke zvýšení fyzické kondice, poskytnutím důvodu k tělesným aktivitám. Mají potenciál brzdit rozvoj onemocnění spojených se stresem, jako je onemocnění věnčitých srdečních tepen nebo hypertenze (Odendaal, 2007).

**Hipoterapie** – léčebná terapie pomocí koně. Hipoterapie je indikována u neurologických onemocnění (dětská mozková obrna, roztroušená skleróza, degenerativní nervová onemocnění atd.), u ortopedických onemocnění (skoliozy, svalové dysbalance atd.), a rovněž v kategorii interního lékařství (kardiovaskulární onemocnění, astma bronchiale, obezita atd.). U klienta dochází k následujícím zlepšením: koordinace pohybu, facilitace posturoreflexních mechanismů, normalizace svalového tonusu, narušení patologických stereotypů, zlepšení rovnováhy, úprava svalové dysbalance a pohybové symetrie, stimulační působení na tvorbu a obnovu měkkých i tvrdých tkání, posílení kardiovaskulárního systému, stimulace dýchacího svalstva. Hipoterapii může vést pouze terapeut se vzděláním z oblasti fyzioterapie či lékařství a s kurzem hipoterapie. (Hipoterapie, o. s. Epona, online)

**Canisterapie** – léčebný kontakt psa a člověka – je speciální podpůrná metoda, která využívá pozitivního působení psa na fyzickou, psychickou a sociální pohodu člověka. Canisterapie má vliv na psychologickou a sociálně-integrační stránku člověka. Vliv je tedy zásadně dvojitý – psychosociální a fyziorehabilitační. Využívá se u klientů s vrozenými vadami tělesnými i smyslovými, s poruchou vnímání, poruchou vyjadřovacích schopností verbálních i neverbálních, u klientů po úrazu, s degenerativním onemocněním ve stáří (jako je např. Parkinsonova nemoc, Alzheimerova nemoc, senilní demence), a u klientů s poruchami socializace. Pes je využíván jako společník pro podporu psychiky, motivace tělesné aktivity. Pro přenos energie a tepla, pro uvolňování křečí a spasmů, pro činnosti vnitřních orgánů. Canisterapie má pozitivní vliv na jemnou a hrubou motoriku, na rozvíjení hmatových vjemů a na nenásilné pohybové činnosti i zlepšování psychické i tělesné zdatnosti.

Pes také dokáže přispět k tlumení nežádoucích a negativistických projevů klienta (Miller a kol., 2007). Mnozí klienti jsou ochotni podrobit se lékařským zákrokům a rehabilitačním procesům, které dříve odmítali. Velice často se snižuje užívání sedativ a antidepresiv. Upravuje se krevní tlak a snižuje hladina krevního tuku. Canisterapii mohou vykonávat pouze psi s canisterapeutickým výcvikem (Canisterapie, o. s., online).

**Felinoterapie** - léčebný kontakt kočky a člověka - staví na podobných principech jako canisterapie, ale zatím u nás nemá tak dlouhou tradici. Přitom jsou kočky v mnoha ohledech nejen stejně vhodné jako psi, ale jsou také pro svou menší velikost v některých zařízeních přiměřenější a také nemusejí procházet žádnými zvláštními zkouškami. Vybraná zvířata musí mít klidnou, milou a vstřícnou povahu a samozřejmě musí být jejich stoprocentní zdraví. Felinoterapie využívá pozitivního působení kontaktu člověka s kočkou, poskytující motivační podněty k uzdravení, odpočinku či stabilizaci organismu. Pouhá přítomnost kočky pozitivně působí při odbourávání pocitu samoty. Toho se dá využít při rezidenčních typech terapií, kdy kočka natrvalo žije v zařízení. Klienti mohou o kočku pečovat, cítit za zvíře zodpovědnost a vytvářet si tak pocit uznání a potřebnosti. Felinoterapie se využívá při léčbě závislostí, neuróz, stresů, neklidu. Cílem terapie může být například korekce problémového chování, mírnění důsledků postižení formou přijímání sebe jako plnohodnotné bytosti, pozitivní ovlivnění sebevědomí a sebehodnocení postiženého, obnovení komunikace s okolím a vzbuzení zájmu o navazování kontaktů s okolním světem. Všeobecně známé jsou účinky při snižování krevního tlaku, podpůrná léčba psychosomatických potíží, stresu, pocitů úzkosti a fobií formou bezprostředního kontaktu a doteku. (Vařejčko, 1984)

### **3.5.10 Snoezelen terapie – multismyslová terapie**

Snoezelen terapie slouží ke stimulaci a rozvoji smyslových receptorů skrze své vlastní prožitky a zkušenosti k rozvoji verbální i neverbální komunikace, ke stimulaci smyslů, k odbourávání rizikových projevů jedince, posílení schopnosti adaptace, socializace, ke snížení poruch chování, pozornosti, nesoustředěnosti, k odbourávání impulzivity, k podpoře kognitivní a emocionální složky osobnosti, přináší nové zážitky a zkušenosti. Tato terapie se provádí ve specificky vytvořeném prostředí pro účely sensorické stimulace, relaxace a prožití osobní zkušenosti. Původním záměrem této terapie bylo zaměřením na lidi s hlubším mentálním či kombinovaným postižením, a to pro využití volného času, pro stimulaci a rozvoj smyslových receptorů skrze své vlastní prožitky a zkušenosti. V dnešní době se již snoezelen využívá jak u dětí s postižením, tak u intaktních dětí, dospělých i v geriatrické oblasti. Snoezelen terapie slouží k relaxaci, zklidnění, k rozvoji verbální i neverbální komunikace, ke stimulaci smyslů, k odbourávání rizikových projevů jedince, posílení socializační a adaptační složky organismu, ke snížení poruch chování, pozornosti,

nesoustředěnosti, k odbourávání impulzivity, k podpoře kognitivní a emocionální složky osobnosti, přináší nové zážitky a zkušenosti (Vitásková, Fajmonová, 2006).

### 3.5.11 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie se řadí mezi aktivizační metody, které jsou součástí nefarmakologické péče u seniorů. Pracuje na principu vzpomínek, jejich vybavování pomocí nejrůznějších podnětů a jejich podporování. Tato terapie je vhodná nejen pro seniory s demencí, ale i pro ostatní seniory. Důležité je, aby měl senior zachovány některé z kognitivních funkcí a uvědomoval si minulé zážitky a vzpomínky. Tato terapie vede u seniorů s demencí k celkovému zlepšení stavu, posílení jejich lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a tím i k následné pomoci a podpoře pro pečovatele. Lidé si během terapie mají možnost uvědomit vlastní identitu, vlastní historii či opět najít smysl života. Mají možnost vrátit se v myšlenkách do dob, kdy byli mladí, zdraví, atraktivní, a připomenout si pozitivní vzpomínky. Zároveň si procvičují paměť a myšlení a dochází při ní k vzájemným sociálním interakcím. Vzpomínky na dávnou minulost jim mohou kompenzovat to, že si nevzpomínají na události nedávno minulé. Optimální je skupinová forma terapie, která využívá všech možností verbální a neverbální komunikace. Mezi verbální metody řadíme všechny, kde využíváme slov, ať už v ústní či písemné podobě. Jedná se např. o rozhovor, vyprávění zpěv, recitaci, předčítání, přehrávání některých rituálů, zapisování vzpomínek. Mezi neverbální metody naopak řadíme vše, co umožňuje vyjádřit vzpomínky pomocí těla, kreativními výtvarnými prostředky, manuální prací, jako např. pečení, vaření šití, sekání trávy, práce s lopatou, tanec, výlety do míst, ze kterých pramení vzpomínky klientů (Hojgrová, 2010).

## II. PRAKTICKÁ ČÁST



## 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Vytyčené cíle

Hlavním cílem práce je zjistit vybrané ukazatele životního stylu lidí, žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Z uvedeného hlavního cíle se odvíjí tyto dílčí cíle:

- Zjistit jaké stravovací návyky mají uživatelé sociální služby a zda mají možnost se podílet na rozhodování o svém stravování.
- Zjistit způsob bydlení uživatelů sociální služby a zda mají možnost se podílet na rozhodování o svém bydlení.
- Zjistit, zda se uživatelé sociální služby mají možnost podílet na rozhodování o způsobu trávení svého volného času.
- Zjistit, zda zařízením nabízené volnočasové aktivity jsou uživateli sociální služby využívány a zda jsou nabízeny v dostatečné míře.
- Zjistit, zda zařízením nabízené rehabilitační a sportovní aktivity jsou uživateli sociální služby využívány a zda jsou nabízeny v dostatečné míře.
- Zjistit, zda zařízením nabízené pracovní aktivity jsou uživateli sociální služby využívány a zda jsou nabízeny v dostatečné míře.

### 4.2 Stanovené hypotézy

V souvislosti s výzkumným šetřením byly stanoveny tyto hypotézy:

- Minimálně 50 % uživatelů má možnost alespoň částečně se podílet na rozhodování o svém stravování.
- Minimálně 75 % uživatelů nemá pravidelně možnost výběru hlavního chodu z více možností.
- Minimálně 25 % uživatelů nemá dostatek soukromí ve svém pokoji.
- Minimálně 50 % uživatelů má možnost změnit svůj pokoj.
- Minimálně 25 % uživatelů se těžce přizpůsobuje režimu dne.

- Minimálně 75 % uživatelů má dostatek informací o možnostech trávení volného času.
- Minimálně 50 % uživatelů využívá volnočasových aktivit alespoň 1-2x týdně.
- Volnočasové aktivity alespoň 1-2x týdně využívají o 25 % více ženy než muži.
- Minimálně 50 % uživatelů využívá rehabilitační a sportovní aktivity alespoň 1-2x týdně.
- Ve využívání rehabilitačních a sportovních aktivit alespoň 1-2x týdně není mezi pohlavími rozdíl více jak 25 %.
- Minimálně 50 % uživatelů využívá možnosti pracovního uplatnění v rámci zařízení alespoň 1-2x týdně.
- Ve využívání pracovních aktivit alespoň 1-2x týdně není mezi pohlavími rozdíl více jak 25 %.

### 4.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořili dospělé osoby celoročně žijící v pobytových zařízeních sociálních služeb Zlínského kraje. Životní situace těchto lidí s mentálním, fyzickým nebo kombinovaným postižením vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Aby byla zachována deklarovaná anonymita, jak uživatelů, tak poskytovatelů pobytových sociálních služeb, pro potřeby tohoto výzkumného šetření uvádíme jen, že šetření bylo provedeno ve dvou domovech pro seniory a v pěti domovech pro osoby se zdravotním postižením na území Zlínského kraje, přičemž na Uherskohradištsku se do výzkumného šetření zapojilo 74 respondentů, na Zlínsku 29 respondentů a na Kroměřížsku 17 respondentů.

Výzkumný soubor nebyl reprezentativní. Soubor respondentů nebyl vybrán náhodným výběrem. Byli osloveni uživatelé sociální služby, kteří byli i přes svůj mentální hendikep schopni posoudit otázky a odpovědět na ně relevantním způsobem.

Pro potřeby tohoto výzkumného šetření u respondentů nebyl brán zřetel na:

- druh pobytové sociální služby;
- délku využívání pobytové sociální služby;

- kapacitu pobytového zařízení;
- výši příspěvku na péči;
- specifika hendikepu;
- mobilní schopnosti uživatelů sociální služby.

Jedinými dvěma kritérii pro výběr respondentů, vedle mentálních schopností a věku nad 18 let, bylo využívání pobytové sociální služby na území Zlínského kraje a ochota uživatelů těchto služeb podílet se na výzkumném šetření.

#### **4.4 Volba druhu výzkumného šetření a metody**

Pro sběr kvantitativních dat byla vybrána metoda dotazníku. Písemný dotazník vlastní konstrukce obsahuje uzavřené otázky s přesnými odpověďmi, polootevřené otázky s přesnými odpověďmi a s možností vlastní odpovědi a otevřené otázky (viz Příloha I). Při sestavování dotazníků jsem vycházela z teoretických znalostí osvojených především studiem odborné literatury a z vlastních zkušeností získaných při práci v domově pro osoby se zdravotním postižením.

#### **4.5 Průběh sběru a zpracování dat**

Výzkumné šetření bylo prováděno během prosince roku 2010, ledna a února roku 2011 v 7 koedukovaných zařízeních pobytových sociálních služeb Zlínského kraje. Pro větší vypovídající hodnotu dotazníku jsem při vyplňování většině respondentům byla nápomocna osobně nebo jim byla nápomocna osoba pracující v zařízení. Respondentům, kteří pro svou sníženou gramotnost nebo pro svůj fyzický hendikep nebyli schopni dotazník samostatně vyplnit, jsem dotazník vyplnila osobně nebo jim dotazník vyplnila osoba pracující v zařízení. Doba potřebná k vyplnění dotazníku v závislosti na mentální úrovni respondenta činila 10 - 20 minut.

#### **4.6 Výsledky výzkumného šetření**

Odpovědi dotazníkového šetření jsem zpracovala do tabulek v programu Excel a pomocí jeho funkcí jsem data sumarizovala a analyzovala, vypočítala jsem relativní a absolutní

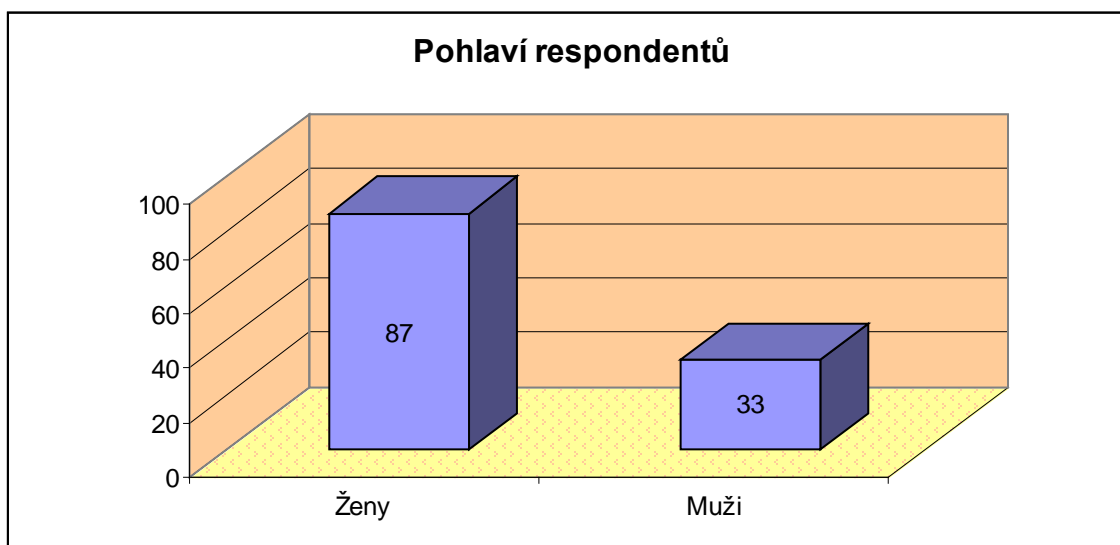
četnost a zpracovala data do grafů. K těmto informacím jsem pak přidala slovní analýzu odpovědí.

#### 4.6.1 Respondenti

Na pohlaví a věk se dotazovaly první dvě otázky dotazníku. Do výzkumného šetření bylo zapojeno 72,5 % (87) žen a 27,5 % (33) mužů starších 18 let (Tab. 1, Graf 1), přičemž mladších 45ti let bylo 32,5 % (39) respondentů a starších 46ti let bylo 67,5 % (81) respondentů (Tab. 2, Graf 2).

Tabulka 1. Pohlaví respondentů

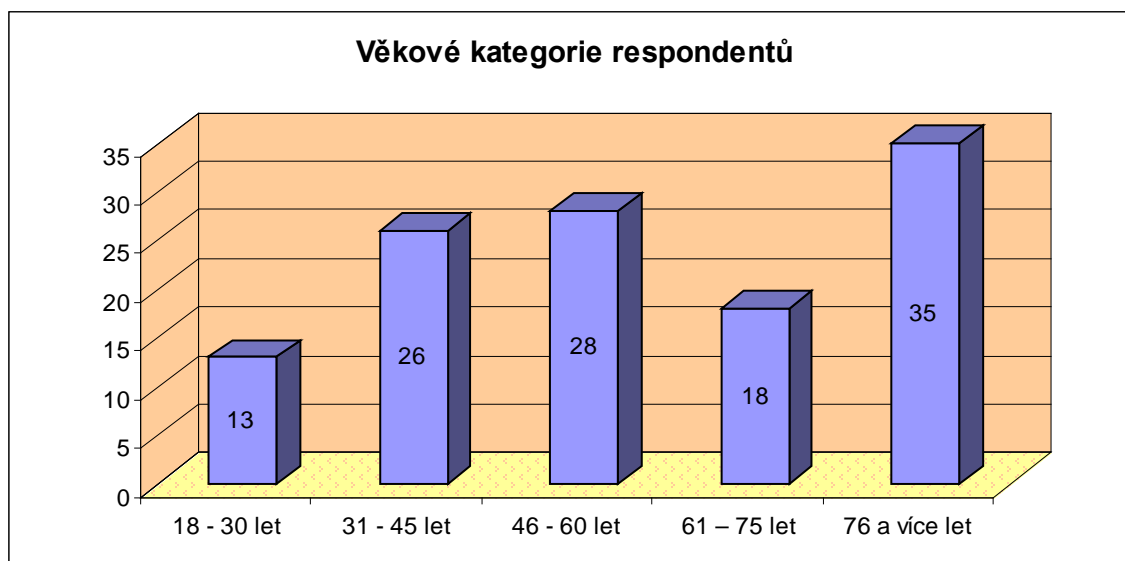
<b>Pohlaví respondentů</b>	ženy	muži	celkem
absolutní četnost	87	33	120
relativní četnost	<b>72,5 %</b>	<b>27,5 %</b>	<b>100 %</b>



Graf 1. Pohlaví respondentů

Tabulka 2. Věkové kategorie respondentů

Věkové kategorie respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
18 - 30 let	13	10,8 %
31 - 45 let	26	21,7 %
46 - 60 let	28	23,3 %
61 – 75 let	18	15 %
76 a více let	35	29,2 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 2. Věkové kategorie respondentů

#### 4.6.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření dle jednotlivých dílčích cílů

Vyhodnocení jednotlivých otázek dotazníkového šetření jsem prováděla v závislosti na jednotlivých dílčích cílech.

##### **Stravovací návyky uživatelů sociální služby, možnost podílení se na rozhodování o svém stravování**

Ke splnění dílčího cíle: *Zjistit jaké stravovací návyky mají uživatelé sociální služby a zda mají možnost podílet se na rozhodování o svém stravování*, sloužily v dotazníku otázky číslo 3, 4, 5, 6, 7 a 8.

Na otázku, zda po nástupu do pobytového zařízení museli respondenti změnit stravovací návyky odpovědělo 15,8 % (19) respondentů ano, velmi, 21,7 % (26) respondentů ano, jen nepatrně, 38,3 % (46) respondentů ne a 24,2 % (29) respondentů nedokázalo posoudit, což mohlo být způsobeno tím, že od nástupu do pobytového zařízení uplynula již řada let, nebo že v pobytových zařízeních prožili celý život nebo podstatnou část svého života (Tab. 3, Graf 3).

Na otázku, zda respondenti mohou ovlivnit skladbu jídelníčku odpovědělo 15,8 % (19) respondentů ano, významně, 42,5 % (51) respondentů ano, částečně a 41,7 % (50) respondentů ne (Tab. 4, Graf 4). Respondenti z jednoho zařízení na tuto otázku neodpovídali shodně, ale často se u respondentů z jednoho zařízení vyskytovaly všechny tři možné odpovědi. Z 58,3 % (70) respondentů, kteří odpověděli, že významně nebo alespoň částečně mohou ovlivnit jídelníček, 20 % (18) respondentů uvedlo, že tak činí přes stravovací komisi, 23,3 % (21) respondentů uvedlo výbor obyvatel, 15,6 % (14) respondentů uvedlo, že využívá „schránku připomínek“, 32,2 % (29) respondentů uvedlo, že ovlivňuje skladbu jídelníčku přímo rozhovorem s kompetentní osobou v zařízení, 8,9 % (8) respondentů uvedlo, že využívá jiný způsob ovlivnění skladby jídelníčku, a to sešit podnětů ke stravě. Z 58,3 % (70) respondentů 28,6 % (20) respondentů uvedlo 2 odpovědi, 7,1 % (5) respondentů připojilo poznámku, že jsou přímo členy stravovací komise nebo výboru obyvatel (Tab. 5, Graf 5).

Na otázku, zda mají možnost výběru jídla z více možností neuvedl žádný z respondentů, že má možnost výběru kdykoliv a kteréhokoliv chodu, 15 % (18) respondentů uvedlo, že má možnost výběru hlavního chodu, 72,5 % (87) respondentů pak uvedlo, že výběr z více

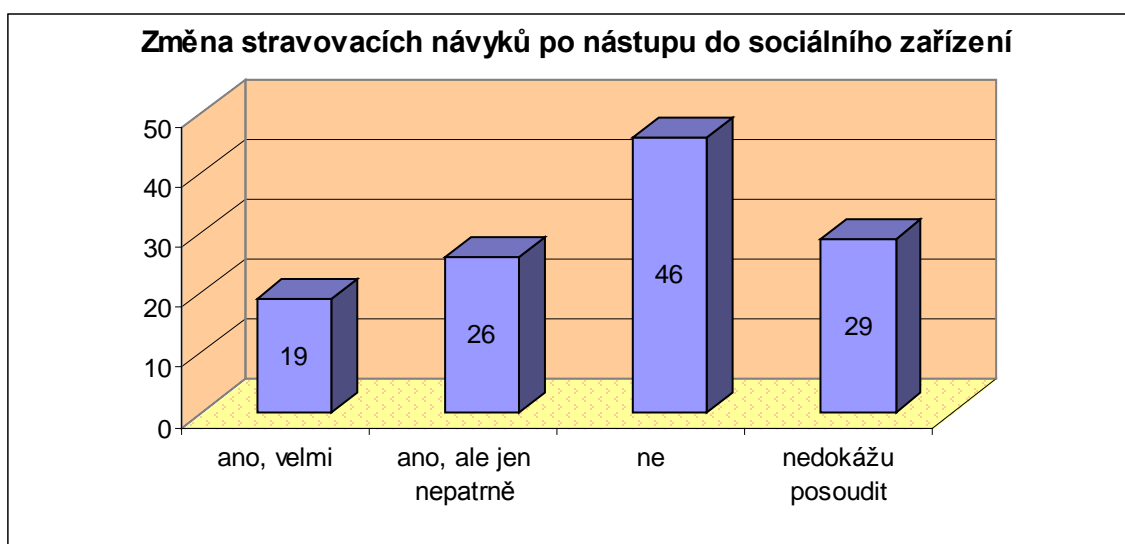
možností nemá. 12,5 % (15) respondentů odpovědělo jinak, a to, že mají možnost výběru 5x týdně, a to večere (Tab. 6, Graf 6).

Pokud se objeví v jídelníčku pokrm, který respondent nemá rád 9,2 % (11) respondentů si stravu odhlásí a jde si něco koupit, 27,5 % (33) dostane k jídlu něco jiného, z 22,5 % (27) respondentů, kteří uvedli, že to řeší jinak, 9,2 % (11) respondentů využije potravin, které si zakoupili ze svého kapesného nebo dostali od rodiny, 12,5 % (15) respondentů uvedlo, že nejí nic, a 0,8 % (1) respondentů uvedlo, že sní z dané porce méně. 40,8 % (49) respondentů uvedlo, že snědí vše, co dostanou (Tab. 7, Graf 7).

Na otázku zda mívají v jídelníčku tzv. „nedělní“ či „slavnostní“ pokrmy při příležitosti narozenin, vánočních či velikonočních svátků, 70,9 % (85) respondentů uvedlo ano, vždy, 23,3 % (28) respondentů uvedlo ano, někdy a 5,8 % (7) respondentů uvedlo ne (Tab. 8, Graf 8).

Tabulka 3. Změna stravovacích návyků po nástupu do sociálního zařízení

Změna stravovacích návyků po nástupu do sociálního zařízení	absolutní četnost	relativní četnost
ano, velmi	19	15,8 %
ano, ale jen nepatrně	26	21,7 %
ne	46	38,3 %
nedokážu posoudit	29	24,2 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

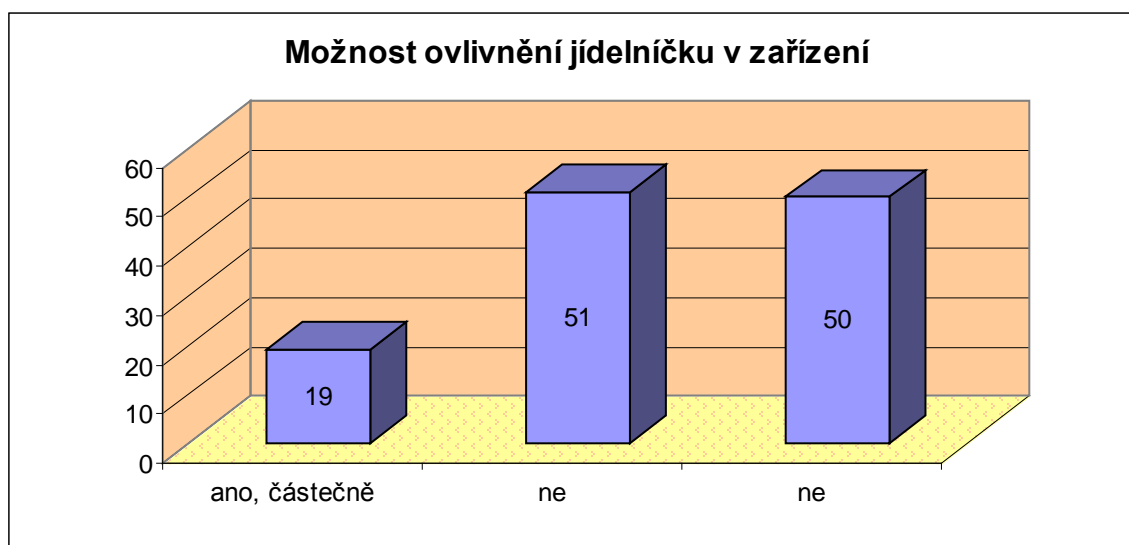


Graf 3. Změna stravovacích návyků po nástupu do sociálního zařízení



Tabulka 4. Možnost ovlivnění jídelníčku v zařízení

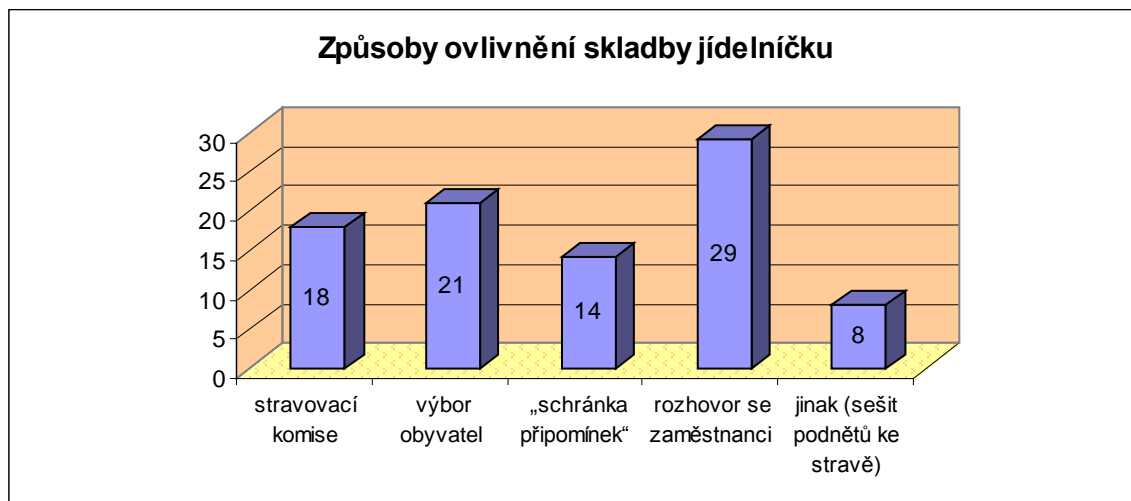
Možnost ovlivnění jídelníčku v zařízení	absolutní četnost	relativní četnost
ano, významně	19	15,8 %
ano, částečně	51	42,5 %
ne	50	41,7 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 4. Možnost ovlivnění jídelníčku v zařízení

Tabulka 5. Způsoby ovlivnění skladby jídelníčku

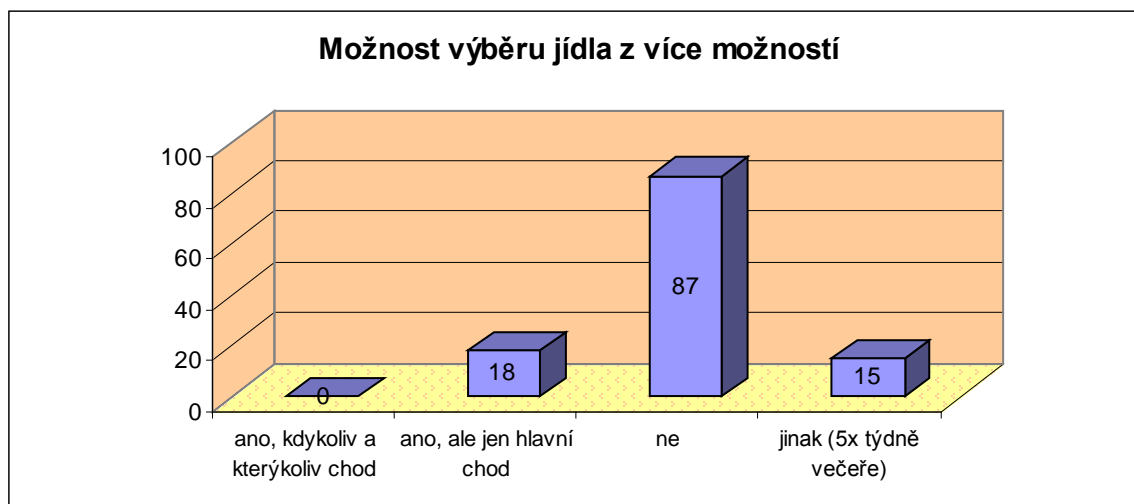
Způsoby ovlivnění skladby jídelníčku	absolutní četnost	relativní četnost
přes stravovací komisi	18	20 %
přes výbor obyvatel	21	23,3 %
přes „schránku připomínek“	14	15,6 %
přímo rozhovorem se zaměstnanci	29	32,2 %
jinak (sešit podnětů ke stravě)	8	8,9 %
<b>celkem</b>	<b>90</b>	<b>100 %</b>



Graf 5. Způsoby ovlivnění skladby jídelníčku

Tabulka 6. Možnost výběru jídla z více možností

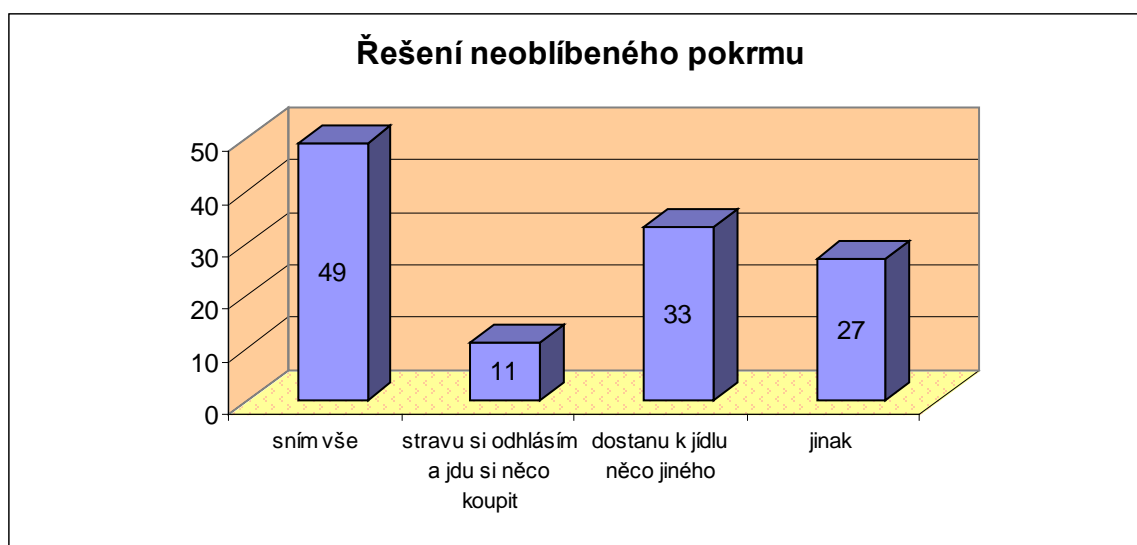
Možnost výběru jídla z více možností	absolutní četnost	relativní četnost
ano, kdykoliv a kterýkoliv chod	0	0 %
ano, ale jen hlavní chod	18	15 %
ne	87	72,5 %
jinak (5x týdně večeře)	15	12,5 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 6. Možnost výběru jídla z více možností

Tabulka 7. Řešení neoblíbeného pokrmu

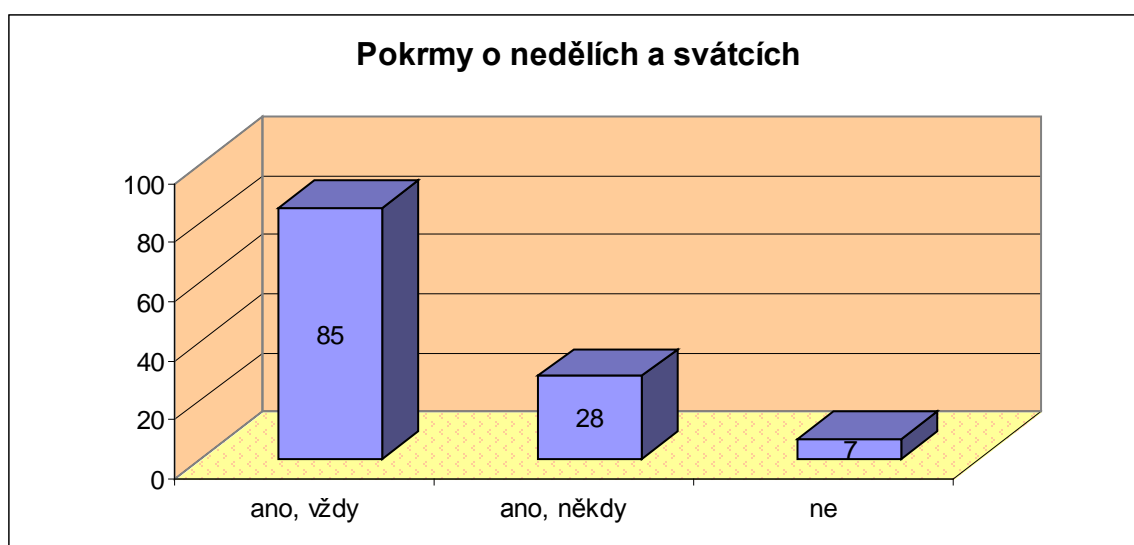
Řešení neoblíbeného pokrmu	absolutní četnost	relativní četnost
sním vše	49	40,8 %
stravu si odhlásím a jdu si něco koupit	11	9,2 %
dostanu k jídlu něco jiného	33	27,5 %
jinak	27	22,5 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 7. Řešení neoblíbeného pokrmu

Tabulka 8. Pokrmy o nedělích a svátcích

Pokrmy o nedělích a svátcích	absolutní četnost	relativní četnost
ano, vždy	85	70,9 %
ano, někdy	28	23,3 %
ne	7	5,8 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 8. Pokrmy o nedělích a svátcích

### **Bydlení a možnost rozhodování o jeho způsobu**

Ke splnění dílčího cíle: *Zjistit způsob bydlení uživatelů sociálních služeb a zda mají možnost podílet na rozhodování o svém bydlení*, sloužily otázky číslo 9, 10, 11 a 12.

Na otázku v kolika lůžkovém pokoji bydlí 50 % (60) respondentů uvedlo, že bydlí ve dvoulůžkovém pokoji, 20,8 % (25) respondentů uvedlo, že bydlí v jednolůžkovém pokoji. 17,5 % (21) respondentů uvedlo třílůžkový pokoj, čtyřlůžkový pokoj uvedlo 7,5 % (9) respondentů a 4,2 % (5) respondentů uvedlo, že bydlí v jiném pokoji, z toho 3,4 % (4) respondentů uvedlo, že bydlí v pětílůžkovém pokoji a 0,8 % (1) respondentů v šestilůžkovém pokoji (Tab. 9, Graf 9).

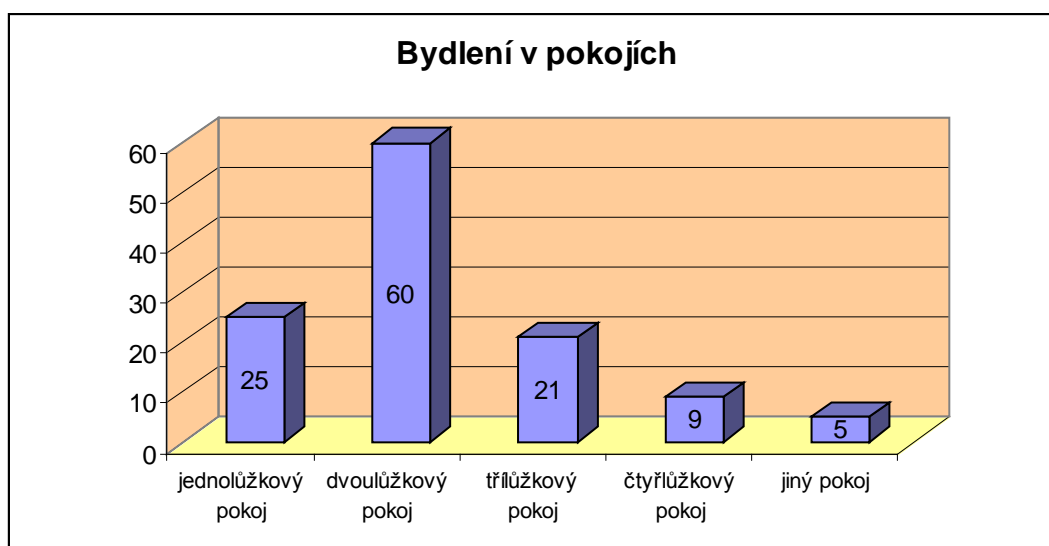
Na otázku, zda mají respondenti dostatek soukromí ve svém pokoji uvedlo 66,7 % (80) respondentů ano vždy, 27,5 % (33) respondentů uvedlo ano, někdy a 5,8 % (7) respondentů uvedlo, že dostatek soukromí ve svém pokoji nemá (Tab. 10, Graf 10).

Možnost vybavit si svůj pokoj svými osobními věcmi potvrdilo 58,3 % (70) respondentů, 40 % (48) respondentů uvedlo, že kromě osobních věcí si mohou svůj pokoj vybavit i nábytkem. 1,7 % (2) respondentů uvedlo, že si svůj pokoj nemohou vybavit ničím a žádný z respondentů neuvedl, že by si mohl vybavit svůj pokoj jen nábytkem (Tab. 11, Graf 11).

Na otázku, zda mají respondenti možnost změnit pokoj, pokud jim nevyhovuje spolubydlení uvedlo 62,6 % (75) respondentů, že neví, že tuto situaci ještě neřešili. 20,8 % (25) respondentů uvedlo, že možnost mají, ale čekají, až se uvolní místo. Možnost změnit pokoj ihned uvedlo 8,3 % (10) respondentů a 8,3 % (10) respondentů uvedlo, že měnit pokoj nemohou (Tab. 12, Graf 12).

Tabulka 9. Bydlení v pokojích

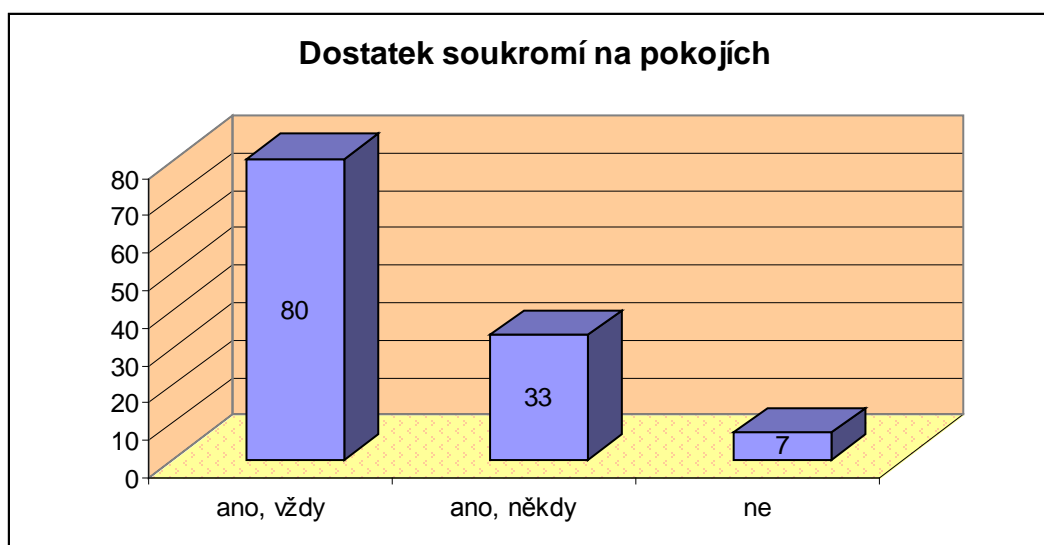
Bydlení v pokojích	absolutní četnost	relativní četnost
jednolůžkový pokoj	25	20,8 %
dvoulůžkový pokoj	60	50 %
třilůžkový pokoj	21	17,5 %
čtyřlůžkový pokoj	9	7,5 %
jiný pokoj	5	4,2 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 9. Bydlení v pokojích

Tabulka 10. Dostatek soukromí na pokojích

<b>Dostatek soukromí na pokojích</b>	absolutní četnost	relativní četnost
ano, vždy	80	66,7 %
ano, někdy	33	27,5 %
ne	7	5,8 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

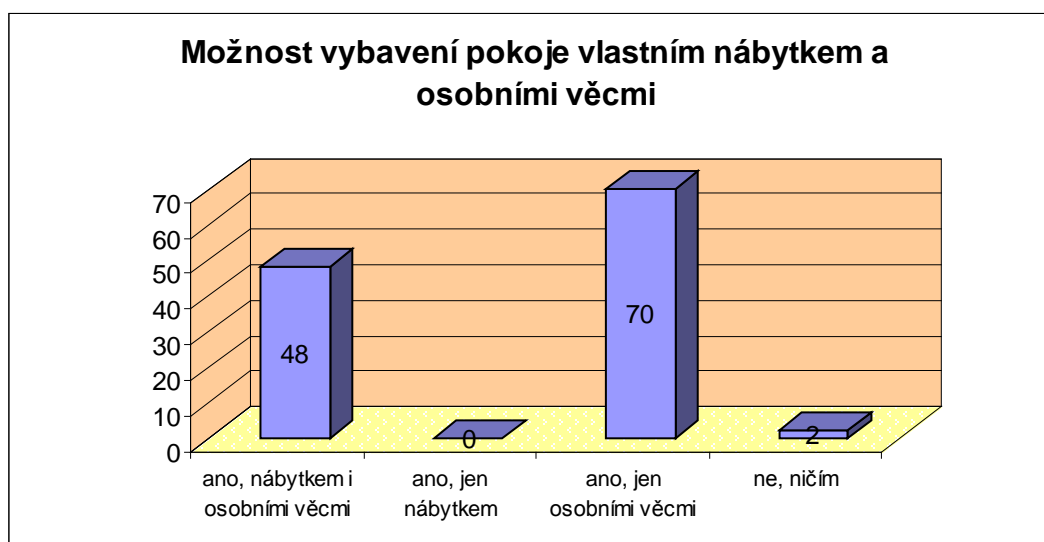


Graf 10. Dostatek soukromí na pokojích



Tabulka 11. Možnost vybavení pokoje vlastním nábytkem a osobními věcmi

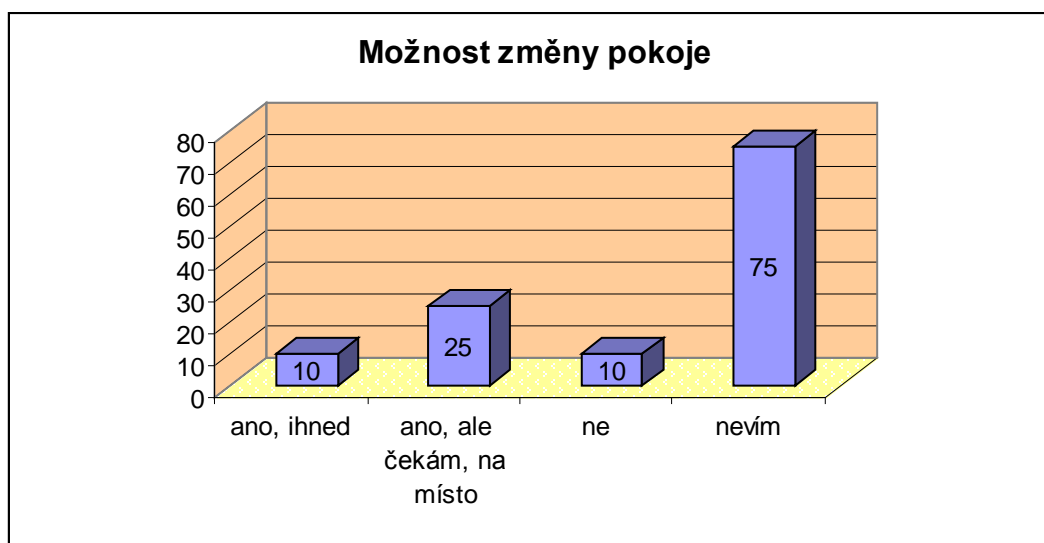
<b>Možnost vybavení pokoje vlastním nábytkem a osobními věcmi</b>	absolutní četnost	relativní četnost
ano, nábytkem i osobními věcmi	48	40 %
ano, jen nábytkem	0	0 %
ano, jen osobními věcmi	70	58,3 %
ne, ničím	2	1,7 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 11. Možnost vybavení pokoje vlastním nábytkem a osobními věcmi

Tabulka 12. Možnost změny pokoje

Možnost změny pokoje	absolutní četnost	relativní četnost
ano, ihned	10	8,3 %
ano, ale čekám, až se uvolní místo	25	20,8 %
ne	10	8,3 %
nevím	75	62,6 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 12. Možnost změny pokoje

**Možnost podílení se na rozhodování o způsobu trávení volného času**

Ke splnění dílčího cíle: *Zjistit, zda se uživatelé sociální služby mají možnost podílet na rozhodování o způsobu trávení svého volného času*, sloužily otázky číslo 13, 14, 15 a 16, 25 a 26.

Na otázku, zda respondentům vyhovuje stanovený režim dne v zařízení 60,8 % (73) respondentů uvedlo, že jim vyhovuje zcela, 38,3 % (46) respondentů uvedlo, že jim režim dne vyhovuje z velké části a pokud je třeba, dokáží se přizpůsobit. Jen 0,8 % (1) respondentů uvedlo, že jim režim dne nevyhovuje, a to zejména ranní vstávání (Tab. 13, Graf 13).

Na otázku, zda mají respondenti možnost kouřit ve svém zařízení uvedlo 4,2 % (5) respondentů, že mohou kouřit na vyhrazených místech, jako jsou např. kuřárna nebo chodba, 12,5 % (15) respondentů uvedlo, že mohou kouřit jen mimo zařízení. Možnost kouřit téměř kdekoliv neuvedl žádný z respondentů. 83,3 % (100) respondentů uvedlo, že nekouří (Tab. 14, Graf 14).

Na otázku, zda jsou respondenti dostatečně informováni o trávení volného času v zařízení uvedlo 65,9 % (79) respondentů, že mají vždy dostatek informací, 20,8 % (25) respondentů uvedlo, že tyto informace mají jen někdy. 0,8 % (1) respondentů uvedlo, že nejsou dostatečně informováni, 12,5 % (15) respondentů uvedlo, že se o možnosti trávení volného času nezajímá (Tab. 15, Graf 15).

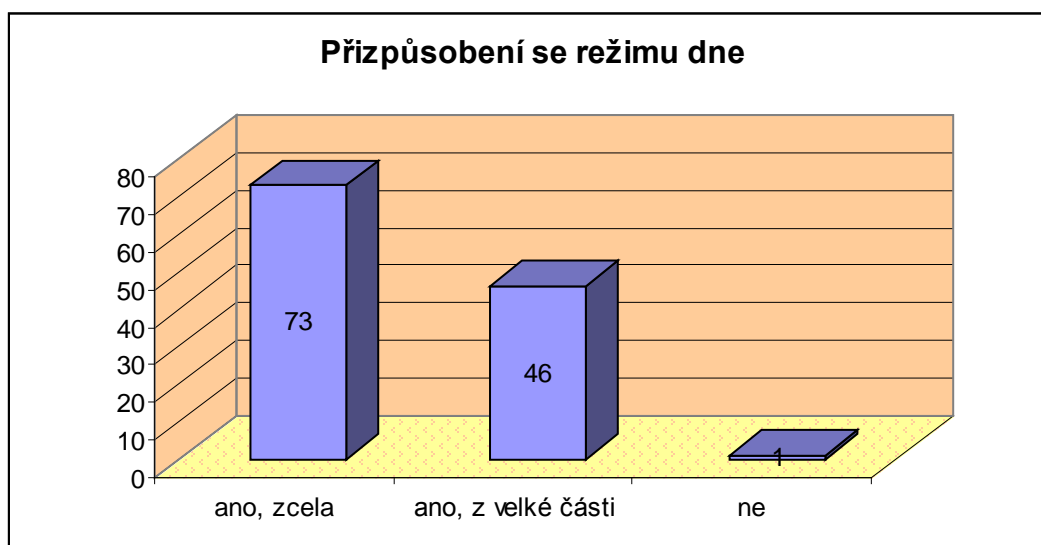
64,7 % (90) respondentů uvedlo, že informace o možnostech trávení volného času získává ústně od personálu, 33,1 % (46) respondentů uvedlo, že informace získává na nástěnkách, 2,2 % (3) respondentů uvedlo, že to nedokážou posoudit, protože se o možnosti trávení volného času nezajímají. Možnost, že informace nejsou k dispozici, nebo že informace respondenti získávají jinak, neuvedl žádný z respondentů. 15,8 % (19) respondentů pak uvedlo z nabízených možností dvě odpovědi (Tab. 16, Graf 16).

Na otázku, zda jsou respondenti dostatečně informováni o akcích ve svém městě či vesnici a blízkém okolí 38,3 % (46) respondentů uvedlo ano, vždy, 29,2 % (35) respondentů uvedlo ano, někdy, 13,3 % (16) respondentů uvedlo ne. 19,2 % (23) respondentů uvedlo, že se o akce v okolí nezajímají (Tab. 17, Graf 17). Možnost navštěvovat tyto akce vždy a samostatně pak uvedlo 11,6 % (14) respondentů, 14,2 % (17) respondentů uvedlo, že vždy, ale s doprovodem personálu. Možnost akce v blízkém okolí navštěvovat jen někdy, dle

možností personálu, uvedlo 44,2 % (53) respondentů. 10 % (12) respondentů uvedlo, že tyto akce nemohou navštěvovat a 20 % (24) uvedlo, že se o to zda mohou navštěvovat akce v blízkém okolí nezajímají (Tab. 18, Graf 18).

Tabulka 13. Přizpůsobení se režimu dne

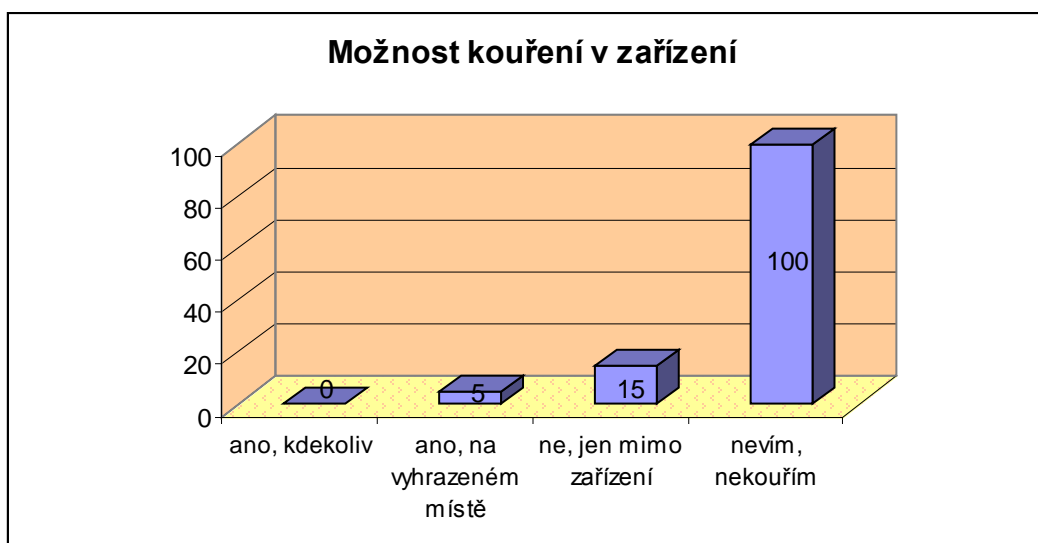
<b>Přizpůsobení se režimu dne</b>	absolutní četnost	relativní četnost
ano, zcela	73	60,8 %
ano, z velké části	46	38,3 %
ne	1	0,8 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 13. Přizpůsobení se režimu dne

Tabulka 14. Možnost kouření v zařízení

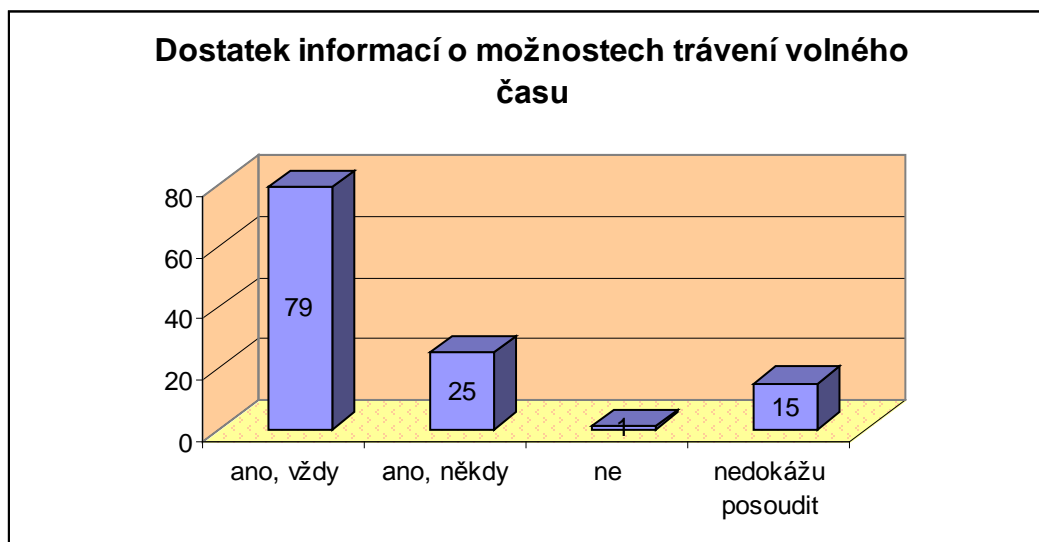
Možnost kouření v zařízení	absolutní četnost	relativní četnost
ano, kdekoliv	0	0 %
ano, na vyhrazeném místě	5	4,2 %
ne, jen mimo zařízení	15	12,5 %
nevím, nekouřím	100	83,3 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 14. Možnost kouření v zařízení

Tabulka 15. Dostatek informací o možnostech trávení volného času

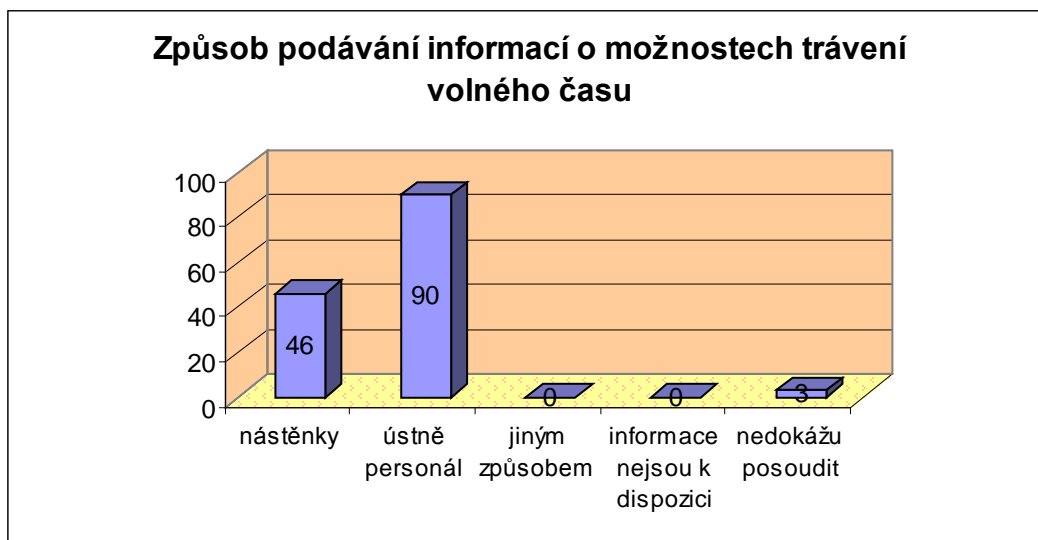
Dostatek informací o možnostech trávení volného času	absolutní četnost	relativní četnost
ano, vždy	79	65,9 %
ano, někdy	25	20,8 %
ne	1	0,8 %
nedokážu posoudit	15	12,5 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 15. Dostatek informací o možnostech trávení volného času

Tabulka 16. Způsob podávání informací o možnostech trávení volného času

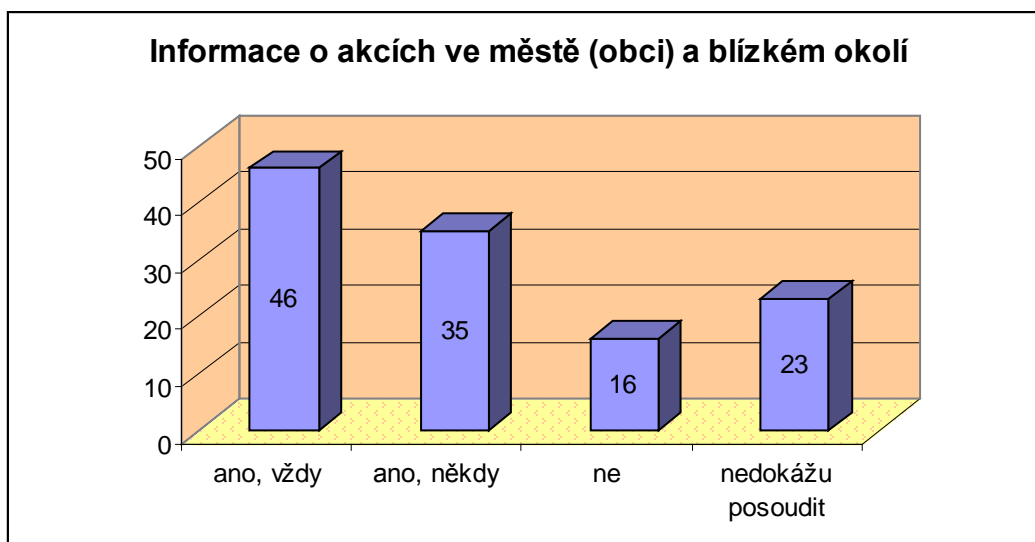
Způsob podávání informací o možnostech trávení volného času	absolutní četnost	relativní četnost
nástěnky	46	33,1 %
ústně personál	90	64,7 %
jiným způsobem	0	0 %
informace nejsou k dispozici	0	0 %
nedokážu posoudit	3	2,2 %
<b>celkem</b>	<b>139</b>	<b>100 %</b>



Graf 16. Způsob podávání informací o možnostech trávení volného času

Tabulka 17. Informace o akcích ve městě (obci) a blízkém okolí

<b>Informace o akcích ve městě (obci) a blízkém okolí</b>	absolutní četnost	relativní četnost
ano, vždy	46	38,3 %
ano, někdy	35	29,2 %
ne	16	13,3 %
nedokážu posoudit, nezajímám se	23	19,2 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>

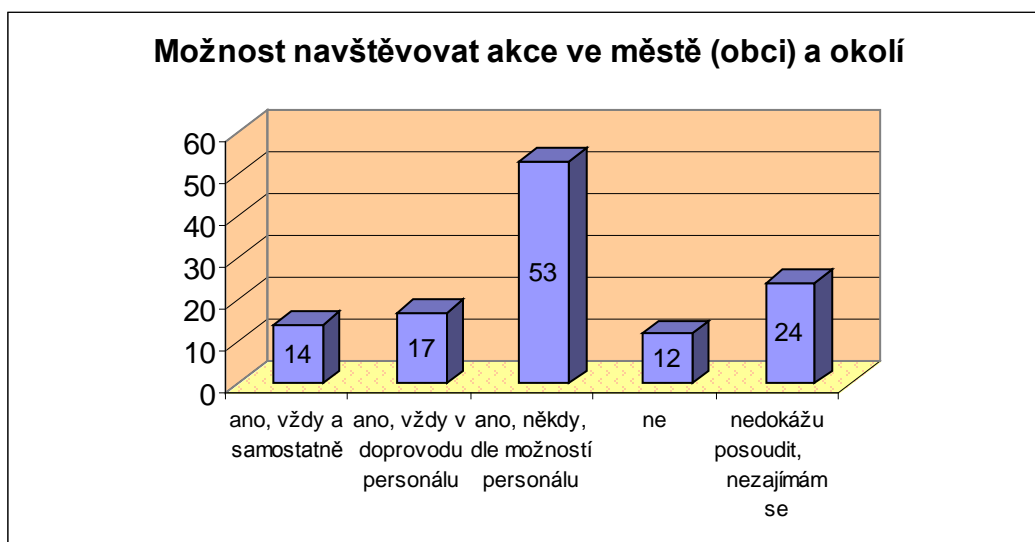


Graf 17. Informace o akcích ve městě (obci) a blízkém okolí



Tabulka 18. Možnost navštěvovat akce ve městě (obci) a blízkém okolí

Možnost navštěvovat akce ve městě (obci) a blízkém okolí	absolutní četnost	relativní četnost
ano, vždy a samostatně	14	11,6 %
ano, vždy v doprovodu personálu	17	14,2 %
ano, někdy, dle možností personálu	53	44,2 %
ne	12	10 %
nedokážu posoudit, nezajímám se	24	20 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 18. Možnost navštěvovat akce ve městě (obci) a blízkém okolí

### Nabídka volnočasových aktivit a jejich využívání

Ke splnění dílčího cíle: *Zjistit, zda zařízením nabízené volnočasové aktivity jsou uživateli sociální služby využívány a zda jsou nabízeny v dostatečné míře*, sloužily otázky číslo 17, 18, 23 a 24.

Na otázku, zda se respondenti účastní volnočasových aktivit 56,7 % (68) respondentů uvedlo, že volnočasové aktivity navštěvuje pravidelně, 28,3 % (34) respondentů uvedlo, že aktivity navštěvuje jen zřídka a 15 % (18) respondentů uvedlo, že volnočasové aktivity nenavštěvují (Tab. 19, Graf 19).

Vyhodnotíme-li účast na volnočasových aktivitách dle pohlaví, pak 64,4 % (56) žen uvedlo, že aktivity navštěvují pravidelně, mužů tuto možnost uvedlo 36,4 % (12). Účast na aktivitách jen zřídka uvedlo 24,1 % (21) žen a 39,4 % (13) mužů. Možnost, že se volnočasových aktivit neúčastní, uvedlo 11,5 % (10) žen a 24,2 % (8) mužů (Tab. 10, Graf 10).

Z nabízených volnočasových aktivit byly nejčastěji respondenty využívány výtvarná dílna, keramická dílna a šicí dílna. Méně často respondenti uvedli využívání tkací dílny, košíkářské dílny, muzikoterapie a počítačů. Z volby jiných volnočasových aktivit respondenti uvedli dramaterapii, filmový klub, dřevařskou dílnu, vaření/pečení, výrobu svíček, společenské hry a „hravou školu“ (Tab. 21, Graf 21).

Některou z volnočasových aktivit využívá minimálně 1-2x týdně 36,8 % (32) žen a 33,3 % (11) mužů, minimálně 2 aktivity 1-2x týdně využívá 18,4 % (16) žen a 15,2 % (5) mužů, minimálně 1-2x týdně využívá 16,1 % (14) žen a 6,1 % (2) mužů, 4, 5 a 6 různých aktivit minimálně 1-2x týdně navštěvují pouze ženy - 9,1 % (8), některou z aktivit maximálně 3x měsíčně navštěvuje 8,1 % (7) žen a 21,2 % (7) mužů (Tab. 22, Graf 22; Tab. 23, Graf 23).

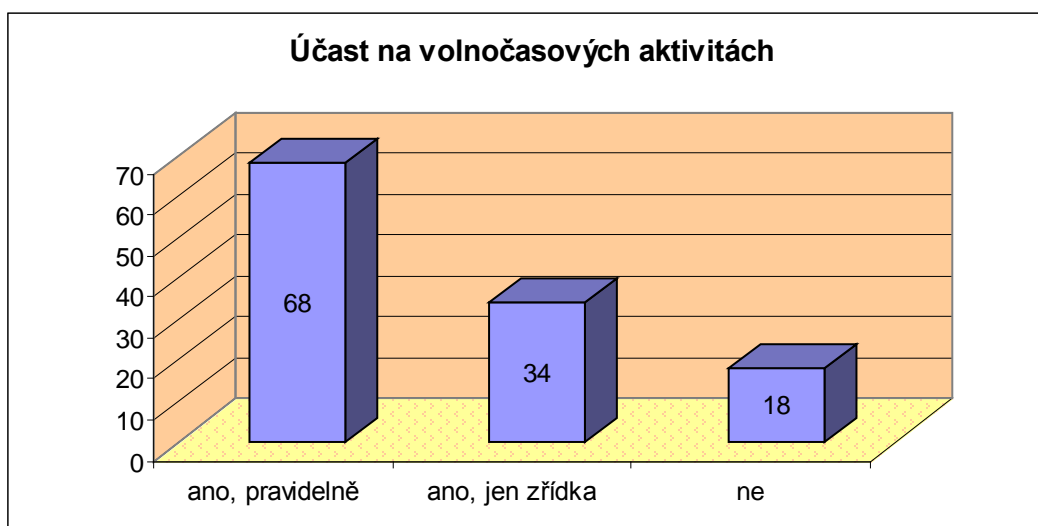
Pravidelnou účast na jednorázových akcích pořádaných zařízením uvedlo 70 (58,3 %) respondentů, zřídka účast uvedlo 42 (35 %) respondentů a jen 8 (6,7 %) respondentů uvedlo, že tyto akce nenavštěvuje (Tab. 34, Graf 34).

Vyhodnotíme-li na účast na jednorázových akcích dle pohlaví, pak 62,1 % (54) žen a 48,5 % (16) mužů uvedlo, že tyto akce navštěvují pravidelně, 33,3 % (29) žen a 39,4 % (13) mužů uvedlo, že jednorázové akce navštěvují jen zřídka. 4,6 % (4) žen a 12,1 % (4) mužů uvedlo, že tyto akce nenavštěvují (Tab. 35, Graf 35).

Největší oblibě u obou pohlaví se těší akce v zařízení, jako jsou koncerty, diskotéky a karnevaly, dále pak celodenní výlety, rekreace a bohoslužby v zařízení. Naopak nejméně jsou navštěvovány kina, divadla a plavecký bazén. Z jiných akcí 1,7 % (2) respondentů uvedlo, že navštěvují Univerzitu třetího věku a 1,7 % (2) respondentů uvedlo, že navštěvují v rámci ročního předplatného Slovácké divadlo v Uherském Hradišti (Tab. 36, Graf 36; Tab. 37, Graf 37).

Tabulka 19. Účast na volnočasových aktivitách

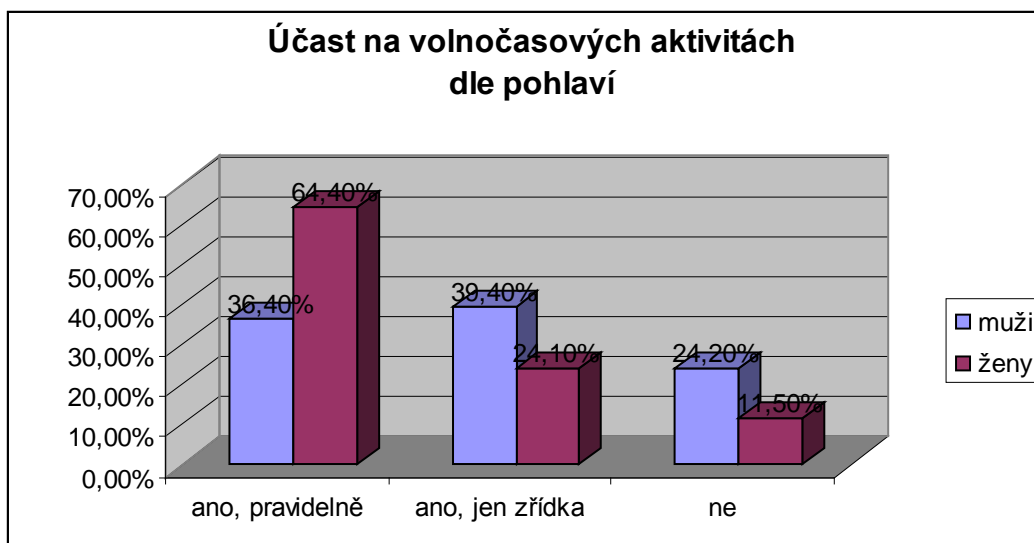
Účast na volnočasových aktivitách	absolutní četnost	relativní četnost
ano, pravidelně	68	56,7 %
ano, jen zřídka	34	28,3 %
ne	18	15 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 19. Účast na volnočasových aktivitách

Tabulka 20. Účast na volnočasových aktivitách dle pohlaví

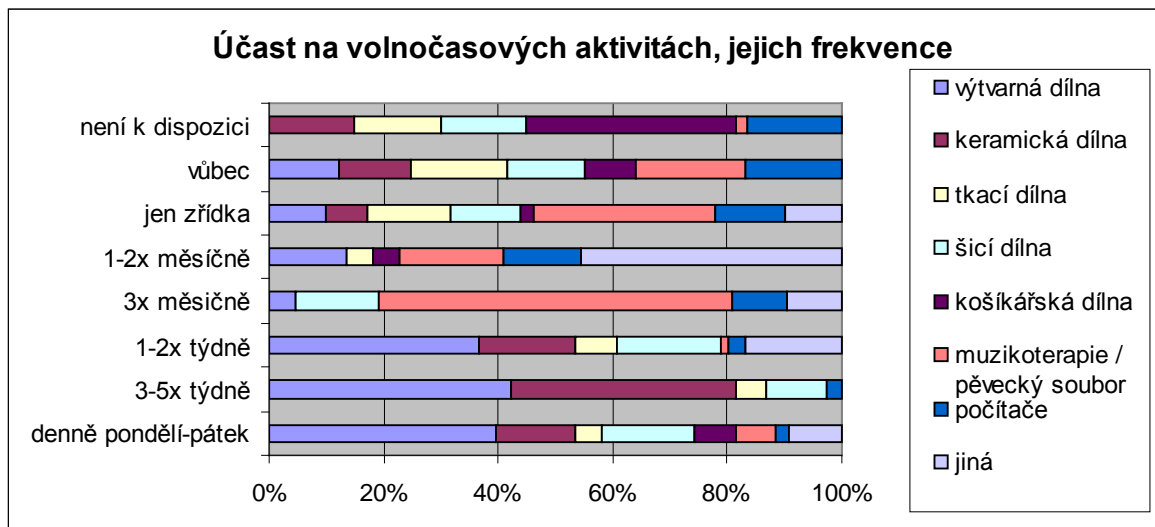
Účast na volnočasových aktivitách dle pohlaví	Muži	%	Ženy	%
ano, pravidelně	12	36,4 %	56	64,4 %
ano, jen zřídka	13	39,4 %	21	24,1 %
ne	8	24,2 %	10	11,5 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



Graf 20. Účast na volnočasových aktivitách dle pohlaví

Tabulka 21. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence

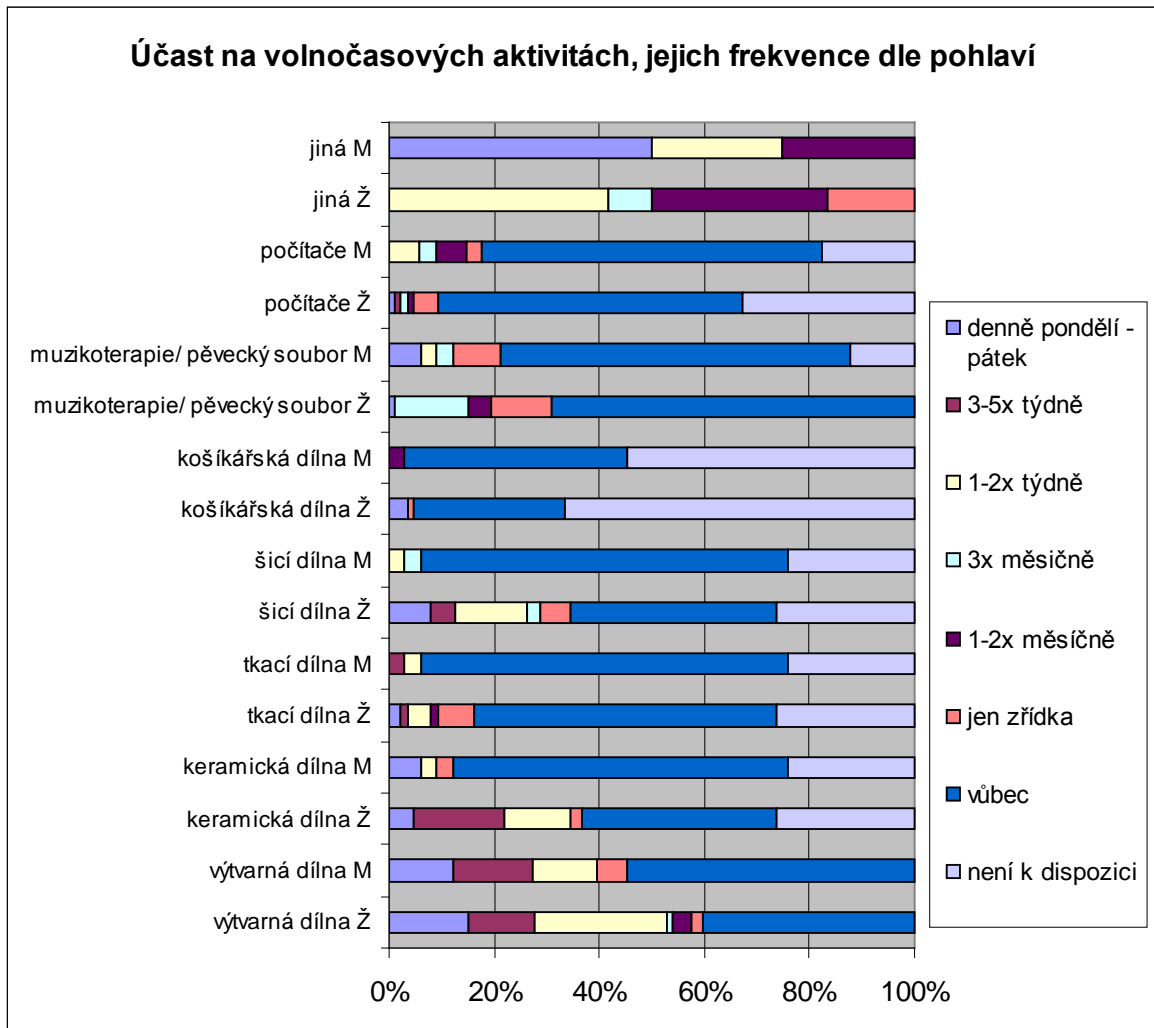
Aktivita	Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence								
	denně - pondělí - pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x měsíčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici	Celkem
výtvarná dílna	17	16	26	1	3	4	53	0	<b>120</b>
keramická dílna	6	15	12	0	0	3	53	31	<b>120</b>
tkací dílna	2	2	5	0	1	6	73	31	<b>120</b>
šicí dílna	7	4	13	3	0	5	57	31	<b>120</b>
košíkářská dílna	3	0	0	0	1	1	39	76	<b>120</b>
muzikoterapie/ pěvecký soubor	3	0	1	13	4	13	82	4	<b>120</b>
počítače	1	1	2	2	3	5	72	34	<b>120</b>
jiná – celkem (detailně viz niže)	4	0	12	2	10	4	0	0	<b>32</b>
<i>dramaterapie</i>			3						
<i>filmový klub</i>			4						
<i>dřevařská dílna</i>	2								
<i>společenské hry</i>	2			1		1			
<i>trénink paměti</i>			2	1		1			
<i>výroba svíček</i>			1						
<i>vaření/pečení</i>					10	2			
<i>„hravá škola“</i>			2						
<b>celkem</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>71</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>41</b>	<b>429</b>	<b>207</b>	<b>872</b>



Graf 21. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence

Tabulka 22. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví

Aktivita	Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví - <b>ženy/muži</b>								
	denně - pondělí - pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x měsíčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici	Celkem
výtvarná dílna	13/4	11/5	22/4	1/0	3/0	2/2	35/18	0	87/33
keramická dílna	4/2	150/	11/1	0	0	2/1	32/21	23/8	87/33
tkací dílna	2/0	1/1	4/1	0	1/0	6/0	50/23	23/8	87/33
šicí dílna	7/0	4/0	12/1	2/1	0	5/0	34/23	23/8	87/33
košíkářská dílna	3/0	0	0	0	0/1	1/0	25/14	58/18	87/33
muzikoterapie/ pěvecký soubor	1/2	0	0/1	12/1	4/0	10/3	60/22	0/4	87/33
počítače	1/0	1/0	0/2	1/1	2/1	4/1	50/22	28/6	87/33
jiná – celkem (detailně viz níže)	0/4	0	10/2	2/0	8/2	4/0	0	0	24/8
<i>dramaterapie</i>			3/0						
<i>filmový klub</i>			3/1						
<i>děveřská dílna</i>	0/2								
<i>společenské hry</i>	0/2			1/0		1/0			
<i>trénink paměti</i>			2/0	1/0		1/0			
<i>výroba svíček</i>			0/1						
<i>vaření/pečení</i>					8/2	2/0			
<i>„hravá škola“</i>			2/0						
<b>Celkem</b> <b>ženy/muži</b>	<b>31/12</b>	<b>32/6</b>	<b>59/12</b>	<b>18/3</b>	<b>18/4</b>	<b>34/7</b>	<b>143/286</b>	<b>52/155</b>	<b>239/639</b>

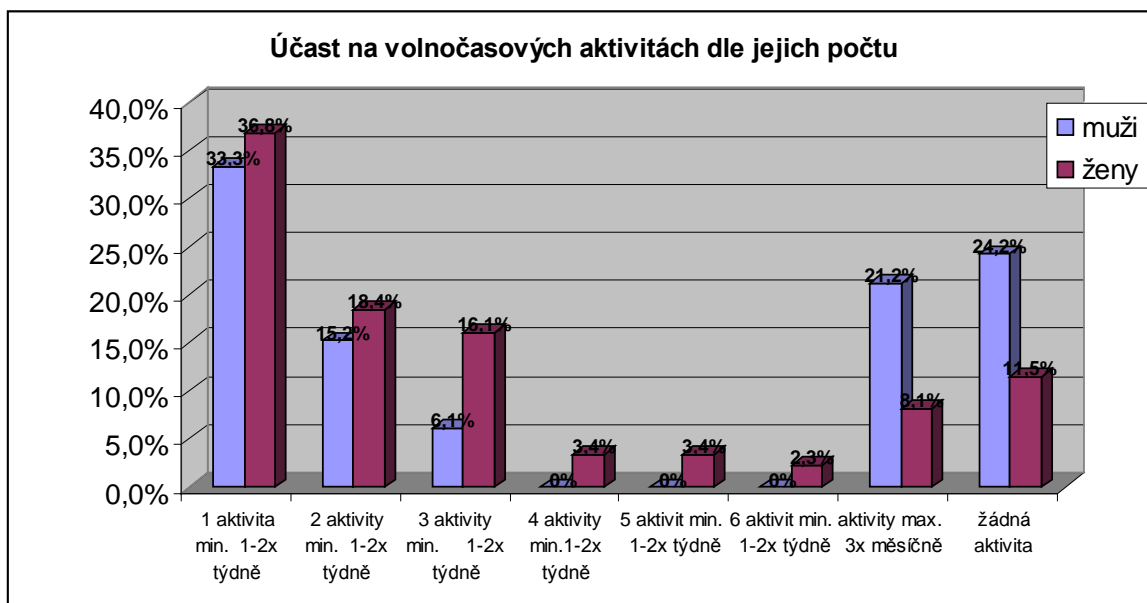


Graf 22. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví



Tabulka 23. Účast na volnočasových aktivitách dle jejich počtu

Účast na volnočasových aktivitách dle jejich počtu	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
1 aktivita min. 1-2x týdně	11	33,3 %	32	36,8 %	43	35,8 %
2 aktivity min. 1-2x týdně	5	15,2 %	16	18,4 %	21	17,5 %
3 aktivity min. 1-2x týdně	2	6,1 %	14	16,1 %	16	13,3 %
4 aktivity min. 1-2x týdně	0	0 %	3	3,4 %	3	2,5 %
5 aktivit min. 1-2x týdně	0	0 %	3	3,4 %	3	2,5 %
6 aktivit min. 1-2x týdně	0	0 %	2	2,3 %	2	1,7 %
aktivity max. 3x měsíčně	7	21,2 %	7	8,1 %	14	11,7 %
žádná aktivita	8	24,2 %	10	11,5 %	18	15 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 23. Účast na volnočasových aktivitách dle jejich počtu

### **Nabídka rehabilitačních a sportovních aktivit a jejich návštěvnost**

Ke splnění dílčího cíle: *Zjistit, zda zařízením nabízené rehabilitační a sportovní aktivity jsou uživateli sociální služby využívány a zda jsou nabízeny v dostatečné míře, sloužily otázky číslo 19, 20, 24 a 25.*

Na otázku, zda se účastní rehabilitačních a sportovních aktivit uvedlo 54,2 % (65) respondentů ano, pravidelně, 29,2 % (35) respondentů uvedlo, že se účastní rehabilitačních a sportovních aktivit jen zřídka, 16,6 % (20) respondentů uvedlo, že se těchto aktivit neúčastní (Tab. 24, Graf 24).

Rehabilitačních a sportovních aktivit se pravidelně účastní 56,3 % (49) žen a 48,5 % (16) mužů, 29,9 % (26) žen a 27,3 % (9) mužů se rehabilitačních a sportovních aktivit účastní jen zřídka, 13,8 % (12) žen a 24,2 % (8) mužů se těchto aktivit neúčastní (Tab. 25, Graf 25).

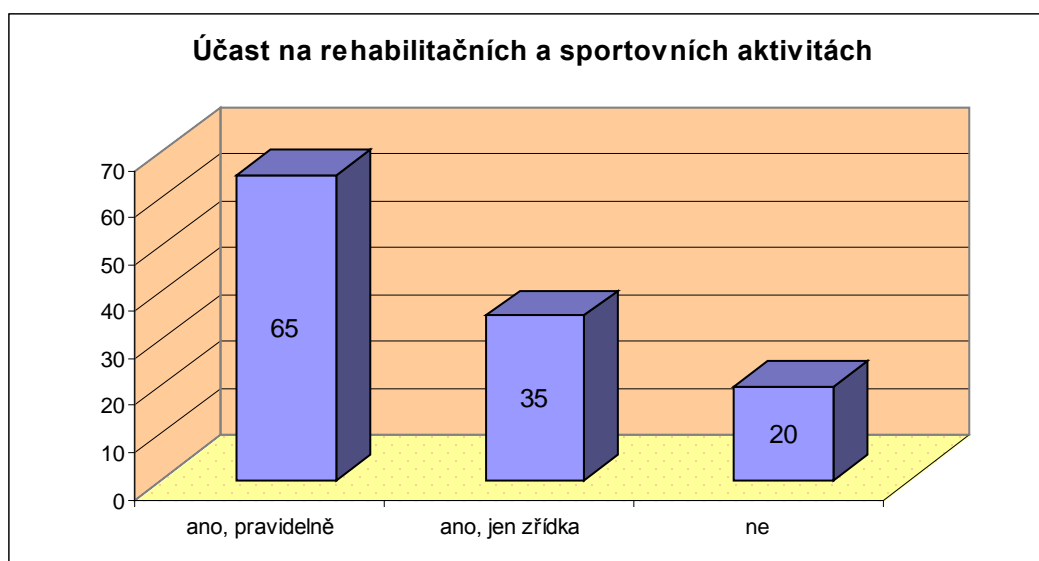
Z nabízených rehabilitačních a sportovních aktivit byly nejčastěji respondenty využívány vycházky a rehabilitační cvičení. Méně se respondenti účastní míčových her, plavání a tanečního souboru. Z volby jiných rehabilitačních a sportovních aktivit respondenti uvedli jízdu na rotopedu či koloběžce, sportovní turnaje v šipkách a kuželkách, ping-pong a perličkové koupele (Tab. 26, Graf 26).

Některou z rehabilitačních a sportovních aktivit využívá minimálně 1-2x týdně 41,1 % (36) žen a 21,2 % (7) mužů, 2 aktivity 1-2x týdně využívá 23 % (20) žen a 18,2 % (6) mužů, 3 aktivity minimálně 1-2x týdně využívá 10,4 % (9) žen a 18,2 % (6) mužů. 4 a 5 aktivit minimálně 1-2x týdně pak využívají jen ženy, a to 10,3 % (9). Některou z aktivit maximálně 3x měsíčně využívá 1,1 % (1) žen a 18,2 % (6) mužů. (Tab. 27, Graf 27; Tab. 28, Graf 28).

Ze sportovních jednorázových akcí se největší oblibě těší u obou pohlaví sportovní akce mimo zařízení, turistické výšlapy a u menší části respondentů cyklistické výlety. Ženy více než muži preferují návštěvu plaveckého bazénu (Tab. 36, Graf 36; Tab. 37, Graf 37).

Tabulka 24. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách

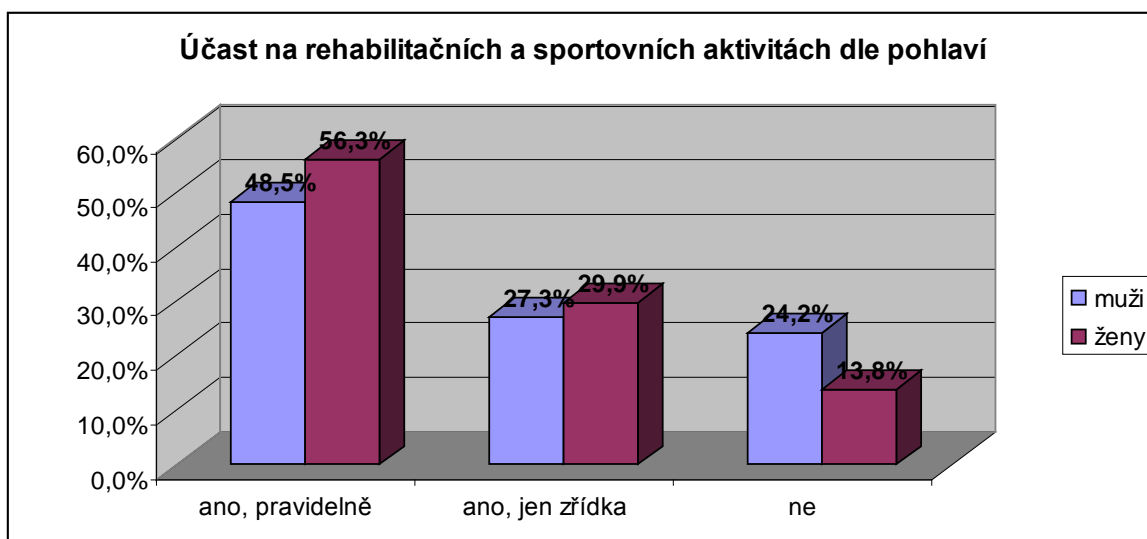
Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách	absolutní četnost	relativní četnost
ano, pravidelně	65	54,2 %
ano, jen zřídka	35	29,2 %
ne	20	16,6 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 24. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách

Tabulka 25. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle pohlaví

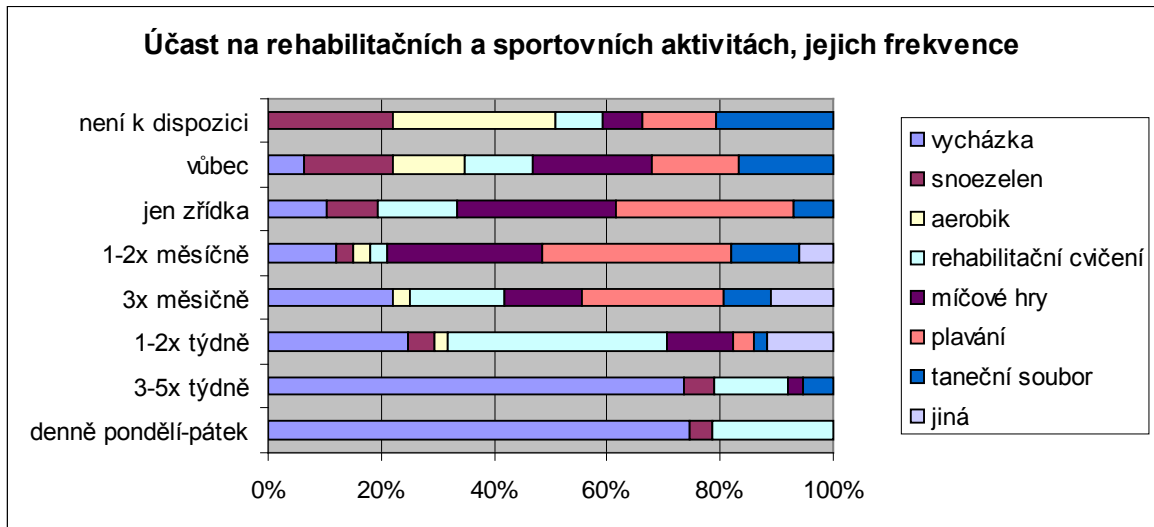
Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle pohlaví	Muži	%	Ženy	%
ano, pravidelně	16	48,5 %	49	56,3 %
ano, jen zřídka	9	27,3 %	26	29,9 %
ne	8	24,2 %	12	13,8 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



Graf 25. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle pohlaví

Tabulka 26. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence

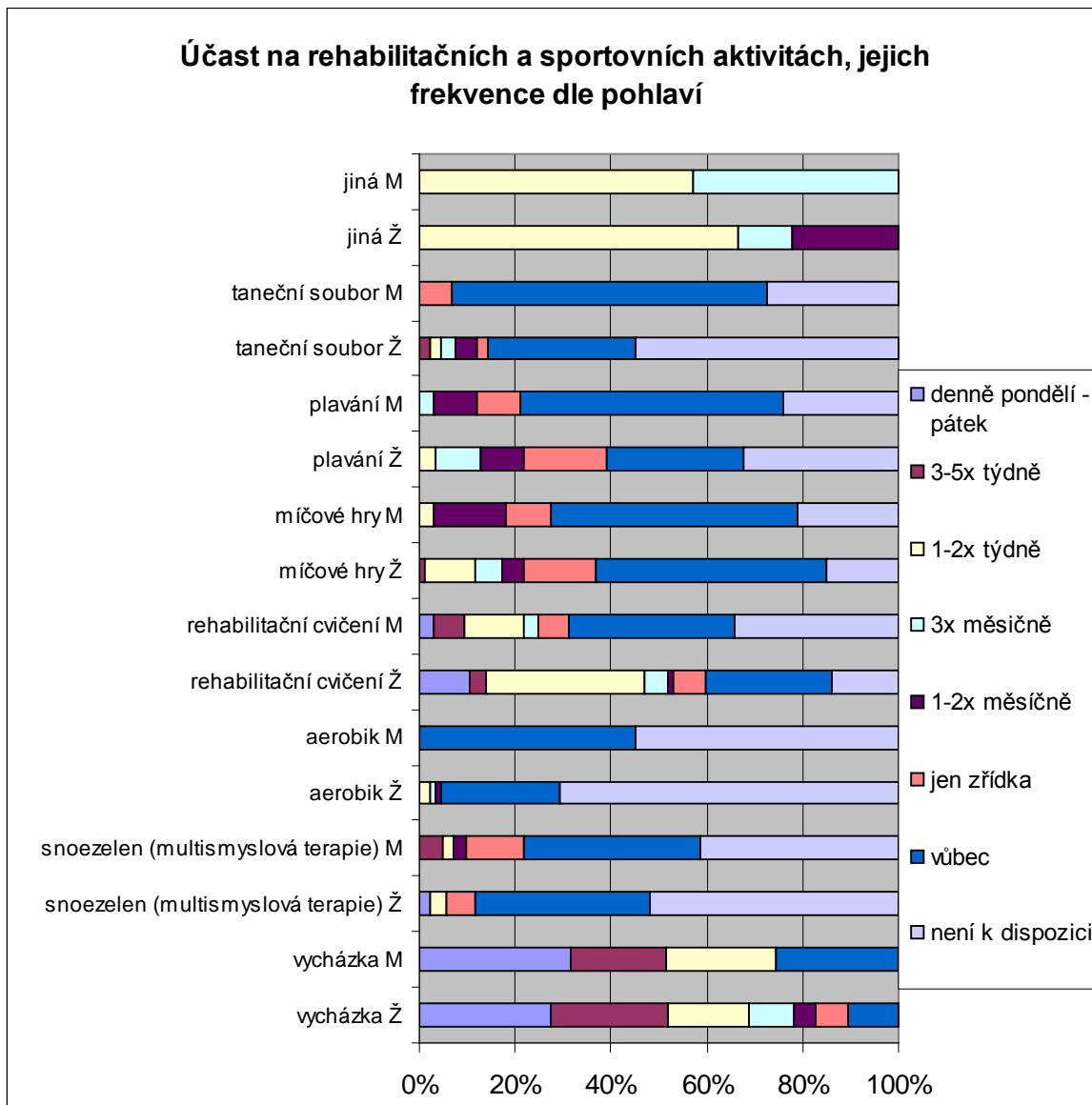
Aktivita	Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence								
	denně - pondělí - pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x měsíčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici	Celkem
vycházka	35	28	21	8	4	6	18	0	<b>120</b>
snoezelen (multismyslová terapie)	2	2	4	0	1	5	44	62	<b>120</b>
aerobik	0	0	2	1	1	0	36	80	<b>120</b>
rehabilitační cvičení	10	5	33	6	1	8	34	23	<b>120</b>
míčové hry	0	1	10	5	9	16	59	20	<b>120</b>
plavání	0	0	3	9	11	18	43	36	<b>120</b>
taneční soubor	0	2	2	3	4	4	47	58	<b>120</b>
jiná – celkem (detailně viz níže)	0	0	10	4	2	0	0	0	<b>16</b>
<i>rotoped, koloběžka</i>			2	1	1				
<i>sportovní turnaje (šipky, kuželky)</i>			7						
<i>ping - pong</i>				1					
<i>perličkové koupele</i>			1	2	1				
<b>celkem</b>	<b>47</b>	<b>38</b>	<b>85</b>	<b>36</b>	<b>33</b>	<b>57</b>	<b>281</b>	<b>279</b>	<b>856</b>



Graf 26. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence

Tabulka 27. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví

Aktivita	Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví ženy / muži								
	denně - pondělí - pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x mě- síčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici	Celkem
vycházka	24/11	21/7	15/6	8/0	4/0	6/0	9/9	0	87/33
snoezelen (multismyslová terapie)	2/0	0/2	3/1	0	0/1	5/0	32/12	45/17	87/33
aerobik	0	0	2/0	1/0	1/0	0	22/14	63/17	87/33
rehabilitační cvičení	9/1	3/2	29/4	4/2	1/0	6/2	23/11	12/11	87/33
míčové hry	0	1/0	9/1	5/0	4/5	13/3	42/17	13/7	87/33
plavání	0	0	3/0	8/1	8/3	15/3	25/18	28/8	87/33
taneční soubor		2/0	2/0	3/0	4/0	2/2	28/19	50/8	87/33
jiná – celkem (detailně viz níže)	0	0	6/4	1/3	2/0	0	0	0	9/7
rotoped, koloběžka			2/0	0/1	1/0				
sportovní turnaje (šipky, kuželky)			3/4						
ping - pong				1/0					
perličkové koupele			1/0	0/2	1/0				
<b>Celkem ženy/muži</b>	<b>35/12</b>	<b>27/11</b>	<b>69/16</b>	<b>30/6</b>	<b>24/9</b>	<b>47/10</b>	<b>181/100</b>	<b>211/68</b>	<b>232/624</b>

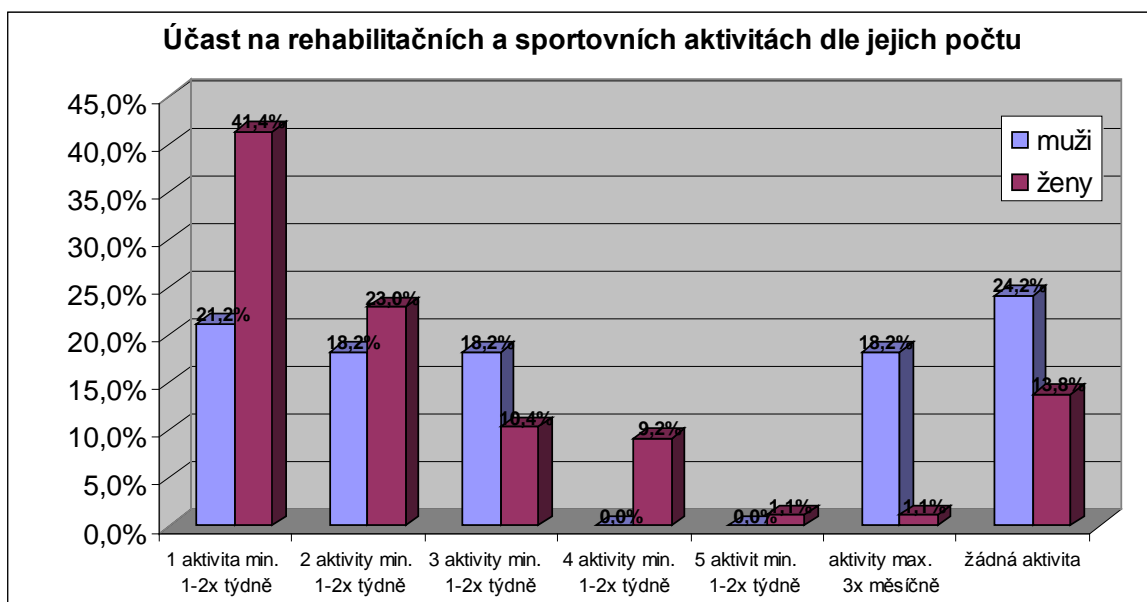


Graf 27. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví



Tabulka 28. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle jejich počtu

Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle jejich počtu	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
1 aktivita min. 1-2x týdně	7	21,2 %	36	41,4 %	43	35,8 %
2 aktivity min. 1-2x týdně	6	18,2 %	20	23 %	26	21,7 %
3 aktivity min. 1-2x týdně	6	18,2 %	9	10,4 %	15	12,5 %
4 aktivity min. 1-2x týdně	0	0 %	8	9,2 %	8	6,7 %
5 aktivit min. 1-2x týdně	0	0 %	1	1,1 %	1	0,8 %
aktivity max. 3x měsíčně	6	18,2 %	1	1,1 %	7	5,8 %
žádná aktivita	8	24,2 %	12	13,8 %	20	16,7 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 28. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle jejich počtu

### **Nabídka pracovních aktivit a jejich využívání**

Ke splnění dílčího cíle: *Zjistit, zda zařízením nabízené pracovní aktivity jsou uživateli sociální služby využívány a zda jsou nabízeny v dostatečné míře*, sloužily otázky číslo 21 a 22.

Na otázku, zda se respondenti účastní pracovních aktivit 48,3 % (58) respondentů uvedlo, že pravidelně, 15 % (18) respondentů uvedlo, že jen zřídka a 36,7 % (44) respondentů uvedlo, že se pracovních aktivit neúčastní (Tab. 29, Graf 29).

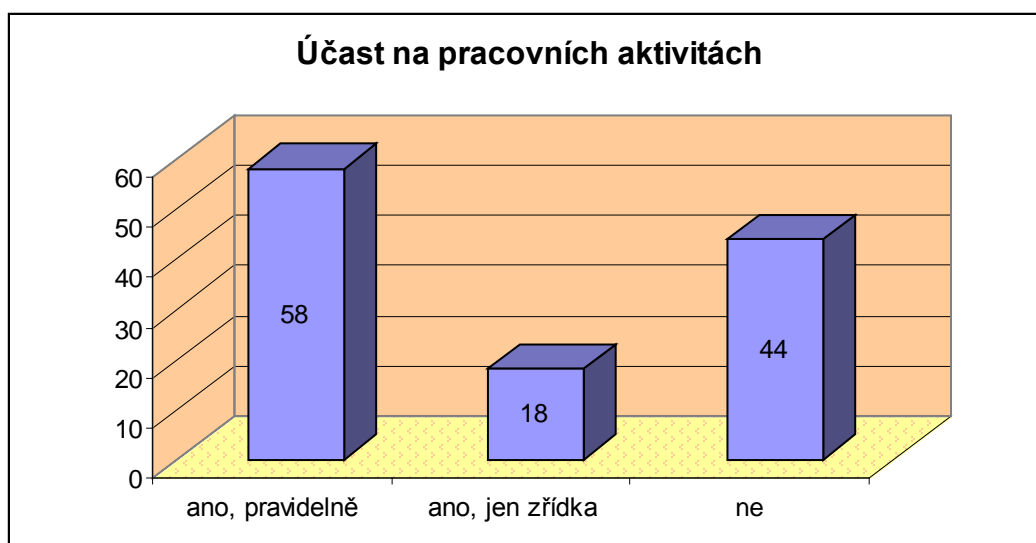
Vyhodnotíme-li na účast na pracovních aktivitách dle pohlaví, pak 49,4 % (43) žen a 45,5 % (15) mužů uvedlo, že se pracovních aktivit účastní pravidelně, 15 % (13) žen a 15,1 % (5) mužů se těchto aktivit účastní jen zřídka. 35,6 % (31) žen a 39,4 % (13) mužů se pracovních aktivit neúčastní vůbec. (Tab. 30, Graf 30).

Z nabízených pracovních aktivit nejvíce respondentů uvedlo výpomoc na oddělení, méně často se vyskytovala možnost výpomoci v kuchyni, služba na vrátnici, práce na zahradě či péče o zvířata. Z jiných aktivit 10,8 % (13) respondentů uvedlo výpomoc v prádelně, 1,7 % (2) respondenti donášku pošty. 0,8 % (1) respondentů uvedlo každodenní brigádu u stavební firmy (Tab. 31, Graf 31; Tab. 32, Graf 32).

Některou z pracovních aktivit využívá minimálně 1-2x týdně 64,4 % (56) žen a 57,6 % (21) mužů, 2 aktivity 1-2x týdně využívá 21,8 % (19) žen a 18,2 % (6) mužů, 3 aktivity minimálně 1-2x týdně využívá 6,9 % (6) žen a 18,2 % (6) mužů. 4 aktivity minimálně 1-2x týdně pak využívají jen ženy - 1,2 % (1). Některou z aktivit maximálně 3x měsíčně využívají jen muži - 3% (1) (Tab. 33, Graf 33).

Tabulka 29. Účast na pracovních aktivitách

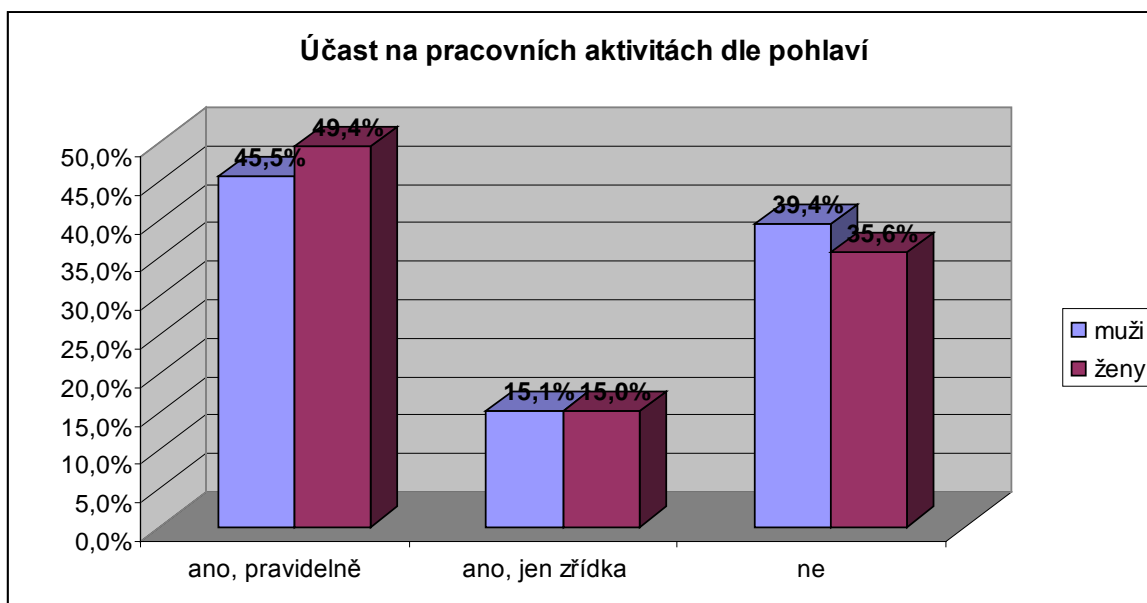
Účast na pracovních aktivitách	absolutní četnost	relativní četnost
ano, pravidelně	58	48,3 %
ano, jen zřídka	18	15 %
ne	44	36,7 %
celkem	120	100 %



Graf 29. Účast na pracovních aktivitách

Tabulka 30. Účast na pracovních aktivitách dle pohlaví

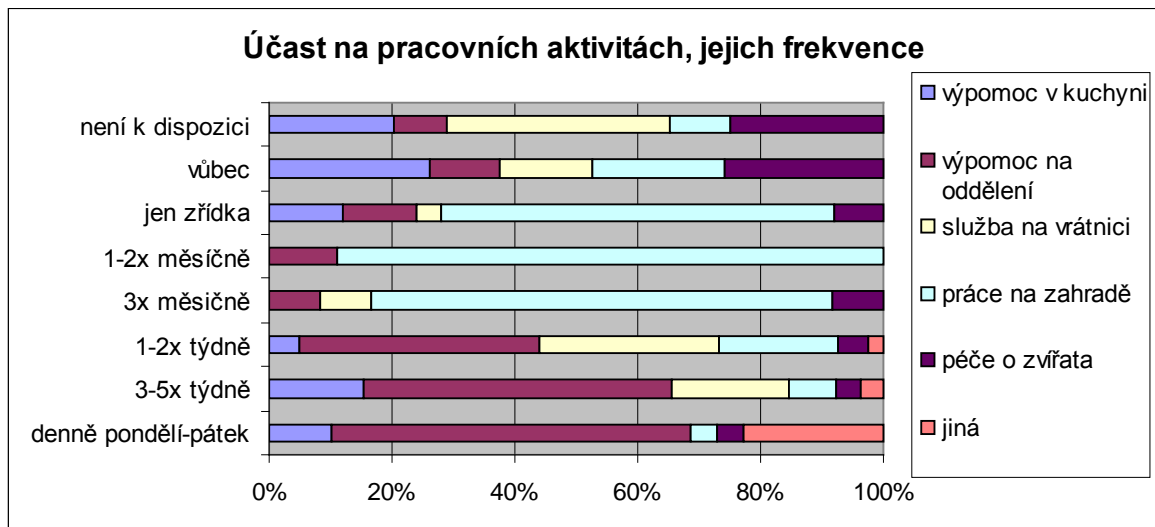
Účast na pracovních aktivitách dle pohlaví	Muži	%	Ženy	%
ano, pravidelně	15	45,5 %	43	49,4 %
ano, jen zřídka	5	15,1 %	13	15 %
ne	13	39,4 %	31	35,6 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



Graf 30. Účast na pracovních aktivitách dle pohlaví

Tabulka 31. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence

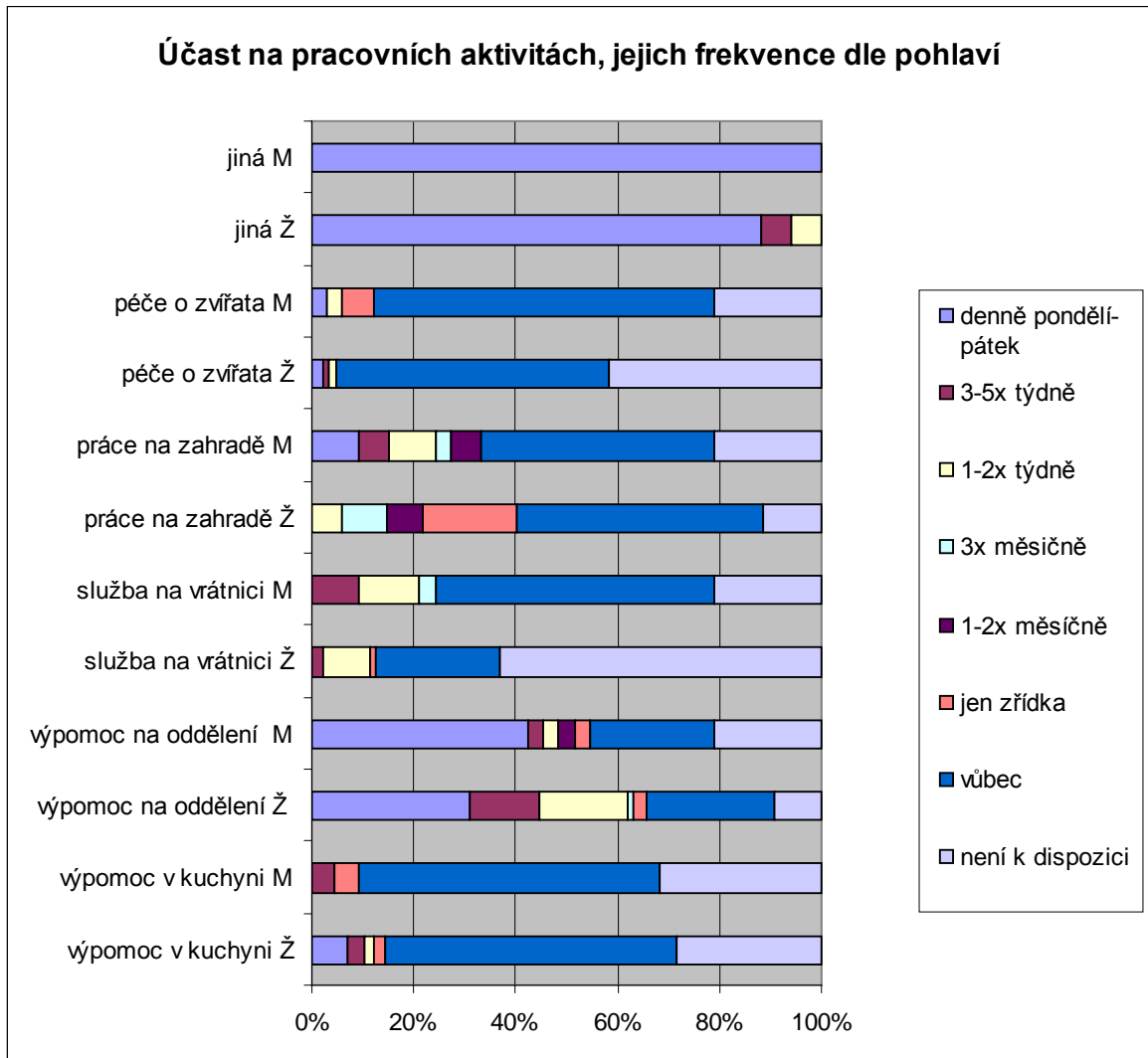
Aktivita	Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence								
	denně - pondělí - pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x měsíčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici	Celkem
výpomoc v kuchyni	7	4	2	0	0	3	69	35	<b>120</b>
výpomoc na oddělení	41	13	16	1	1	3	30	15	<b>120</b>
služba na vrátnici	0	5	12	1	0	1	39	62	<b>120</b>
práce na zahradě	3	2	8	9	8	16	57	17	<b>120</b>
péče o zvířata	3	1	2	1	0	2	68	43	<b>120</b>
jiná – celkem (detailně viz níže)	16	1	1	0	0	0	0	0	<b>18</b>
<i>výpomoc v prádelně</i>	<i>13</i>	<i>1</i>	<i>1</i>						
<i>donáška pošty</i>	<i>2</i>								
<i>brigáda u stavební firmy</i>	<i>1</i>								
<b>celkem</b>	<b>70</b>	<b>26</b>	<b>41</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>263</b>	<b>172</b>	<b>618</b>



Graf 31. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence

Tabulka 32. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví

Aktivita	Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví - <b>ženy/muži</b>								
	denně - pondělí - pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x měsíčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici	Celkem
výpomoc v kuchyni	7/0	3/1	2/0	0	0	2/1	56/13	28/7	<b>87/33</b>
výpomoc na oddělení	27/14	12/1	15/1	1/0	0/1	2/1	22/8	8/7	<b>87/33</b>
služba na vrátnici	0	2/3	8/4	0/1	0	1/0	21/18	55/7	<b>87/33</b>
práce na zahradě	0/3	2/0	5/3	8/1	6/2	16/0	42/15	10/7	<b>87/33</b>
péče o zvířata	2/1	1/0	1/1	1/0	0	0/2	46/22	36/7	<b>87/33</b>
jiná – celkem (detailně viz níže)	15/1	1/0	1/0	0	0	0	0	0	<b>17/1</b>
výpomoc v prádelně	13/0	1/0	1/0						
donáška pošty	2/0								
brigáda u stavební firmy	0/1								
<b>Celkem ženy/muži</b>	<b>51/19</b>	<b>21/5</b>	<b>32/9</b>	<b>10/2</b>	<b>6/3</b>	<b>21/4</b>	<b>187/76</b>	<b>137/35</b>	<b>452/166</b>

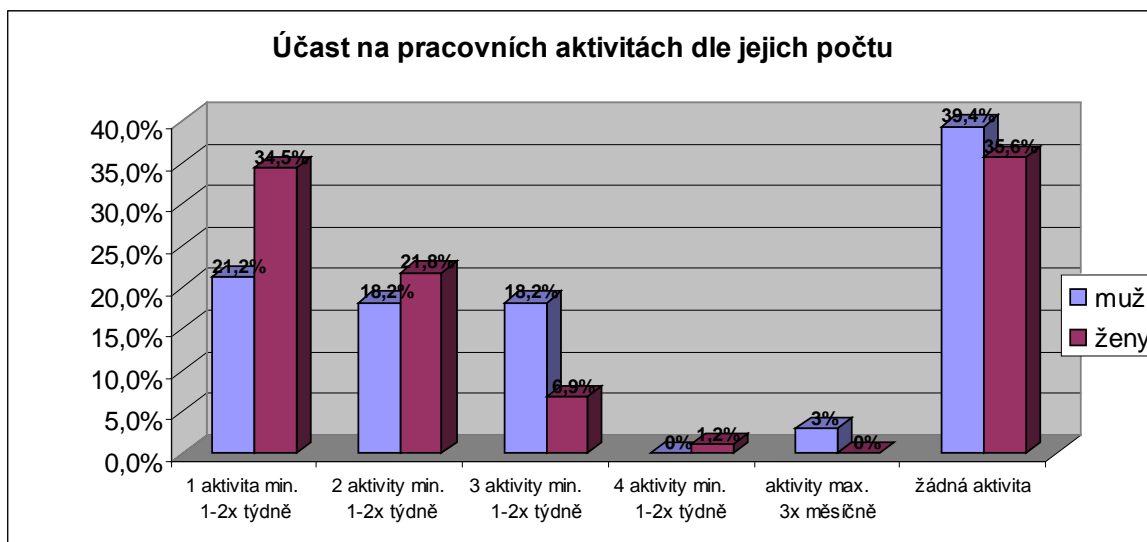


Graf 32. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví



Tabulka 33. Účast na pracovních aktivitách dle jejich počtu

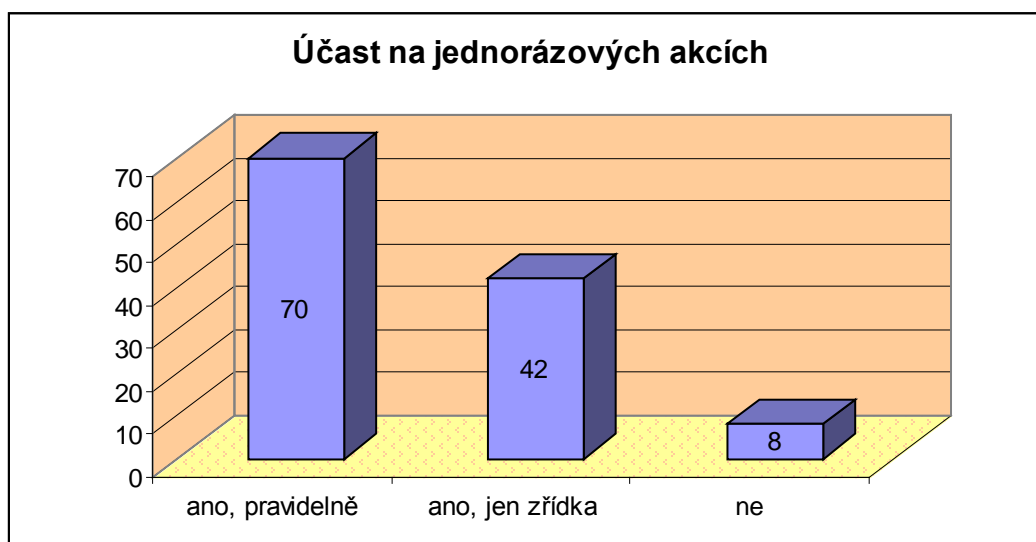
Účast na pracovních aktivitách dle jejich počtu	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
1 aktivita min. 1-2x týdně	7	21,2 %	30	34,5 %	37	30,9 %
2 aktivity min. 1-2x týdně	6	18,2 %	19	21,8 %	25	20,8 %
3 aktivity min. 1-2x týdně	6	18,2 %	6	6,9 %	12	10 %
4 aktivity min. 1-2x týdně	0	0 %	1	1,2 %	1	0,8 %
aktivity max. 3x měsíčně	1	3 %	0	0 %	1	0,8 %
žádná aktivita	13	39,4 %	31	35,6 %	44	36,7 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 33. Účast na pracovních aktivitách dle jejich počtu

Tabulka 34. Účast na jednorázových akcích

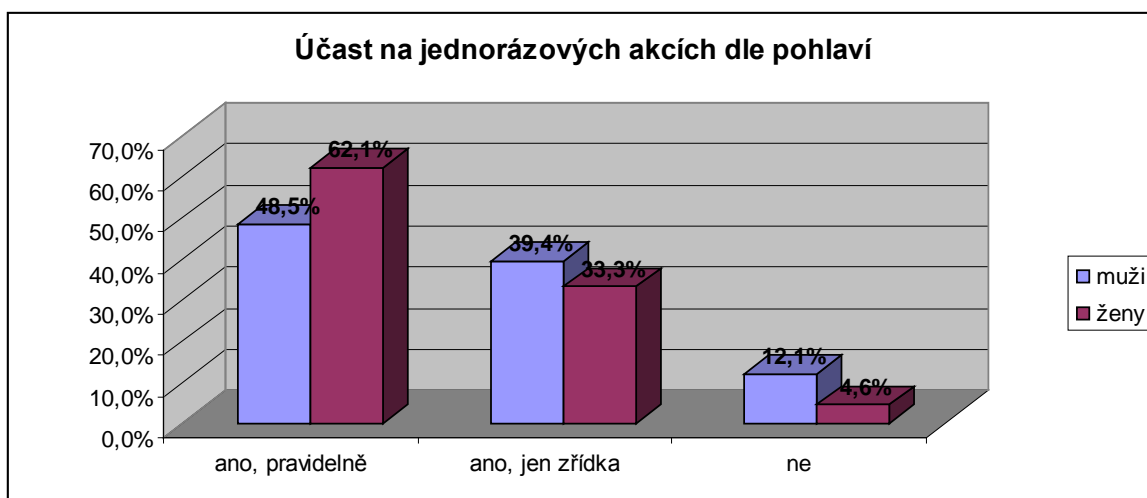
Účast na jednorázových akcích	absolutní četnost	relativní četnost
ano, pravidelně	70	58,3 %
ano, jen zřídka	42	35 %
ne	8	6,7 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 34. Účast na jednorázových akcích

Tabulka 35. Účast na jednorázových akcích dle pohlaví

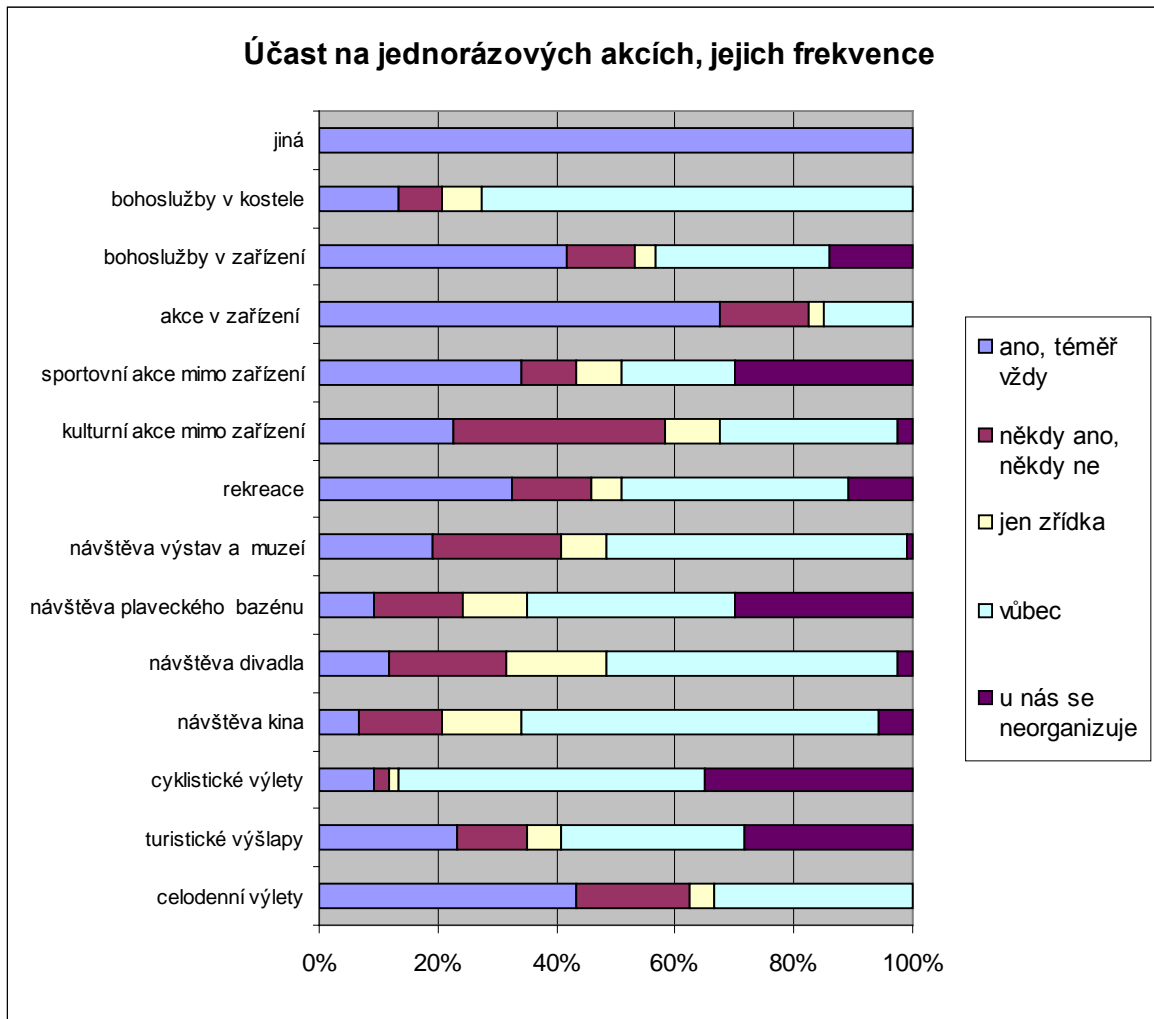
Účast na jednorázových akcích dle pohlaví	Muži	%	Ženy	%
ano, pravidelně	16	48,5 %	54	62,1 %
ano, jen zřídka	13	39,4 %	29	33,3 %
ne	4	12,1 %	4	4,6 %
<b>celkem</b>	<b>33</b>	<b>100 %</b>	<b>87</b>	<b>100 %</b>



Graf 35. Účast na jednorázových akcích dle pohlaví

Tabulka 36. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence

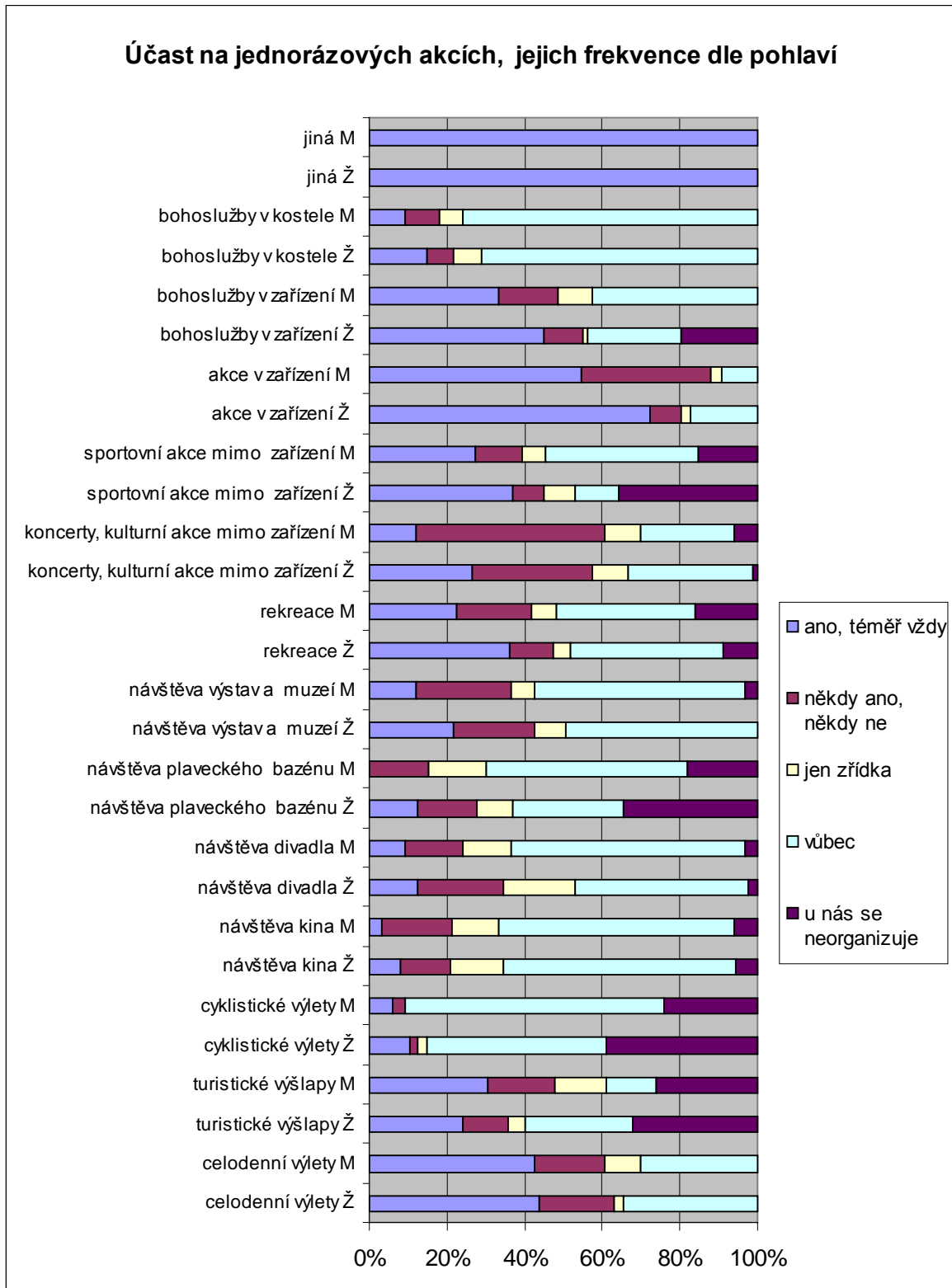
Aktivita	Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence					
	ano, téměř vždy	někdy ano, někdy ne	jen zřídka	vůbec	u nás se neorganizuje	celkem
celodenní výlety	52	23	5	40	0	<b>120</b>
turistické výšlapy	28	14	7	37	34	<b>120</b>
cyklistické výlety	11	3	2	62	42	<b>120</b>
návštěva kina	8	17	16	72	7	<b>120</b>
návštěva divadla	14	24	20	59	3	<b>120</b>
návštěva plaveckého bazénu	11	18	13	42	36	<b>120</b>
návštěva výstav a muzeí	23	26	9	61	1	<b>120</b>
rekreace	39	16	6	46	13	<b>120</b>
koncerty, kulturní akce mimo zařízení	27	43	11	36	3	<b>120</b>
sportovní akce mimo zařízení	41	11	9	23	36	<b>120</b>
akce v zařízení (koncerty, karneval, diskotéky aj.)	81	18	3	18	0	<b>120</b>
bohoslužby v zařízení	50	14	4	35	17	<b>120</b>
bohoslužby v kostele	16	9	8	87	0	<b>120</b>
jiná – celkem (detailně viz níže)	4	0	0	0	0	<b>4</b>
<i>předplatné do divadla</i>	2					
<i>univerzita třetího věku</i>	2					
<b>celkem</b>	<b>405</b>	<b>236</b>	<b>113</b>	<b>618</b>	<b>192</b>	<b>1564</b>



Graf 36. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence

Tabulka 37. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence dle pohlaví

Aktivita	Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence dle pohlaví <b>ženy/muži</b>					
	ano, téměř vždy	někdy ano, někdy ne	jen zřídka	vůbec	u nás se neorganizuje	celkem
celodenní výlety	38/14	17/6	2/3	30/10	0	87/33
turistické výšlapy	21/7	10/4	4/3	24/13	28/6	87/33
cyklistické výlety	9/2	2/1	2/0	40/22	34/8	87/33
návštěva kina	7/1	11/6	12/4	52/20	5/2	87/33
návštěva divadla	11/3	19/5	16/4	39/20	2/1	87/33
návštěva plaveckého bazénu	11/0	13/5	8/5	25/17	30/6	87/33
návštěva výstav a muzeí	19/4	18/8	7/2	43/18	0/1	87/33
rekreace	32/7	10/6	4/2	35/11	8/5	87/33
koncerty, kulturní akce mimo zařízení	23/4	27/16	8/3	28/8	1/2	87/33
sportovní akce mimo zařízení	32/9	7/4	7/2	10/13	31/5	87/33
akce v zařízení (koncerty, karneval, diskotéky aj.)	63/18	7/11	2/1	15/3	0	87/33
bohoslužby v zařízení	39/11	9/5	1/3	21/14	17/0	87/33
bohoslužby v kostele	13/3	6/3	6/2	62/25	0	87/33
jiná – celkem (detailně viz níže)	2/2	0	0	0	0	2/2
<i>předplatné do divadla</i>	2/0					
<i>univerzita třetího věku</i>	0/2					
<b>Celkem ženy/muži</b>	<b>320/85</b>	<b>146/90</b>	<b>79/34</b>	<b>424/194</b>	<b>156/36</b>	<b>1125/439</b>



Graf 37. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence dle pohlaví

### **Co uživatelům chybí, jejich pocity v souvislosti s poskytováním pobytových sociálních služeb**

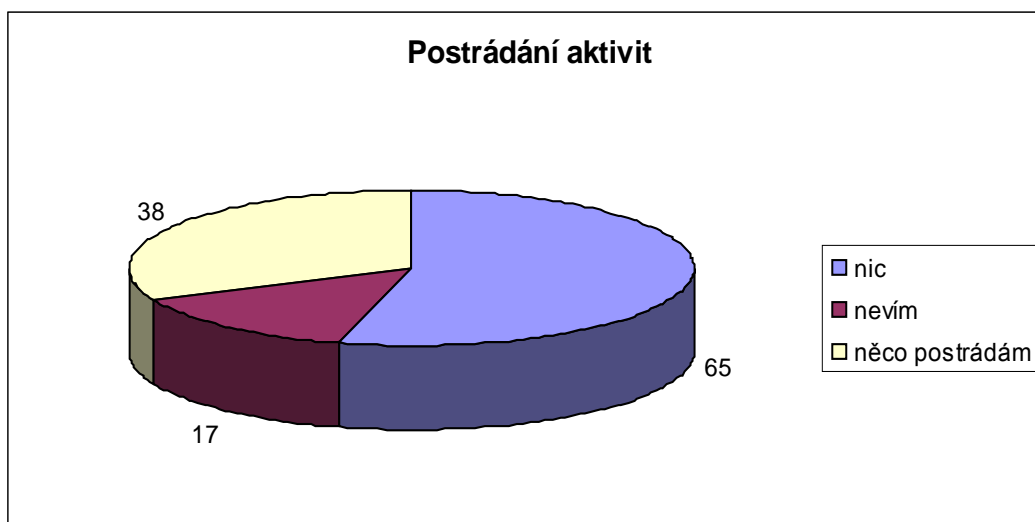
V otevřených otázkách č. 27 a 28 měli respondenti dotazníkového šetření možnost formulovat, které z aktivit, ať již sportovních, kulturních, uměleckých, pracovních či duchovních jim v zařízení chybějí a co jim dělá radost, respektive starosti, týkající se pobytu v daném zařízení.

Ze 120 respondentů 54,1 % (65) uvedlo, že jim nic nechybí, 14,2 % (17) respondentů uvedlo odpověď nevím. Možnost konkrétní odpovědi využilo 31,7 % (38) respondentů. Nejvíce, a to v 10,8 % (13), respondenti uváděli sportovní akce, od sledování sportovních utkání v televizi, přes sportovní turnaje v zařízení, až po návštěvu sportovních utkání v blízkém okolí, zejména pak fotbalových a hokejových zápasů. 7,5 % (9) respondentů uvedlo, že by uvítali více kulturních akcí jednak v zařízení, kde by rádi vystupovali a také návštěvu kulturních akcí mimo pobytové zařízení. 4,2 % (5) respondentů uvedlo, že by přivítalo více pracovních aktivit, 2,5 % (3) respondentů uvedlo, že mají zájem o častější bohoslužby a zpěv náboženských písní. 2,5 % (3) respondenti uvedli, že by uvítali návštěvy restaurací a města. Z jiných aktivit respondenti uváděli častější vycházky vozíčkářů, možnost výuky cizích jazyků, možnost tancovat, větší prostory pro aktivity v zařízení (Tab. 38, Graf 38; Graf 39).

To, že něco dělá respondentům starost, specifikovalo 27,5 % (33) respondentů, 72,5 % (87) respondentů uvedlo, že neví nebo nechalo otázku bez odpovědi. Nejvíce respondentů - 8,3 % (10) uvedlo, že starosti jim dělají vztahy s ostatními, projevy agresivity některých z uživatelů sociálních služeb, 5,8 % (7) respondentů uvedlo, že jim dělá starosti hluk, některým pak zejména v brzkých ranních hodinách. 4,2 % (5) respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni s úrovní komunikace s personálem, nevítají ani časté změny personálu. 2,5 % (3) respondentů uvedlo, že nejsou spokojeni s manipulací s prádlem, s jejich častou ztrátou při praní v prádelně. 2,5 % (3) respondentů trápí nezájem rodinných příslušníků, respektive jejich zdraví. 0,8 % (1) respondentů uvedlo nedostatek peněz, 0,8 % (1) respondentů uvedlo dodržování disciplíny, 0,8 % (1) respondentů uvedlo změnu pokoje, 0,8 % (1) respondentů uvedlo neupřímnost v mezilidských vztazích a 0,8 % (1) respondentů uvedlo nemocné lidi okolo nich (Tab. 38, Graf 38; Graf 39).



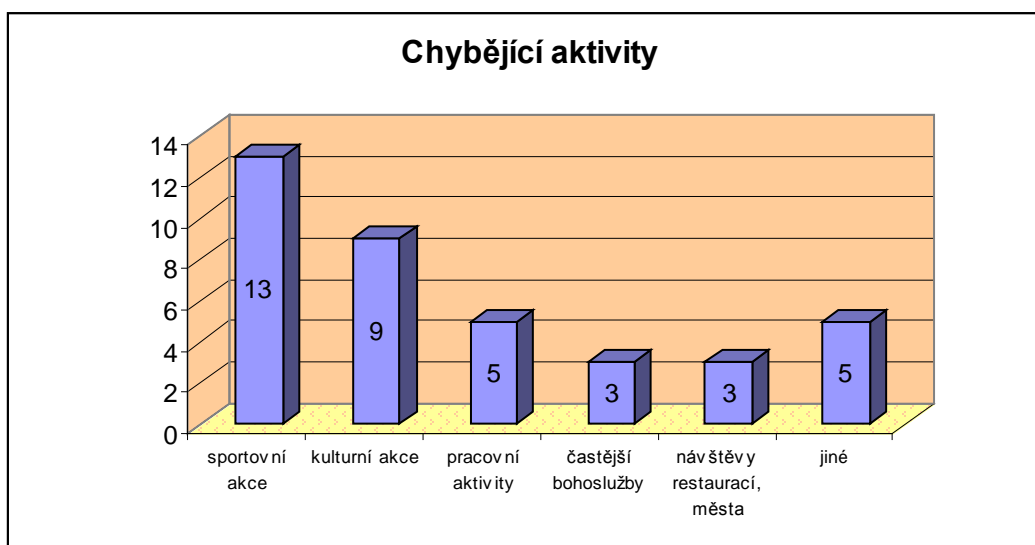
Ze 120 respondentů 34,2 % (41) uvedlo, že jim nic radost nedělá nebo nechali otázku bez odpovědi. Ze 65,8 % (79) respondentů pak 5 % (6) uvedlo, že jim radost dělají příjemné vztahy s personálem, 4,2 % (5) respondentů uvedlo, že jim dělají radost volnočasové aktivity, 3,3 % (4) respondenti uvedli, že v zařízení mají dobré kamarády, 3,3 % (4) respondenti dále uvedli, že nejvíce je těší, že mají klid. 1,7 % (2) respondentů uvedlo, že největší radost jim dělá pomoc ostatním, 1,7 % (2) respondentů uvedlo samostatné vycházky. Dále 1,7 % (2) respondentů uvedlo práci na zahradě a 1,7 % (2) respondentů uvedlo zpěv. 0,8 % (1) respondentů uvedli, že jim dělají radost bohoslužby, dalším 0,8 % (1) respondentům dělají radost návštěvy cukrárny, 0,8 % (1) respondentům udělali radost krásně strávené Vánoce. Přítomnost sestry v zařízení těší 0,8 % (1) respondentů a 0,8 % (1) respondentů těší pocit, že ve stáří žijí naplno. (Tab. 40, Graf 42, Graf 43).



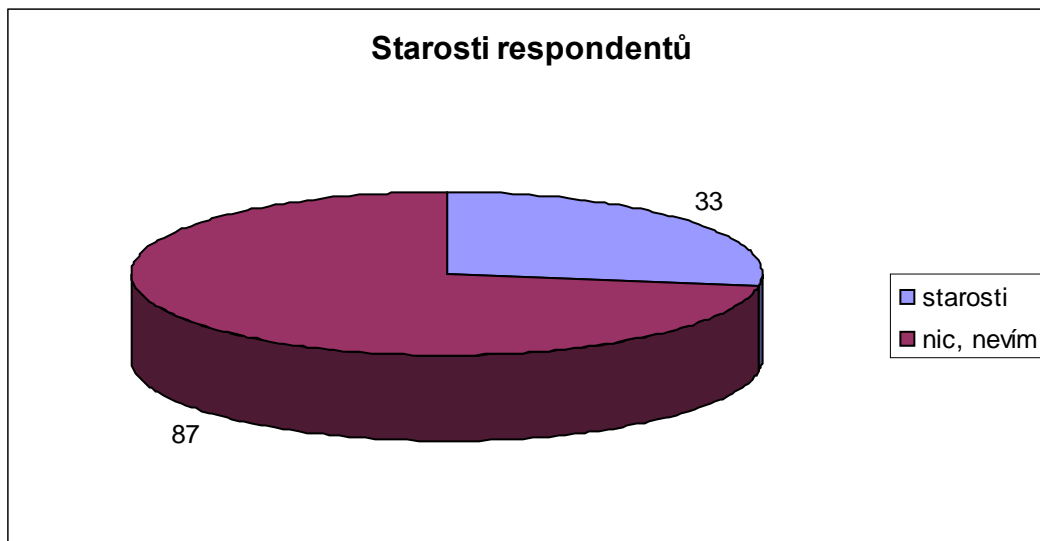
Graf 38. Postrádání aktivit

Tabulka 38. Chybějící aktivity

Chybějící aktivity	absolutní četnost	relativní četnost
sportovní akce	13	10,8 %
kulturní akce	9	7,5 %
pracovní aktivity	5	4,2 %
častější bohoslužby	3	2,5 %
návštěvy restaurací, města	3	2,5 %
jiné	5	4,2 %
nic	65	54,1 %
nevím	17	14,2 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



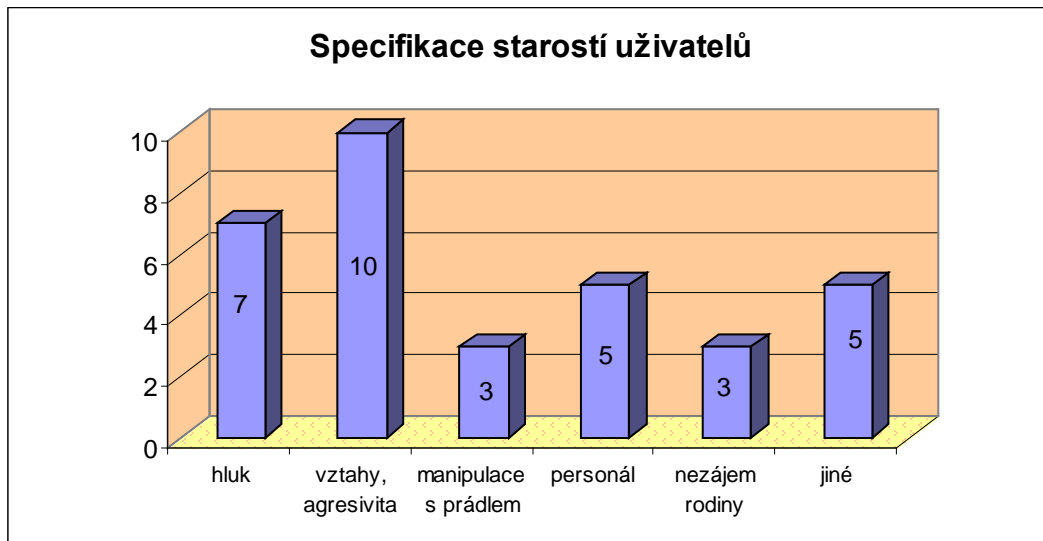
Graf 39. Chybějící aktivity



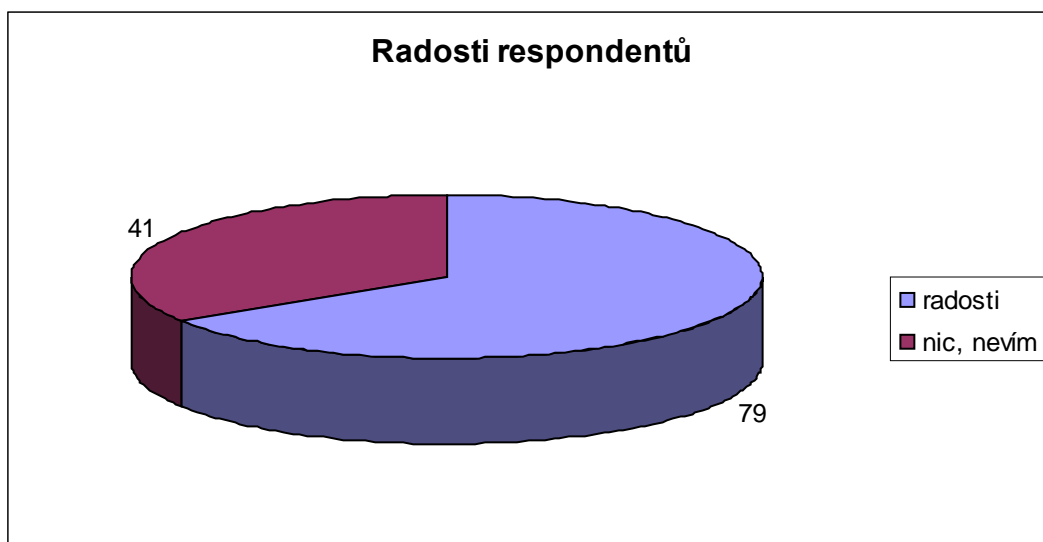
Graf 40. Starosti respondentů

Tabulka 39. Specifikace starostí respondentů

Specifikace starostí respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
hluk	7	5,8 %
vztahy s ostatními, agresivita	10	8,3 %
manipulace s prádlem, ztráty	3	2,5 %
komunikace s personálem, časté změny	5	4,2 %
nezájem rodinných příslušníků, jejich zdraví	3	2,5 %
jiné	5	4,2 %
nic, nevím	87	72,5 %
<b>celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



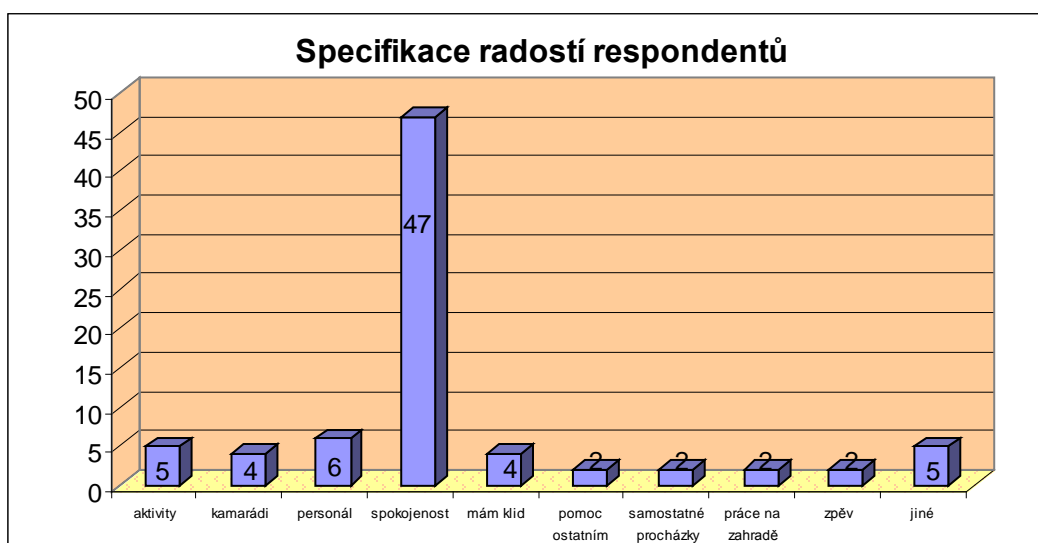
Graf 41. Specifikace starostí respondentů



Graf 42. Radosti respondentů

Tabulka 40. Specifikace radostí respondentů

Specifikace radostí respondentů	absolutní četnost	relativní četnost
volnočasové aktivity	5	4,2 %
kamarádi	4	3,3 %
vztahy s personálem	6	5 %
cítím se v pohodě, jsem spokojená/ý	47	39,1 %
mám klid	4	3,3 %
pomoc ostatním	2	1,7 %
samostatné procházky	2	1,7 %
práce na zahradě	2	1,7 %
zpěv	2	1,7 %
jiné	5	4,2 %
nic, nevím	41	34,1 %
<b>Celkem</b>	<b>120</b>	<b>100 %</b>



Graf 43. Specifikace radostí respondentů

### 4.6.3 Stanovisko k hypotézám

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit vybrané ukazatele životního stylu lidí, žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb. V souvislosti s výzkumným šetřením byly stanoveny hypotézy, jejichž potvrzení či vyvrácení jsou uvedeny v této části práce.

**Hypotézu, že minimálně 50 % uživatelů má možnost alespoň částečně podílet se na rozhodování o svém stravování výzkumné šetření potvrdilo.** Celkem 58,3 % (70) respondentů uvedlo, že alespoň částečně mohou ovlivnit skladbu jídelníčku. Přičemž 15,8 % (19) uvedlo, že jídelníček ovlivňují významně. Možnost alespoň částečně rozhodovat o skladbě jídelníčku uvedli respondenti ve všech 7 zařízeních. Potěšující je i fakt, že v některých zařízeních funguje výbor obyvatel a stravovací komise, jejichž členy jsou uživatelé pobytových sociálních služeb.

**Hypotézu, že minimálně 75 % uživatelů nemá pravidelně možnost výběru hlavního chodu z více možností výzkumné šetření potvrdilo.** Nemožnost výběru hlavního jídla uvedlo 85 % (102) respondentů, celých 72,5 % (87) respondentů uvedlo, že nemá možnost výběru nikdy, 12,5 % (15) respondentů uvedlo, že může volit 5x týdně z různých nabídek večeří. Možnost výběru hlavního chodu pak uvedlo 15 % (18) respondentů.

**Hypotézu, že minimálně 25 % uživatelů nemá dostatek soukromí ve svém pokoji výzkumné šetření nepotvrdilo.** Pokud za kritérium dostatku soukromí budeme považovat i odpověď ano, někdy, pak 94,2 % (113) respondentů uvedlo, že mají ve svých pokojích dostatek soukromí. Tento výsledek je dán především tím, že z celkového počtu 120 respondentů bydlí 70,8 % (85) respondentů v jednolůžkovém nebo dvoulůžkovém pokoji. Ve čtyřlůžkovém a větším pokoji bydlí 11,7 % (14) respondentů, přesto i někteří z nich uvedli, že mají dostatek soukromí.

**Hypotézu, že minimálně 50 % uživatelů má možnost změnit svůj pokoj výzkumné šetření nepotvrdilo ani nevyvrátilo.** Možnost změny pokoje uvedlo jen 29,1 % (35) respondentů. Více než polovina respondentů, a to 62,6 % (75) uvedlo, že neví, protože tuto situaci neřešili. Z těchto odpovědí tedy nemůžeme objektivně zjistit, zda respondenti možnost změny pokoje mají či nikoliv.

**Hypotézu, že minimálně 25 % uživatelů se těžce přizpůsobuje režimu dne výzkumné šetření nepotvrdilo.** 60,8 % (73) respondentů uvedlo, že jim zcela vyhovuje režim dne stanovený v zařízení, 38,3 % (46) respondentů uvedlo, že jim režim dne vyhovuje z velké

části, a když je třeba, dokáží se přizpůsobit. Dle mého názoru, překvapivě pouze 0,8 % (1) respondentů uvedlo, že jim nevyhovuje režim dne, a to především ranní vstávání.

**Hypotézu, že minimálně 75 % uživatelů má dostatek informací o možnostech trávení volného času výzkumné šetření potvrdilo.** Pokud za kritérium dostatku informací budeme považovat i odpověď ano, někdy, pak 86,7 % (104) respondentů dostatek informací o možnostech trávení volného času má. Nejčastěji jsou informace podávány ústně personálem nebo ke sdělení informací slouží nástěnky. 15,8 % (19) respondentů uvádí jako zdroj informací obě z těchto možností.

**Hypotézu, že minimálně 50 % uživatelů využívá volnočasových aktivit alespoň 1-2x týdně výzkumné šetření potvrdilo.** 73,3 % (88) respondentů uvedlo, že využívá volnočasové aktivity minimálně 1-2x týdně. Přičemž 37,5 % (45) respondentů uvedlo, že využívá více než jednu volnočasovou aktivitu 1-2x týdně.

**Hypotézu, že volnočasové aktivity alespoň 1-2x týdně využívají o 25 % více ženy než muži výzkumné šetření potvrdilo.** Minimálně jednu volnočasovou aktivitu alespoň 1-2x týdně využívá 80,4 % (70) žen a 45,4 % (15) mužů. Rozdíl mezi pohlavími ve využívání volnočasových aktivit tedy činí 35 %. Rozdíl může být zapříčiněn mimo jiné i tím, že v nabídce volnočasových aktivit ve většině zařízení převládají rukodělné, výtvarné a umělecké aktivity. Pro muže vhodnější volnočasové aktivity, jako například dřevařská dílna, košíkářská dílna nejsou tak často v zařízeních k dispozici, což můžeme přičíst i značné feminizaci sociálních služeb. Volnočasové aktivity nevyužívá 11,5 % (10) žen a 24,2 % (8) mužů.

**Hypotézu, že minimálně 50 % uživatelů využívá rehabilitační a sportovní aktivity alespoň 1-2x týdně výzkumné šetření potvrdilo.** 77,5 % (93) respondentů uvedlo, že využívá rehabilitační a sportovní aktivity minimálně 1-2x týdně. Přičemž 41,7 % (50) respondentů uvedlo, že využívá více než jednu rehabilitační a sportovní aktivitu 1-2x týdně. Z rehabilitačních a sportovních aktivit je pak nejvíce využívána vycházka.

**Hypotézu, že ve využívání rehabilitačních a sportovních aktivit alespoň 1-2x týdně není mezi pohlavími rozdíl více jak 25 % výzkumné šetření nepotvrdilo.** Alespoň jednu aktivitu minimálně 1-2x týdně využívá 86,2 % (75) žen a 57,6 % (19) mužů, což je 28,6% rozdíl. Ženy také uvedly, že využívají více než jednu sportovní a rehabilitační

aktivitu minimálně 1-2x týdně o 7,3 % více než muži. Rehabilitační a sportovní aktivity nevyužívá 13,8 % (12) žen a 24,2 % (8) mužů.

**Hypotézu, že minimálně 50 % uživatelů využívá možnosti pracovního uplatnění v rámci zařízení alespoň 1-2x týdně výzkumné šetření potvrdilo.** 62,5 % (75) respondentů uvedlo, že využívá minimálně jednu pracovní aktivitu alespoň 1-2x týdně. Přičemž 31,6 % (38) respondentů uvedlo, že využívá více než jednu pracovní aktivitu alespoň 1-2x týdně. Nejčastěji respondenti uváděli, že se pracovně uplatňují při výpomoci na oddělení.

**Hypotézu, že ve využívání pracovních aktivit alespoň 1-2x týdně není mezi pohlavími rozdíl více jak 25 % výzkumné šetření potvrdilo.** Minimálně jednu pracovní aktivitu alespoň 1-2x týdně využívá 64,4 % (56) žen a 57,6 % (19) mužů, rozdíl mezi pohlavími tedy činí 6,8 %. Více jak jednu pracovní aktivity alespoň 1-2x týdně využívá 29,6 % (26) žen a 26,4 % (12) mužů. Žádnou z pracovních aktivit v zařízeních nevyužívá 35,6 % (31) žen a 39,4 % (13) mužů.

#### **4.6.4 Závěry výzkumného šetření**

Výzkumné šetření ukázalo, že v pobytových sociálních službách se stravovací zvyklosti blíží běžné populaci, žijící mimo pobytové služby. Jen 15,8 % (19) respondentů uvedlo, že své stravovací návyky museli podstatně změnit. Zařízení zapojené do výzkumného šetření respektují zvyklosti většiny českých domácností a zařazují tzv. „nedělní“ a „sváteční“ pokrmy o nedělích a při příležitosti svátků. Potěšující je i fakt, že v některých zařízeních aktivně pracují výbory obyvatel a stravovací komise, jejichž členy jsou uživatelé pobytových sociálních služeb, a mají tak možnost jejich prostřednictvím nezanedbatelným způsobem ovlivnit jídelníček. Naopak negativně můžeme hodnotit nemožnost výběru jídla z více možností. Kromě jednoho zařízení, kde si uživatelé mohou vybrat hlavní chod, a druhého zařízení, kde uživatelé mohou vybírat 5x týdně večeře, ve zbylých 5 zařízeních svým uživatelům možnost volby nenabízejí. Z odpovědí 27,5 % (33) respondentů, že pokud se v jídelníčku objeví jejich neoblíbený pokrm, dostanou něco jiného, jsem ze svých zkušeností usoudila, že to často může být chleba s máslem nebo s pomazánkou. To může být vhodná náhrada snídaně nebo večeře, ale ne plnohodnotná alternativa neoblíbeného pokrmu k obědu. Celkem 22,5 % (27) respondentů řeší neoblíbený pokrm svými potravinami, zakoupenými z kapesného nebo od příbuzných. Setkali jsme se i s pasivitou



uživatelů, kteří uvedli, že nemohou skladbu jídelníčku ovlivnit, přičemž respondenti ze stejného zařízení uvedli, že mohou ovlivnit jídelníček významně. Nezanedbatelný je i počet respondentů, kteří snědí vše, co k jídlu dostanou, to se týkalo 40,8 % (49) respondentů.

Většina uživatelů, kteří se zúčastnili výzkumného šetření, bydlí v jednolůžkových a ve dvoulůžkových pokojích, ve kterých pociťují dostatek soukromí. Mohou si své pokoje vybavit svými osobními věcmi a často i nábytkem. Doby, kdy uživatelé žili v 10ti, 15ti i 20ti lůžkových pokojích, jsou díky transformaci sociálních služeb a rekonstrukci mnoha objektů, které sloužily k pobytové sociální službě, a nebyly k ní primárně určeny, již minulostí. Spokojenost se svým bydlením dokládá i fakt, že 62,6 % (75) respondentů uvedlo, že neví, zda mohou změnit pokoj, protože tuto situaci ještě neřešili.

Překvapivé je i zjištění, že kromě jednoho respondenta, všem respondentům vyhovoval režim dne, dokázali se mu přizpůsobit. Ve všech zařízeních byl funkční systém informování o možnostech trávení volného času v zařízení i mimo něj. Volnočasové, rehabilitační, sportovní a pracovní aktivity byly nabízeny v široké nabídce. Většina respondentů tyto aktivity využívá pravidelně. Z nabídky pak respondenti využívají více než jednu aktivitu. Pracovní, sportovní a rehabilitační aktivity využívají jak muži, tak ženy, zhruba ve stejné míře. Volnočasové aktivity využívají více ženy. Tuto skutečnost můžeme přičíst i specifické nabídce orientované spíše na ženy, jako jsou výtvarná dílna, keramická, tkací a šicí dílna, což nejsou právě časté mužské koníčky. 68,3 % (82) respondentům žádné z aktivit nechyběly. Pokud něco respondentům chybělo, tak především sportovní a kulturní akce, pracovní uplatnění a návštěvy města. Můžeme tedy říci, že nejvíce respondentům chybějí aktivity mimo zařízení v běžném společenském prostředí, což nám potvrzuje i oblíbenost jednorázových akcí mimo zařízení. Oblíbené však jsou i jednorázové akce v zařízení. Účast na akcích mimo zařízení je však často limitována možnostmi personálu. Podíl uživatelů na volném trhu práce, v celoživotním vzdělávání či v kulturním životě města sice není co do počtu podstatný, ale je zásadní, že uživatelé pobytových sociálních služeb mají možnost se do těchto aktivit zapojit.

Více než starosti specifikovali respondenti radosti. U některých respondentů byla znát obava, že při vyjádření negativních pocitů, mohou mít nepříjemnosti. Zvláště uživatelé, kteří využívali sociální pobytové služby již před jejich transformací se teprve učí vyjadřovat své pocity, starosti a radosti, což je cesta od pasivního příjemce sociálních služeb k aktivnímu spoluvůdci a partnerovi poskytovatele sociálních služeb.

## ZÁVĚR

Ponecháme-li stranou diskuzi o transformaci pobytových sociálních služeb v jiný typ sociálních služeb, ať terénní či ambulantní, budou vždy pro určitou část osob se zdravotním postižením a seniorů celoroční pobytové služby jedinou možnou alternativou řešení jejich životní situace. Proto mají pobytové sociální služby opodstatněné místo na trhu sociálních služeb.

Prostředkem ke zlepšení péče v zařízeních pro osoby se zdravotním postižením či v domovech pro seniory se stávají standardy kvality sociálních služeb, ve kterých je kladen důraz na důstojnost, rozvoj nezávislosti a autonomie uživatelů, jejich účast na běžném životě v přirozeném sociálním prostředí a také respekt k jejich lidským a občanským právům, což je základní předpoklad plnohodnotného a svobodného života uživatelů sociálních služeb. Plánovat službu tak, aby jim služba umožňovala vést takový způsob života, který by se co nejvíce přiblížil životnímu stylu jejich vrstevníků bez zdravotních a sociálních omezení, je pro poskytovatele sociálních služeb nelehký úkol.

Ve své bakalářské práci jsem chtěla zmapovat vybrané ukazatele životního stylu uživatelů pobytových sociálních služeb. Ve výzkumném šetření jsem zaznamenala úsilí poskytovatelů sociálních služeb uživatele zapojit do rozhodování o podobě poskytované služby v oblasti stravování, bydlení i trávení volného času. V zařízeních pracují výbory obyvatel a stravovací komise. V možnosti volby stravování, a to především ve výběru pokrmů z více možností, či v individuálním stravování v návaznosti na oblibu jednotlivých pokrmů, mají pobytové služby značné rezervy. Zda jsou technicko-organizační překážky, uváděné jako důvod pro nevhodnost individuálního stravování v pobytových službách opodstatněné, je otázkou.

Každý člověk potřebuje určitý prostor, který mu patří, v němž on sám má rozhodující vliv na chování druhých, pokud by do tohoto prostoru chtěli vstoupit. V pobytových zařízeních je tímto prostorem pokoj, v němž uživatel bydlí. Je potěšující, že respondenti tohoto šetření pociťují ve svých pokojích dostatek soukromí a poskytovatel respektuje možnost pokoj si upravit k obrazu svému.

Denní režim, a s tím spojené trávení volného času, by mělo být v pobytových službách uzpůsobeno tak, aby si uživatelé udržovali a rozvíjeli maximální možné kompetence, a aby bylo zaměřené na integraci uživatel. Nabídka volnočasových, rehabilitačních, sportovních a

pracovních aktivit v zařízeních, které se zapojily do výzkumného šetření, je pestrá a uživatelé si z nabídky mohou vybrat, zda si vůbec něco vyberou, nebo co si vyberou.

Zaznamenala jsem snahu zařízení využívat veřejných zdrojů, jako jsou divadla, kina, muzea, plavecké bazény, kostely, rekreační střediska. Nejčastější bariérou při užívání veřejných zdrojů se jeví potřeba doprovodného personálu, který není většinou pro uživatele sociálních služeb k dispozici v dostatečném počtu.

Základním požadavkem a hlavním znakem kvalitních sociálních služeb jsou tedy chránění práv, dostatečný prostor pro samostatné rozhodování a důstojné zacházení přiměřeně k věku a zvyšování kompetencí uživatelů.

Věřím, že lidská práva, přání a zájmy uživatelů sociálních služeb nestojí a nebudou stát na okraji zájmu poskytovatelů sociálních služeb, a že k nim budou poskytovatelé přistupovat s respektem, který si zaslouží.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s artismem. Zvládání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- [2] DRAGOMIRECKÁ, E. Hodnocení psychosociálních intervencí. In *Politiky a paradigmaty sociální práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme?* 1. vyd. Zlín: UTB ve Zlíně, FHS, 2011, s. 40-46. 200 s. ISSN 978-80-7318-994-5.
- [3] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [4] HEŘMÁNKOVÁ, I. Hudba v muzikoterapii. *Sociální služby*, roč. XI, č. 1, 2009, s. 16-17. ISSN 1802-0046.
- [5] HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*, 1. vyd. Praha: TRITON, 2005, s. 205-216. s. 630. ISBN 80-7254-957-0.
- [6] HOJGROVÁ, V. Reminiscenční terapie. *Sociální služby*, roč. XII, č. 8-9, 2010, s. 42-43. ISSN 1802-0046.
- [7] JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 272. ISBN 978-80-7367-583-7.
- [8] JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 356 s. ISBN 80-7184-823-9.
- [9] KOSTLÁNOVÁ, S. Chvála arteterapie. Když malování odhaluje duši. *Sociální služby*, roč. XI, č. 3, 2009, s. 24-25. ISSN 1802-0046.
- [10] KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných služeb*. 1. vyd. Praha: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2008, 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

- [12] LANGER, J. Problematika péče o osoby s kombinovaným postižením. In KOLEKTIV AUTORŮ. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 69-77. 87 s. ISBN 80-244-1479-1.
- [13] MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. a kol. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009, 296 s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [14] MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?* 1. vyd. Praha: Potál, 1995, 103 s. ISBN 80-7178-036-7.
- [15] MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Potál, 2005, 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- [16] MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Potál, 2007, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [17] MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- [18] MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Potál, 2001, 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- [19] MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče*. 1. vyd. Brno: MU, 2007, 295 s. ISBN 80-210-2512-3.
- [20] MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 49 s. ISBN 80-244-1075-3.
- [21] NĚMEC, J. aj. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času pro doplňující pedagogické studium*. 1. vyd. Brno: Paido, 2002, 119 s. ISBN 80-7315-012-3.
- [22] ODENDAAL, J. *Zvířata a naše mentální zdraví. Proč, co a jak*. 1. vyd. Praha: Brázda, 2007, 176 s. ISBN 978-80-209-0356-3.
- [23] OPAŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzity, 2008, 180 s. ISBN 978-80-210-4575-0.

- [24] PAYNEOVÁ, H. *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999, 240 s. ISBN 80-7178-213-0.
- [25] PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukačních trendů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- [26] SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007, 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- [27] SOBEK, J. a kol. *Práva lidí s mentálním postižením: Příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 146 s. ISBN 80-7178-264-5.
- [28] ŠIMANOVSKÝ, Z. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portus, 2007, 100 s. ISBN 978-80-239-9399-8.
- [29] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese, sociální práci a klinickou praxi*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- [30] VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie. Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 1997, 193 s. ISBN 80-902057-9-8.
- [31] VAŘEJČKO, J. *Atlas plemen koček*. 1. vyd. Praha: Státní zemědělské nakladatelství, 1984, 176 s.
- [32] VÁVROVÁ, S. Přínosy a úskalí transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb. In *Dni sociálnej práce. Sociálna sféra Slovenskej republiky a sociálna práca (Európa, právo a prax). Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konaném na Univerzite Konstantina Filozofa*. Nitra: ŠEVT, 2009, s. 170-176. 270 s. ISBN 978-80-8094-473-5.
- [33] VÁVROVÁ, S. Istitucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením. *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 4, s. 67-75. ISSN 1213-6204
- [34] VITÁSKOVÁ, K., FAJMONOVÁ, J. Různorodá práce v multismyslových místnostech snoezelen. *Speciální pedagogika*, 2006, roč. 16, č. 4, s. 246-252. ISBN 1211-2720.

- [35] VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- [36] Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách
- [37] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

**Internetové zdroje:**

- [1] Canisterapie, o. s. [online]. [cit. 2011-04-09]. Dostupné z: <[http://www.canisterapeuti.cz/o\\_sdruzeni.php](http://www.canisterapeuti.cz/o_sdruzeni.php)>
- [2] Hipoterapie, o. s. Epona. [online]. [cit. 2011-04-09]. Dostupné z: <http://www.hipoterapie.cz/>

**SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
SQSS	Standardy kvality sociálních služeb
DMO	Dětská mozková obrna
WHO	Světová zdravotnická organizace



**SEZNAM GRAFŮ**

<i>Graf 1. Pohlaví respondentů.....</i>	44
<i>Graf 2. Věkové kategorie respondentů.....</i>	45
<i>Graf 3. Změna stravovacích návyků po nástupu do sociálního zařízení .....</i>	48
<i>Graf 4. Možnost ovlivnění jídelníčku v zařízení .....</i>	49
<i>Graf 5. Způsoby ovlivnění skladby jídelníčku.....</i>	50
<i>Graf 6. Možnost výběru jídla z více možností.....</i>	51
<i>Graf 7. Řešení neoblíbeného pokrmu.....</i>	52
<i>Graf 8. Pokrmy o nedělích a svátcích.....</i>	53
<i>Graf 9. Bydlení v pokojích .....</i>	55
<i>Graf 10. Dostatek soukromí na pokojích.....</i>	56
<i>Graf 11. Možnost vybavení pokoje vlastním nábytkem a osobními věcmi.....</i>	57
<i>Graf 12. Možnost změny pokoje.....</i>	58
<i>Graf 13. Přizpůsobení se režimu dne.....</i>	60
<i>Graf 14. Možnost kouření v zařízení.....</i>	61
<i>Graf 15. Dostatek informací o možnostech trávení volného času .....</i>	62
<i>Graf 16. Způsob podávání informací o možnostech trávení volného času.....</i>	63
<i>Graf 17. Informace o akcích ve městě (obci) a blízkém okolí.....</i>	64
<i>Graf 18. Možnost navštěvovat akce ve městě (obci) a blízkém okolí .....</i>	65
<i>Graf 19. Účast na volnočasových aktivitách .....</i>	67
<i>Graf 20. Účast na volnočasových aktivitách dle pohlaví .....</i>	68
<i>Graf 21. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence .....</i>	70
<i>Graf 22. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví .....</i>	72
<i>Graf 23. Účast na volnočasových aktivitách dle jejich počtu.....</i>	73
<i>Graf 24. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách .....</i>	75
<i>Graf 25. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle pohlaví.....</i>	76
<i>Graf 26. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence .....</i>	78
<i>Graf 27. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví.....</i>	80
<i>Graf 28. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle jejich počtu.....</i>	81
<i>Graf 29. Účast na pracovních aktivitách.....</i>	83
<i>Graf 30. Účast na pracovních aktivitách dle pohlaví.....</i>	84

---

<i>Graf 31. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence</i> .....	86
<i>Graf 32. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví</i> .....	88
<i>Graf 33. Účast na pracovních aktivitách dle jejich počtu</i> .....	89
<i>Graf 34. Účast na jednorázových akcích</i> .....	90
<i>Graf 35. Účast na jednorázových akcích dle pohlaví</i> .....	91
<i>Graf 36. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence</i> .....	93
<i>Graf 37. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence dle pohlaví</i> .....	95
<i>Graf 38. Postrádání aktivit</i> .....	97
<i>Graf 39. Chybějící aktivity</i> .....	98
<i>Graf 40. Starosti respondentů</i> .....	99
<i>Graf 41. Specifikace starostí respondentů</i> .....	100
<i>Graf 42. Radosti respondentů</i> .....	100
<i>Graf 43. Specifikace radostí respondentů</i> .....	101

**SEZNAM TABULEK**

<i>Tabulka 1. Pohlaví respondentů .....</i>	44
<i>Tabulka 2. Věkové kategorie respondentů .....</i>	45
<i>Tabulka 3. Změna stravovacích návyků po nástupu do sociálního zařízení .....</i>	48
<i>Tabulka 4. Možnost ovlivnění jídelníčku v zařízení .....</i>	49
<i>Tabulka 5. Způsoby ovlivnění skladby jídelníčku .....</i>	50
<i>Tabulka 6. Možnost výběru jídla z více možností .....</i>	51
<i>Tabulka 7. Řešení neoblíbeného pokrmu .....</i>	52
<i>Tabulka 8. Pokrmy o nedělích a svátcích .....</i>	53
<i>Tabulka 9. Bydlení v pokojích .....</i>	55
<i>Tabulka 10. Dostatek soukromí na pokojích .....</i>	56
<i>Tabulka 11. Možnost vybavení pokoje vlastním nábytkem a osobními věcmi .....</i>	57
<i>Tabulka 12. Možnost změny pokoje .....</i>	58
<i>Tabulka 13. Přizpůsobení se režimu dne .....</i>	60
<i>Tabulka 14. Možnost kouření v zařízení .....</i>	61
<i>Tabulka 15. Dostatek informací o možnostech trávení volného času .....</i>	62
<i>Tabulka 16. Způsob podávání informací o možnostech trávení volného času .....</i>	63
<i>Tabulka 17. Informace o akcích ve městě (obci) a blízkém okolí .....</i>	64
<i>Tabulka 18. Možnost navštěvovat akce ve městě (obci) a blízkém okolí .....</i>	65
<i>Tabulka 19. Účast na volnočasových aktivitách .....</i>	67
<i>Tabulka 20. Účast na volnočasových aktivitách dle pohlaví .....</i>	68
<i>Tabulka 21. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence .....</i>	69
<i>Tabulka 22. Účast na volnočasových aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví .....</i>	71
<i>Tabulka 23. Účast na volnočasových aktivitách dle jejich počtu .....</i>	73
<i>Tabulka 24. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách .....</i>	75
<i>Tabulka 25. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle pohlaví .....</i>	76
<i>Tabulka 26. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence .....</i>	77
<i>Tabulka 27. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví .....</i>	79
<i>Tabulka 28. Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách dle jejich počtu .....</i>	81
<i>Tabulka 29. Účast na pracovních aktivitách .....</i>	83
<i>Tabulka 30. Účast na pracovních aktivitách dle pohlaví .....</i>	84

---

<i>Tabulka 31. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence .....</i>	<i>85</i>
<i>Tabulka 32. Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence dle pohlaví .....</i>	<i>87</i>
<i>Tabulka 33. Účast na pracovních aktivitách dle jejich počtu.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabulka 34. Účast na jednorázových akcích .....</i>	<i>90</i>
<i>Tabulka 35. Účast na jednorázových akcích dle pohlaví .....</i>	<i>91</i>
<i>Tabulka 36. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence .....</i>	<i>92</i>
<i>Tabulka 37. Účast na jednorázových akcích, jejich frekvence dle pohlaví .....</i>	<i>94</i>
<i>Tabulka 38. Chybějící aktivity .....</i>	<i>98</i>
<i>Tabulka 39. Specifikace starostí respondentů .....</i>	<i>99</i>
<i>Tabulka 40. Specifikace radostí respondentů .....</i>	<i>101</i>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den, jmenuji se Michaela Ungerová a jsem studentkou oboru Sociální pedagogika na FHS UTB ve Zlíně.

Dovolte, abych se na Vás obrátila s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci s názvem „Vybrané ukazatele životního stylu uživatelů pobytové sociální služby“.

Dotazník je anonymní. Odpověď, prosím, zakroužkujte nebo označte křížkem.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

Mgr. Michaela Ungerová

1. Jste?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik je Vám let?

- a) 18 – 30 let
- b) 31 – 45 let
- c) 46 – 60 let
- d) 61 – 75 let
- e) 76 a více let

3. Musel(a) jste změnit své stravovací návyky po nástupu do pobytového sociálního zařízení?

- a) ano, velmi
- b) ano, ale jen nepatrně
- c) ne
- d) nedokážu posoudit

4. Můžete ovlivnit skladbu jídelníčku v tomto zařízení?

- a) ano, významně
- b) ano, částečně
- c) ne

5. Pokud jste na předcházející otázku odpověděli ANO, VÝZNAMNĚ nebo ANO, ČÁSTEČNĚ, uveďte, jak můžete jídelníček ovlivnit?

- a) přes zástupce z řad uživatelů ve stravovací komisi
- b) přes zástupce z řad uživatelů ve výboru obyvatel
- c) anonymní připomínkou do „schránky připomínek“
- d) přímo rozhovorem s kuchařem, skladní, vedoucí zařízení aj.
- e) jinak (prosím, vypište jak).....  
.....

6. Máte možnost výběru jídla z více možností?

- a) ano, kdykoliv a kterýkoliv chod
- b) ano, ale jen hlavní chod
- c) ne
- d) jinak (prosím, vypište jak) .....
- .....
- .....

7. Pokud se objeví v jídelníčku Váš neoblíbený pokrm, jak to řešíte?

- a) sním vše co dostanu
- b) můžu si stravu odhlásit a jdu si něco koupit
- c) dostanu k jídlu něco jiného, co je k dispozici
- d) jinak (prosím, vypište jak).....
- .....
- .....

8. Míváte v jídelníčku tzv. „nedělní“ či „slavnostní“ pokrmy při příležitosti narozenin, vánočních a velikonočních svátků apod.?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne

9. V kolika-lůžkovém pokoji bydlíte?

- a) v jednolůžkovém pokoji
- b) ve dvoulůžkovém pokoji
- c) ve třílůžkovém pokoji
- d) ve čtyřlůžkovém pokoji
- e) v jiném pokoji (prosím, upřesněte).....

10. Máte na svém pokoji dostatek soukromí?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne

11. Můžete si vybavit svůj pokoj svým nábytkem nebo osobními věcmi (např. nočním stolem, lampičkou, křeslem, obrazy aj.)?

- a) ano, nábytkem i osobními věcmi
- b) ano, jen nábytkem
- c) ano, jen osobními věcmi
- d) ne, ničím

12. Pokud Vám nevyhovuje Váš spolubydlicí, máte možnost změnit pokoj?

- a) ano, ihned, pokud se domluví s jiným uživatelem
- b) ano, ale musím čekat, až se uvolní místo
- c) ne
- d) nevím, tuto situaci jsem ještě neřešil/neřešila

13. Vyhovuje Vám režim dne stanovený v zařízení ? (čas stravování, čas nočního klidu, osobní volno, denní aktivity aj.)

- a) ano, zcela
- b) ano, z velké části, když je třeba, dokáží se přizpůsobit
- c) ne, nevyhovuje mi (prosím, upřesněte).....  
.....  
.....  
.....

14. Pokud kouříte, máte ve vašem zařízení možnost kouřit?

- a) ano, téměř kdekoli
- b) ano, ve vyhrazeném místě pro kouření (např. kuřárna, chodba)
- c) ne, jen mimo zařízení
- d) nevím, nekouřím

15. Domníváte se, že jste dostatečně informováni o možnostech trávení volného času?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne
- d) nedokážu posoudit, nezajímám se o to

16. Jakým způsobem jste informováni o možnostech trávení volného času v zařízení ?

- a) informace jsou vyvěšeny na nástěnkách
- b) informace podává ústně personál
- c) informace jsou předávány jiným způsobem (prosím, upřesněte).....  
.....  
.....
- d) informace nejsou k dispozici
- e) nedokážu posoudit, nezajímám se o to

17. Účastníte se volnočasových aktivit ve vašem zařízení?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, jen zřídka
- c) ne





19. Účastníte se rehabilitačních a sportovních aktivit ve vašem zařízení?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, jen zřídka
- c) ne

20. Kterých rehabilitačních a sportovních aktivit se ve vašem zařízení účastníte a jak často?

(prosím, zakřížkujte u každé aktivity)

Aktivita	Účast na rehabilitačních a sportovních aktivitách, jejich frekvence.							
	denně - pondělí až pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x měsíčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici
vycházka								
snoezelen (multismyslová) terapie								
aerobik								
rehabilitační cvičení								
míčové hry								
plavání								
taneční soubor								
jiná (prosím, upřesněte)								

21. Účastníte se pracovních aktivit ve vašem zařízení?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, jen zřídka
- c) ne

22. Kterých pracovních aktivit se ve vašem zařízení účastníte a jak často?

(prosím, zakřížkujte u každé aktivity)

Aktivita	Účast na pracovních aktivitách, jejich frekvence.							
	denně - pondělí až pátek	3-5x týdně	1-2x týdně	3x mě- síčně	1-2x měsíčně	jen zřídka	vůbec	u nás není k dispozici
výpomoc v ku- chyni								
výpomoc na od- dělení								
služba na vrátnici								
práce v zahradě								
péče o zvířata								
jiná ( prosím vypište)								

23. Účastníte se jednorázových akcí pořádaných ve vašem zařízení (např. výlety, kulturní vystoupení, rekreace)?

- a) ano, pravidelně
- b) ano, jen zřídka
- c) ne

24. Kterých z akcí níže uvedených se účastníte? (prosím, zakřížkujte u každé akce)

Akce	Návštěvnost vybraných akcí, jejich frekvence.				
	ano, téměř vždy	někdy ano, někdy ne	jen zřídka	vůbec	u nás se neor- ganizuje
celodenní výlety					
turistické výšlapy					
cyklistické výlety					
návštěva kina					
návštěva divadla					
návštěva plaveckého bazénu					
návštěva výstav a muzeí					
rekreace					
koncerty, kulturní akce mimo zařízení					
sportovní akce mimo zařízení					
akce v zařízení (koncerty, karne- val, diskotéka aj....)					
bohoslužby v zařízení					
bohoslužby v kostele					
jiná (prosím, upřesněte)					

25. Domníváte se, že jste dostatečně informováni o akcích ve vašem městě (vesnici) a blízkém okolí?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy
- c) ne
- d) nedokážu posoudit, nezajímám se o to

26. Máte možnost tyto akce navštěvovat?

- a) ano, vždy a zcela samostatně
- b) ano, vždy, ale potřebuji doprovod personálu
- c) ano, někdy, dle možností doprovodného personálu
- d) ne
- e) nedokážu posoudit, nezajímám se o to

27. Jaké aktivity (sportovní, kulturní, umělecké, pracovní, duchovní aj.) Vám ve vašem zařízení chybějí?

.....

.....

.....

.....

.....

28. Co Vám v souvislosti s pobytem ve vašem zařízení dělá starosti, co Vám naopak dělá radost? Budu Vám vděčná, když mi sdělíte Vaše pocity, prožitky apod., týkající se Vašeho pobytu v daném zařízení.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....