

Sociální aspekty péče v ústavním zařízení

Bc. Marie Hrazděrová, DiS.

Diplomová práce 2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Marie HRAZDĚROVÁ, DiS.**
Osobní číslo: **H128128**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální aspekty péče v ústavním zařízení**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na teoretické vymezení mentální retardace, klasifikace a charakteristika stupňů mentální retardace, příčiny jejich vzniku
- na ústavní péči pro osoby se zdravotním postižením,
- na vymezení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením
- na pojetí kvality života, popis jednotlivých přístupů ke kvalitě života
- na charakteristiku zařízení Paprsek, příspěvková organizace

Součástí práce bude empirické šetření, resp. kvalitativní výzkum, ve kterém se zaměřím na zjištění, jaká je kvalita života uživatelů zařízení z pohledu personálu. Jaký vliv má zavedení standardů kvality sociálních služeb na kvalitu života uživatelů zařízení. Jakým způsobem přispívají standardy kvality sociálních služeb ke zkvalitnění života klientů v zařízení. Zjištění dalších postupů vedoucích ke zkvalitňování poskytovaných služeb. V práci bude zvolena technika rozhovoru a pozorování.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, O. Ústavní péče. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999, 159 s. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2011, 194 s. ISBN 978-80-262-0041-3.

MÜHLPACHR, P. Schola Gerontologica. 1. vyd. Brno: MU, 2005, 314 s, ISBN 80-210-3838-1.

MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: IMS, 2009, 203 s.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2003, 192 s, ISBN 80-7178-821-X.

Vedoucí diplomové práce:

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Katedra sociální pedagogiky

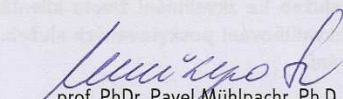
Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2012

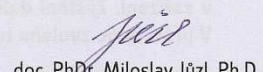
Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2014

V Brně dne 30. listopadu 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Bo. MARIE HRAJČEŘOVÁ, DiS.
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 30. 11. 2012

Bo. Marie Hrajčejřová
.....
Podpis

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

(1) Vysoká škola 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 nahlédnutí 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, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

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

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

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce *Sociální aspekty péče v ústavním zařízení* se zabývá osobami se zdravotním postižením, kterým je poskytována péče v ústavním zařízení.

Teoretická část diplomové práce se zabývá klasifikací a charakteristikou jednotlivých stupňů mentální retardace. Vymezuje terapeutické přístupy uplatňované v péči o osoby s mentálním postižením. Popisuje vývoj ústavní péče až po současnost a uvádí problémy spojené s ústavní péčí. Uvádí základní druhy a formy sociálních služeb. Stručně charakterizuje zákon o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb. Pozornost je věnována také kvalitě života. Poslední kapitola charakterizuje zařízení Paprsek, domov pro osoby se zdravotním postižením.

V praktické části diplomové práce jsou analyzovány a interpretovány data získané v kvalitativním výzkumu.

Klíčová slova: osoba se zdravotním postižením, mentální retardace, terapeutický přístup, ústavní péče, ústavní zařízení, sociální služba, kvalita života

ABSTRACT

The thesis called *Social aspects of care in institutional facilities* deals with people with disabilities, who are provided care in institutional facilities. The theoretical part of the thesis deals with the classification and characteristics of various degrees of mental retardation. It defines the therapeutic approaches applied in the care of people with mental disabilities. Describes the development of the institutional care to the present and shows the problems associated with institutional care. Specifies the basic types and forms of social services. Briefly characterizes the law on social services and standards of quality of social services. Attention is also paid to the quality of life. The last chapter describes device Paprsek, a home for people with disabilities.

In the practical part of the thesis are analyzed and interpreted data obtained in qualitative research.

Key words: person with handicap, mental retardation, therapeutic approach, institutional care, institutional facilities, social service, quality of life

Děkuji panu prof. PhDr. Pavlu Mühlpachrovi, Ph.D. za velmi užitečnou metodickou pomoc při zpracování diplomové práce, za lidský přístup a cenné připomínky.

Mé poděkování patří i mojí rodině a příteli za psychickou podporu a pomoc, kterou mi poskytli při psaní diplomové práce.

Dále děkuji řediteli zařízení Paprsek, příspěvková organizace, panu Mgr. Janu Přichystalovi, za vstřícný přístup a umožnění provedení výzkumného šetření a samozřejmě všem respondentům za poskytnutí rozhovoru.

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

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 MENTÁLNÍ RETARDACE	11
1.1 Klasifikace a charakteristika mentální retardace	11
1.2 Etiologie mentální retardace	14
1.3 Specifika osob s mentálním postižením	17
2 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY	21
2.1 Terapie hrou	22
2.2 Pracovní a činnostní terapie	22
2.3 Psychomotorická terapie	23
2.4 Terapie s účastí zvířete	24
2.5 Expresivní terapie	24
3 ÚSTAVNÍ PÉČE	28
3.1 Historický vývoj ústavní péče	28
3.2 Charakteristika ústavní péče	31
3.3 Problémy ústavní péče	33
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	39
4.1 Zákon o sociálních službách	39
4.2 Základní druhy a formy sociálních služeb	42
4.3 Služby pro lidi s postižením	44
4.4 Standardy kvality sociálních služeb	46
5 KVALITA ŽIVOTA	50
5.1 Pojem kvalita života	50
5.2 Rozsah pojetí kvality života	52
5.3 Multidisciplinární přístupy	53
6 PAPERSEK, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE	57
6.1 Historie zařízení	57
6.2 Služby sociální péče	58
6.3 Aktivity	60
II. PRAKTICKÁ ČÁST	62
7 METODOLOGIE VÝZKUMU	63
7.1 Vymezení cíle	63
7.2 Popis metody sběru dat	63
7.3 Výzkumné šetření	67
7.4 Charakteristika respondentů	68
7.5 Analýza dat a jejich interpretace	71
ZÁVĚR	102
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	105
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	110
SEZNAM PŘÍLOH	111

ÚVOD

Diplomová práce je zaměřená na poskytování sociálních služeb v ústavním zařízení. Ústavní sociální péče se dostala v naší zemi do popředí zájmu po roce 1989. Do té doby byla ústavní péče téměř tabu, stát neměl zájem na zviditelňování postižených lidí. Úroveň byla nízká, a to nejen co do materiálního vybavení, ale také po personální stránce.

V dnešní době můžeme sledovat velký krok směrem kupředu, co se týče zabezpečování služeb. Systém sociálních služeb je v České republice upraven *zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* a vyhláškou MPSV č. 505/2006 Sb. Tento zákon je vůbec prvním zákonem dodržujícím lidsko-právní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. Jednou z povinností poskytovatelů sociálních služeb je dodržování *standardů kvality sociálních služeb*. Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a jsou primárně zaměřeny na podporu lidské důstojnosti uživatel služeb, na rozvoj jejich autonomie a možnost vlastní volby.

Před mým nástupem na mateřskou dovolenou, jsem pracovala na Městském úřadě v Boskovicích, na odboru sociálních věcí a zdravotnictví, jako referentka sociálních služeb. V rámci své profese jsem se setkávala nejen se zdravotně postiženými, kterým je poskytována péče v rodinném prostředí, ale navštěvovala jsem i uživatele zařízení sociální péče. Při volbě tématu pro mou diplomovou práci mě ovlivnilo jednak mé zaměstnání, ale i osobní zájem o problematiku ústavní péče.

Přestože je rodina a rodinné prostředí nejen pro zdravotně postižené velmi důležitá a nenahraditelná, může být jejich umístění do zařízení ústavní péče nejméně bolestný řešením situace některých rodin. V současné době se můžeme setkat s různými názory na ústavní zařízení.

Téma diplomové práce *Sociální aspekty péče v ústavním zařízení*, jsem si vybrala proto, abych i přes negativní názory a aktuální problémy, které ústavní péče představuje, ukázala, že i tento typ zařízení plní nezastupitelné poslání a hraje důležitou roli v životě mentálně postižených.

Cílem diplomové práce je zjištění, jaká je kvalita života uživatelů zařízení z pohledu personálu. Jakým způsobem přispívají standardy kvality sociálních služeb ke zkvalitnění života uživatelů zařízení. Dále zjistit další postupy ke zkvalitňování poskytovaných služeb,

pozitiva a negativa ústavní péče. Zda je uplatňování standardů kvality sociálních služeb v praxi bezproblémové.

První kapitola *teoretické části* se zabývá mentální retardací, klasifikací a charakteristikou jednotlivých stupňů mentální retardace, příčinou jejich vzniku. Druhá kapitola je věnována terapeutickým přístupům uplatňovaných v péči o osoby s mentálním postižením. Třetí kapitola se zabývá ústavní péčí. Nejprve je popsán vývoj ústavní péče až po současnost, dále charakteristika a v neposlední řadě je pojednáno o rizicích ústavní péče. Čtvrtá kapitola pojednává o sociálních službách. Popisuje základní druhy a formy sociálních služeb. Stručně charakterizuje zákon o sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb. Pátá kapitola je věnována kvalitě života. Vymezuje pojem a rozsah pojetí kvality života. Šestá kapitola charakterizuje příspěvkovou organizaci Paprsek, domov pro osoby se zdravotním postižením, která sídlí ve Velkých Opatovicích. Poslední kapitola se zabývá metodologií výzkumu.

V empirické části je zvolena kvalitativní metoda. Jako techniku sběru dat jsem zvolila kvalitativní dotazování, resp. *rozhovor pomocí návodu* s otevřenými otázkami a pozorování.

Diplomová práce vychází z odborné literatury, ze zákonných norem, z internetových zdrojů a ze spisů uživatelů daného zařízení.

Tato diplomová práce je přínosem zejména pro mě samotnou, kdy jsem měla možnost nahlédnout do daného zařízení, blíže poznat klienty a získat názory personálu, jaká je kvalita života uživatelů zařízení z jejich pohledu. Dále bych prostřednictvím této práce ráda přispěla k rozšíření informací o možnostech a poskytovaných službách zařízení Paprsek, příspěvková organizace, jakým způsobem přispívá ke kvalitě života klientů a jak důležitou roli hraje v jejich životě. Současně je ale i přínosem pro všechny zaměstnance daného zařízení, kterým může napomoci v poskytování služeb. Dále je určena pro samotnou veřejnost a v neposlední řadě pro všechny zdravotně postižené, jejich opatrovníky a rodinné příslušníky.

Domnívám se, že téma diplomové práce má svůj přínos i pro sociální pedagogiku, který je blíže určen v závěru diplomové práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit), doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Má tedy rozhodující vliv nejenom na vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se také emocí, komunikačních schopností, úrovně sociálních vztahů, možností společenského a pracovního uplatnění atd. (Slowík, 2007, s. 109).

V publikaci Matouška, Kodymové, Koláčkové (2010, s. 111) je *„mentální postižení podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, seburčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“*

Podle této formulace jde o lidi, kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci. Mentální postižení se obvykle dělí na kategorie hluboké, těžké, střední a lehké.

V posledních desetiletích se pro tuto cílovou skupinu sociálních služeb používá termín *lidé s postižením*. Tím je zdůrazněno, že významnější než postižení je fakt, že takový člověk je lidská bytost. Až sekundárně je zmíněno určité omezení, které přináší specifické způsoby prožívání a chování, ale toto omezení nemá charakterizovat člověka celkově. V zahraničí se také používá označení *lidé s problémy v učení* (people with learning difficulties). Opět je tím zdůrazňováno, s čím tito lidé potřebují pomoci (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010, s. 111-112).

1.1 Klasifikace a charakteristika mentální retardace

Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost, tj. kvantita úbytku (resp. zachování) příslušných kompetencí. Lze ji určit srovnáním úrovně schopností mentálně postiženého jedince s normou, tj. s pomocí psychologické diagnostiky inteligence. Modální průměrný výkon má hodnotu IQ 100, hranicí mentálního postižení je IQ 70 (Vágnerová, 2012, s. 301).

Rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace (MKN-10):

➤ **F70 LEHKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 50-70**

Lidé s lehkou mentální retardací dovedou i v dospělosti uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně, v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů. Myšlení i řeč jsou konkrétní. Jejich verbální projev je jednodušší, užívají kratších vět, objevují se zde občasné nepřesnosti sémantického i syntaktického charakteru. Jsou schopni se učit, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti.

➤ **F71 STŘEDNĚ TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 35-49**

Uvažování jedinců se středně těžkou mentální retardací lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Učení je limitováno na mechanické podmiňování, k zafixování čehokoli je třeba četného opakování. Jsou schopni osvojit si běžné návyky a jednoduché dovednosti, především v oblasti sebeobsluhy. Mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, pokud se nevyžaduje přesnost a rychlost. Potřebují trvalý dohled.

➤ **F72 TĚŽKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 20-34**

Lidé s těžkou mentální retardací jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete. Omezení je zřejmé i v oblasti řeči, naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně. Někdy nemluví vůbec. Jejich učení je značně limitováno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika pokynů. Často jde o kombinované postižení, mnozí z nich mají postižení i motoriku, trpí epilepsií. Jsou závislí na péči jiných lidí.

➤ **F73 HLUBOKÁ MENTÁLNÍ RETARDACE IQ 0-19**

Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se

ani základy řeči. Jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umístěováni do ústavu sociální péče (Vágnerová, 2012, s. 301-302).

Valenta, Müller a kol. (2009, s. 9) uvádí, že kromě stupně mentálního postižení MKN-10 rozlišuje v kódu i postižené chování u těchto klientů (afekty vzteku, sebepoškozování, atd.), a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení:

- 0 - **žádné či minimálně postižené chování** (např. F71.0- středně těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typického klienta s Downovým syndromem).
- 1 – **výrazně postižené chování** vyžadující intervenci

V návaznosti na výše uvedené je třeba doplnit to, že psychopedická terminologie někdy diferencuje chování jedince z hlediska typu mentální retardace na typ:

- **Eretický** (nepokojný, dráždivý, astabilní)
- **Torpidní** (apatický, netečný, strnulý)
- **Nevyhraněný**

(Pipeková et al., 2010, s. 292).

Z důvodu humanizace oborů mizí z terminologie i původní stupně mentální retardace označující hloubku postižení: debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita, stejně jako pojmy nevzdělavatelnost a nevychovatelnost. V současné době se klade důrazem na osobnost individua, a proto se doporučuje používat místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení **osoba s mentálním postižením**. Počátek tohoto humanizačního trendu lze vidět i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která již na svém prvním kongresu v Montpellier v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i „defektní“ (Valenta, 2005, www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000205.pdf).

1.2 Etiologie mentální retardace

Etiologie mentální retardace je stejně variabilní a komplikovaná jako jeho symptomatologie. Je to dáno celou řadou faktorů podílejících se na vzniku tohoto specifického psychického stavu, vykazujícího se významně sníženou inteligencí. Obecně platí, že „*tak jako neexistují dva jedinci s naprosto identickou symptomatologií, neexistují ani dvojníci se stejným počátkem intelektové abnormality. Proto je velmi problematické vytvářet adekvátní etiologické kategorie*“ (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 55).

K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska. Hledisko akcentující dědičnost a více či méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka a hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, které nezohledňovalo vlivy genetické.

Dle Švarcové - Slabinové (2003, s. 55-56) může být mentální retardace způsobena jak příčinami **endogenními** (vnitřními), tak i příčinami **exogenními** (vnějšími). Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec, jsou to příčiny genetické. Vnější činitelé, kteří mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství. Exogenní faktory se člení podle období působení na prenatální (působící od početí do narození), perinatální (působící těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození).

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

- Následky infekcí a intoxikací
 - prenatální infekce
 - postnatální infekce (např. zánět mozku)
 - intoxikace
 - kongenitální toxoplazmóza

- Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů
 - mechanické poškození mozku při porodu
 - postnatální poranění mozku nebo hypoxie

- Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, fenylketonurie a další)
- Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací)
- Nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus)
- Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)
- Nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů)
- Vážné duševní poruchy
- Psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek)
- Jiné a nespecifické etiologie

Černá a kol. (2008, s. 85-88) ve své publikaci uvádí, že v průběhu let vzniklo mnoho rozdílných klasifikačních systémů založených na etiologii mentální retardace. Uvádí tři ukázky publikované v zahraniční literatuře vždy s odstupem přibližně 20 let:

- Klasifikace podle Penrose (1963)
- AAMR klasifikace (1983)
- AAMR klasifikace (2002)

Klasifikace podle Penrose (1963)

Rozděluje možné příčiny „oligofrenie“ takto:

- Genetické (endogenní)
 - dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků
 - čerstvé – spontánní mutace
- Vzniklé vlivem prostředí
 - v raném těhotenství – poškození oplozeného vajíčka
 - v pozdním těhotenství – intrauterinní infekce, špatná výživa
 - intranatální – abnormální porod
 - postnatální – nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivé vlivy výchovy

Klasifikační systém vytvořený AAMR (1983)

Definuje deset etiologických kategorií:

- Infekce a intoxikace
- Trauma a fyzikální faktory
- Metabolismus a výživa
- Nemoci mozku
- Neznámé prenatální vlivy
- Chromozomální aberace (Downův syndrom, Klinefelterův syndrom)
- Ostatní okolnosti prenatálního období (předčasný nebo protražený porod)
- Psychiatrické poruchy
- Vlivy prostředí
- Ostatní okolnosti

Současná klasifikace podle AAMR (2002)

Tato klasifikace je založena na časovém faktoru a dělí etiologii mentální retardace podle doby vzniku na příčiny pre-, peri- a postnatální.

- Prenatální
 - chromozomální aberace (Downův syndrom, Turnerův syndrom)
 - metabolické a výživové poruchy (fenylketonurie, galaktosemie)
 - infekce matky (zarděnky, HIV, toxoplasmóza)
 - podmínky prostředí (užívání drog)
 - neznámé (hydrocefalus, anencefalie)
- Perinatální
 - nízká porodní hmotnost, nezralost
 - neonatální komplikace (porodní úraz, respirační nouze, následek klešťového porodu, překotný nebo protražený porod)
- Postnatální
 - infekce, otravy, intoxikace (encefalitida, meningitida, Reyův syndrom)
 - faktory prostředí (úrazy hlavy, podvýživa, deprivace)
 - onemocnění mozku (tuberkulózní skleróza)

Počet jedinců s mentálním postižením ve světě i u nás stále vzrůstá. Tento vzrůst lze vysvětlovat jednak jako důsledek současného lepšího systému vyhledávání a evidování jedinců s mentálním postižením, jednak jako výsledek – svým způsobem paradoxní a nepříjemný – zlepšené a účinnější pediatrické péče o dítě, zejména o novorozence a děti v nejranějším období života. Preventivní péče o matky v těhotenství, nová účinná léčiva, modernější technické vybavení a nové metody v pediatrické péči vedly k podstatnému snížení novorozenecké a kojenecké úmrtnosti. Jsou tak někdy pro život zachraňovány děti s poškozeným centrálním nervovým systémem, které by jinak nepřežily. Další příčinu vzrůstu počtu jedinců s mentálním postižením je nutno hledat v požadavcích soudobé technické civilizace na člověka a v některých stránkách života společnosti a rodiny (Dolejší, 1978, s. 10-11).

1.3 Specifika osob s mentálním postižením

Při psychologické charakteristice lidí s mentálním postižením je třeba zdůraznit, že jejich nižší mentální úroveň vytváří specifický psychologický obraz, který sice výrazně omezuje jejich kognitivní procesy, ale zpravidla jim umožňuje žít bohatým emocionálním životem. Psychika mentálně postižených v sobě skrývá řadu neodhalených možností zaměřených do oblasti specifických vloh, kreativity, intuice (Krejčířová a kol., 2002, s. 14).

Lidé s mentálním postižením mají zvláštní postavení mezi ostatními postiženými, protože jejich defekt se týká psychické oblasti, která u ostatních typů postižených nebývá primárně poškozena. Proto je někdy obtížné hledat kompenzační možnosti, které jsou poměrně zúžené, příp. vůbec chybějí. Záleží ovšem na hloubce, rozsahu a kvalitě postižení psychické sféry.

Zatím co u jiných postižených je možné kompenzovat defekty psychickou činností, u lidí s mentálním postižením je nutno hledat kompenzační faktory ve sféře manuální činnosti. Kompenzační možnosti se nabízejí především u lehčích forem mentální retardace, u středně a těžce mentálně postižených je možné hledat tyto možnosti v oblasti smyslové a primárních potřeb, přičemž jde spíše o krátkodobé uspokojování, které není zaměřené do vzdálenější budoucnosti.

U jedinců s mentálním postižením stojí v pozadí deprivace rozumová, tj. strádání z nedostatečně rozvinutých rozumových schopností. Dosti často se objevuje také deprivace

senzorická v důsledku snížené funkce některých analyzátorů. Bývají mírně postiženy sluch, zrak a další smyslové orgány. Kromě toho bývá postižena i tzv. jemná motorika prstů a rukou, což se projevuje menší obratností při jemných pracích, v kresbách a v písmu. Dále se objevuje i neuróza, která vzniká z dlouhodobých konfliktů s prostředím, jestliže se takový jedinec včas nedostane do prostředí jemu adekvátnímu.

U jedinců s disharmonickým vývojem osobnosti, tj. s vážnými poruchami chování, silně vystupují do popředí instinktivní složky bez zábrán, nebo za snížených zábrán jednání. U středních a těžkých forem mentální retardace je nedostatek útlumu v chování ještě daleko nápadnější, takže dochází i k silným afektům vedoucím k agresivitě a eventuálně k napadání druhých osob. Existuje však i typ jedinců majících oslabení subkortexu, takže se chovají utlumeně, netečně a pasívně.

Problematika výchovy jedinců s mentálním postižením musí přihlížet k uvedeným faktorům. Na silný afekt nelze reagovat opět afektem, neboť by se u postiženého ještě více zesiloval a došlo by k neadekvátnímu chování. Je vhodnější reagovat klidně, pokud by postižený neohrožoval druhé. Jedinec s mentálním postižením má být veden k tomu, aby se dokázal ovládat a aby své chyby pokud možno napravil a omluvil se. Někdy se používá i tvrdšího výchovného zásahu, který může u některých typů vést k přechodnému útlumu, není-li afekt ještě příliš silný (Langer, 1995, s. 52-67).

Jak uvádí Emerson (2008, s. 9) „*problematice lidí s mentální retardací a problémovým chováním se v České republice věnuje stále málo pozornosti. Podle epidemiologických výzkumů ze zahraničí, připadají na 10 miliónů obyvatel v ČR velmi přibližně 4000 lidí s mentální retardací, u kterých pozorujeme také problémové chování. Existuje pro ně příliš málo poradenských a pobytových služeb – kvalitní služby jsou dostupné pouze několika desítkám klientů. O ostatní lidi se dělí dílem sociální služby, dílem zdravotní služby. Často se tyto služby kombinují, aniž by mezi sebou spolupracovaly. Je to z toho důvodu, že lidé s problémovým chováním nejsou vítáni ani v prostředí sociálních služeb (agresivní chování je často kontraindikací pro přijetí do ústavu nebo domova), ani v prostředí služeb zdravotních (mentální retardace není nemoc, ale stav, nemáme tudíž co léčit). Ideální by bylo zařízení s vysoce převažující sociální službou a s podporou (i externí) služby psychiatrické“.*

Problémové chování vykazují zejména lidé s těžkým mentálním postižením. Mezi ně patří agrese, destruktivita, sebezraňování, stereotypie a řada dalších druhů chování, které

může být škodlivé pro člověka s postižením, problémové pro pečovatele a ošetřující personál nebo nepříjemné pro okolí.

V literatuře je často poukazováno na nedostatek iniciativy mentálně postižených, na neschopnost řídit své jednání. Specifickým znakem volního jednání mentálně postižených je hypobulie (pokles volní činnosti). Slabost vůle se neprojevuje vždy a ve všem. Vystupuje zřetelně v těch případech, kdy vědí, jak mají jednat, ale nepocítují potřebu tak jednat. Velmi časté je nekritické přijímání pokynů a rad od okolních lidí a neschopnost ověřit je a srovnat s vlastními zájmy a sklony. Ve volních projevech lidí s mentálním postižením je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulsivnost, agresivita, ale i úzkostnost a pasivita. Tyto projevy jsou specifické pro každého jedince. Rozvoj volních vlastností lidí s mentálním postižením a podřízenost jejich jednání vzdáleným a rozumovým motivům bezprostředně závisí na úrovni rozvoje jejich potřeb (Valenta, Krejčířová, 1997, s. 34-35).

U lidí s mentálním postižením bývá snižena motivace k učení a k práci. V důsledku funkčního oslabení kortexu se objevují časté afektivní reakce vyplývající z kontaktu s prostředím, malá vytrvalost, neschopnost nebo snižená schopnost překonávat běžné životní překážky, zaměření na materiální a krátkodobé cíle jednání, deprivace různé formy.

Z hlediska profesionální orientace je třeba u jedinců s mentálním postižením přihlížet nejen ke stupni mentálního deficitu, ale také ke kvalitě tohoto deficitu a tím i k různým typům osobnosti. Lidé s mentálním postižením jsou omezeni pouze na práce manuální, a to v nejlepším případě na intelektově méně náročné manuální obory (Langer, 1995, s. 69-72).

V publikaci Mlýnkové (2010, s. 121) jsou projevy mentální retardace charakterizovány jako:

- Zpomalená chápavost, jednoduchost závěrů, jednoduché vysvětlení pojmů
- Snižená schopnost vyvozovat logické vztahy mezi pojmy
- Snižená mechanická a logická paměť
- Nedostatečná koncentrace při práci, učení
- Nedostatečná slovní zásoba, neobratnost se vyjádřit
- Porucha motoriky, pohybové koordinace
- Impulzivnost, hyperaktivita, na druhé straně bývá chování zpomalené
- Citová vzrušivost, dítě je usměvavé, mazlí se, najednou se zlobí, vzteká se, je agresivní, děti jsou emočně nevyzrálé
- Nedostatečný vývoj svého „já“
- Je opožděn psychosexuální vývoj
- Malá aspirace na výkony, s tím souvisí i nižší dominance sebevědomí

- Zvýšená potřeba jistoty a bezpečí
- Nestabilní sociální vztahy, snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům

Nováková Kroutilová a kol. (2011, s. 102-103) popisuje specifika osob s mentálním postižením jako:

- Narušení poznávacích schopností
- Zvýšená emocionalita
- Kolísání nálad a citová vzrušivost
- Spontánnost, otevřenost
- Chování je unáhlené nebo naopak zpomalené
- Nedostatky ve vývoji vlastního „já“ a v osobní identifikaci
- Vyšší potřeba bezpečí a uspokojení
- Časová, prostorová i osobní dezorientace
- Omezená schopnost samostatně řešit běžné životní situace
- Vysoká sugestibilita
- Obtíže v učení a adaptaci
- Omezení možností výchovy a vzdělávání
- Riziko manipulace ze strany nepostižených

Popsat člověka s mentálním postižením je poměrně obtížné, protože projevy každého jsou velmi individuální a odlišují se také příčiny vzniku. Přes všechna omezení a specifika jsou osoby s mentálním postižením především lidmi, kteří mají stejné potřeby a právo na jejich naplňování jako všichni ostatní.

Vztah k lidem s postižením je obecněji výrazem tolerance k odlišnosti, respektu individuality, je výrazem vnitřní kvality člověka i celé společnosti. Pouze bude-li společnost, včetně jejích jednotlivých členů schopna překročit konvence a stereotypy, nebudou lidé s postižením vnímáni pouze z pohledu svého postižení, ať už s odmítáním nebo se soucitem. Každý člověk, bez ohledu na svoji odlišnost od ostatních, musí být chápán jako člověk se svými specifickými kvalitami. Předsudky, stereotypní vnímání druhého je možné překonat působením na společnost a její členy především odstraněním bariér, které dělí lidi s postižením od ostatní společnosti a umožněním kontaktů a vzájemného poznání (Vágnerová, Štech, Hadj-Mousová, 1997, s. 11).

2 TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY

Terapeutické přístupy lze obecně vymežit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu).

Terapeutické přístupy uplatňované v péči o osoby s mentálním postižením vykazují jistá specifika, která se odvíjejí od:

- **Charakteru jejich postižení** (daného jeho vznikem, závažností, projevy) a z něho vyplývajících potřeb
- **Jejich vývojových zvláštností** (daných na jedné straně primárním postižením a na straně druhé prostředím, v němž se osoba vyvíjela) a z nich vyplývajících potřeb
- **Osobnosti, schopností a orientace terapeuta** (zda jde o osobnost dynamickou, dominantní, odborníka zaměřeného na některý výrazný psychoterapeutický směr)
- **Zaměření a možnosti instituce, v níž jsou realizovány** (zda je o ambulanci, léčebnou komunistu, stacionář, atd.)

Terapeutické přístupy mohou být aplikovány buď přímo v rámci terapií, nebo nepřímo v rámci jiných odborných a cílených na člověka zaměřených činností.

Terapie využitelné v péči o osoby s mentálním postižením jsou především činnostního charakteru, tzn., že ke svým cílům primárně využívají speciálních lidských činností (hry, psychomotoriky, práce, kontaktu se zvířetem, umění, apod.).

Činnostní báze terapií může být rovněž jistým vodítkem pro jejich klasifikaci. Mezi základní kategorie patří:

- Terapie hrou
- Činnostní a pracovní terapie
- Psychomotorické terapie
- Terapie s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie)
- Expresivní terapie (arteterapie)

(Valenta, Müller a kol., 2009, s. 125-126).

Charakteristice jednotlivých terapií je věnována pozornost v následujících podkapitolách.

2.1 Terapie hrou

Terapie hrou znamená využití prostředků hry za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Pojem terapie hrou lze chápat v širším a užším slova smyslu. V širším slova smyslu se jedná o terapeutické využití hry v různých formách odborných aktivit (např. dramatických, pohybových, výtvarných, hudebních) a v různých oborech (např. v klinické psychologii, psychiatrii, speciální pedagogice). V užším slova smyslu jde hlavně o terapeutické a diagnostické využití hry v klinické psychologické praxi.

U terapie hrou prováděné s lidmi s mentálním postižením obecně platí nutnost počítat zejména s jistými omezujícími specifiky jejich motivace ke hře. Tato specifika se mohou odvíjet jak od primárních deficitů v psychomotorice, tak také od negativních vlivů prostředí.

Součástí přístupu ke hře klientů s mentálním postižením musí být dlouhodobě pozitivně laděné sociální prostředí využívající pravidelného a strukturovaného podněcování a uspořádávání vjemů (Valenta, Müller a kol., 2009, s. 126-127).

2.2 Pracovní a činnostní terapie

V případě pracovní a činnostní terapie jde o dvě vzájemně se překrývající terapeutické kategorie. Lze je obě vymezit jako aplikaci manipulací s materiálním okolím použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Pracovní terapie (ergoterapie) směřuje k jistému konkrétnímu výrobku – k výsledku práce. Někdy je spojována s pracovní rehabilitací (Valenta, Müller a kol., 2009, s. 127-128).

Křivohlavý (1985, s. 61) hovoří o pracovní rehabilitaci jako o znovunabytí práce-schopnosti. Uvádí, že se rehabilitaci přisuzuje podstatně širší záběr než terapii. Jde v ní nejen o léčení a vyléčení klienta, ale i o prevenci druhotných změn, které mnohdy doprovázejí původní onemocnění. V rehabilitaci jde i o výcvik kompenzačních mechanismů. Ty zastupují funkci těch, které jsou v důsledku základního onemocnění oslabeny nebo zcela

vyřazeny. Cílem rehabilitace je např. plná integrace či reintegrace, tj. začlenění klienta do společnosti jako jejího plnohodnotného člena.

Terapeutických cílů se dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností (např. s textilem, se dřevem, s papírem atd.) a nácvikem v oblasti praktického života.

Jak uvádí Valenta, Krejčířová (1997, s. 48-49), tak *„práce je cenným zdrojem poznání, vědomosti a dovednosti získané vlastní prací jsou pro svoji heuristickou hodnotu trvalejší povahy, snadněji se fixují a jejich vybavování je usnadněno emoční vazbou, práce je nejobecnější metodou nácviku dovedností a návyků. Rozvíjí a diferencuje smyslové vnímání. V neposlední řadě formuje postoje i charakter člověka“*.

U lidí s mentálním postižením musíme opět obecně počítat s nedostatky v oblasti motivace k činnosti, v psychomotorickém výkonu, s nedostatky vyplývajícími ze sociokulturního vývoje atd.

2.3 Psychomotorická terapie

Psychomotorická terapie je charakteristická tím, že při ní dochází k ovlivňování duševních funkcí a osobnosti člověka za pomoci jeho tělesné aktivace. Proto ji lze stručně vymezit jako aplikaci tělesného pohybu použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem.

Psychomotorická terapie prováděná u lidí s mentálním postižením musí být vedena s ohledem na zvláštnosti jejich psychomotoriky (ve smyslu celistvosti a neoddělitelnosti duševních, tělesných a pohybových funkcí). Ta může vykazovat již v raném věku opožděný vývoj v držení hlavy, ve vizuomotorice, v uchopení předmětu, ve schopnosti sedět, stát, chodit, v následném vývoji pak další deformace způsobené poškozenými kognitivními funkcemi, nekoordinovaným působením emocí, vůle a dalších naučených i vrozených osobnostních vlastností.

Mezi jednotlivé metody a techniky obecně využitelné v rámci této terapie, lze zařadit např. pantomimu, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem atp. (Valenta, Müller a kol., 2009, s. 129-130).

2.4 Terapie s účastí zvířete

V této terapii je terapeutickým prostředkem jakékoli společenské zvíře, avšak nejčastějšími zprostředkovateli v dosahování terapeutických cílů jsou psi a koně. V obou případech pak mohou zvířata napomáhat psychické stimulaci, rozvoji sociální komunikace, jistému stupni samostatnosti a nezávislosti či uspokojovat potřeby bezpečí a jistoty.

- **Hipoterapie** – je součástí tzv. hiporehabilitace (ve smyslu zmírnění až odstranění hendikepu pomocí práce s koněm a ježdění na koni). Hiporehabilitace prováděné u lidí s mentálním postižením bude aplikovatelná hipoterapie zejména u jedinců se středně těžkým postižením, sportovní a rekreační ježdění pak spíše u jedinců s lehkým postižením.
- **Canisterapie** – Canisterapie působí na pozitivní změny v oblastech: prožívání, navazování vztahů, kognitivních funkcí, motorických funkcí, verbálních i neverbálních komunikačních funkcí a stimulace tělesných funkcí. Mezi nejužívanější dílčí formy canisterapie u lidí s mentálním postižením patří hlavně mazlení se psem, hlazení psa a cílené hry se psem s využitím pomůcek (Valenta, Müller a kol., 2009, s. 131-133).

2.5 Expresivní terapie

Expresivní terapie jsou postavené na expresi – výrazu, a proto do této kategorie zahrnujeme také arteterapii. V obecné rovině se jedná o terapeutické využití specifických expresivních projevů uskutečňovaných v rámci umělecké tvorby.

Klasifikace expresivních terapií může být provedena dle speciální lidské činnosti, jež je v těchto terapiích hlavním prostředkem a podněcovatelem prospěšných změn. Takže podle toho, zda pracujeme s uměním hudebním, dramatickým, literárním, výtvarným, tanečním, rozlišujeme muzikoterapii, dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, biblioterapii, arteterapii a tanečně – pohybovou terapii.

- **Muzikoterapie** – jedná se o aplikaci hudebního umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. Při aplikaci hudebního umění využívá muzikoterapie melodii, harmonii, rytmus, zvukovou barvu, tempo, dynamiku a druh taktu. Muzikoterapie má svoji formu receptivní (vnímání a prožívání hudby) a ak-

tivní (aktivní hudební tvorbu). Mezi metody aktivní muzikoterapie patří hudební improvizace, hudební interpretace, zpěv písní, psaní písní a kompozice hudby, hudební vystoupení. U lidí s mentálním postižením je vhodná forma skupinové aktivní muzikoterapie.

- **Dramaterapie** – jedná se o terapeuticko – formativně zaměřenou disciplínu, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti. Základním prostředkem dramaterapie je improvizace. Mezi další prostředky patří mimická a řečová cvičení, dramatická, verbální hra, mýty a příběhy, práce s textem, vyprávění příběhů, líčení, masky, loutková a maňásková hra, pohyb, pantomima.
- **Arteterapie** – jedná se o aplikaci prostředků výtvarného umění použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. Cílem arteterapie u lidí s mentálním postižením je redukce psychické tenze, relaxace, odreažování se a uvolnění, odblokování komunikačních kanálů, nácvik sebereflexe, sebeovládání a vůle, uvolnění kreativity pro plnění dalších úkolů. Stejně důležitý jako proces vlastní tvorby je i hodnocení výtvarného díla. Mezi metody a techniky arteterapie patří volný výtvarný proces, výtvarný projev při hudbě, muzikomalba, asociativní výtvarný projev při hudbě, skupinové výtvarné činnosti a řízený výtvarný projev.
- **Biblioterapie** – jedná se o „léčbu knihou“, přesněji aplikace literatury či literárních textů použité za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce a další osobní předpoklady společensky i individuálně přijatelným směrem. Mezi cíle patří změna postojů a hodnot, překonávání depresivních rozlad, pozitivní emoční stimulace, rozvoj kognitivních funkcí, socializace a stimulace komunikace s prostředím, seberealizace a zvýšení sebevědomí atd. Biblioterapie se člení na složku receptivní (různé formy čtení literárních děl) a složku aktivní, jejímž vrcholem je tvořivé psaní
(Valenta, Müller a kol., 2009, s. 133-148).

Podstatou terapeutických přístupů je postoj zaměřený na osobu. Jak uvádí Pörtner (2009, s. 15) tak, „*pracovat se zaměřením na osobu znamená nevycházet z představ o tom,*

jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké jsou jejich možnosti. Brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností“.

Postoj zaměřený na osobu má tři složky: empatie, úcta k osobnosti a kongruence.

Dle Vágnerové (2003, s. 160) je „*empatie taková schopnost osobnosti, s jejíž pomocí se člověk v rámci bezprostřední komunikace s druhým dovede vžít do jeho duševního stavu. Na základě empatie dovedeme vycítit a pochopit emoce, motivy, potřeby a postoje druhého člověka, které tento člověk nevyjadřuje přímo, verbálně“.*

Úcta k osobnosti čili akceptace bez hodnocení znamená přijímat svůj protějšek bez hodnocení, jako celou osobnost takovou, jaká právě v té chvíli je, se všemi jejími potížemi a možnostmi.

Kongruence čili opravdovost znamená, vycházet druhému člověku vstříc jako osobnosti a neskryvat se za profesionální masku (Pörtner, 2009, s. 23).

Přístup se zaměřením na osobu klade i určité požadavky na pečovatele, terapeuty. Důležité je udržovat spolehlivý profesionální vztah, v němž je určitá distance, ale distance konstantní. Na prvním místě musí jít pečovatelům, terapeutům o blaho a vývoj klientů. Kromě profesionálních předpokladů je pro tuto práci důležitá empatie, citlivost a zájem o druhé lidi.

Mlýnková (2010, s. 27) ve své publikaci uvádí předpoklady k práci pečovatele či terapeuta, jež jsou nezbytnou podmínkou pro přijatelný způsob jednání a chování k lidem s mentálním postižením.

- **Senzomotorické předpoklady** – šikovnost, manuální zručnost, pohybová obratnost, neporušené smyslové vnímání
- **Estetické předpoklady** – jde o smysl pro úpravu vlastního zevnějšku, zevnějšku klienta, pro úpravu domácnosti
- **Intelektové předpoklady** – schopnost řešit náročné situace v pečovatelské praxi, myšlenkové procesy, schopnost volit přiměřené řešení apod.
- **Sociální předpoklady** – pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt a vést dialog, schopnost empatie, ovládat své jednání, chtít druhým skutečně pomáhat, být užitečný pro druhé

- **Autoregulační předpoklady** – přizpůsobivost, sebezapření, zvýšená odolnost vůči stresu

Cílem práce s lidmi s mentálním postižením je zejména jejich začlenění do společnosti. Integrace neboli začlenění je nejdůležitějším prostředkem socializace.

Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 273-274) je socializace „*celoživotním procesem utváření a vývoje člověka ve společenskou bytost. Tento proces probíhá ve vzájemné interakci jedince a společnosti. Je založena na celoživotním sociálním učení. Výsledkem tohoto procesu je rozvoj specifických lidských vlastností a kompetencí, ale i schopnost jejich regulace v závislosti na pravidlech této společnosti a modifikace na základě aktuální situace*“.

Jedním z předpokladů pro úspěšné začlenění lidí s mentálním postižením do společnosti je, co nejvíce rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti na základě vhodně zvolených terapeutických přístupů, poskytnutí společenské podpory, zajištění adekvátní sociální péče, výchovy a vzdělávání, profesní přípravy, umožnit smysluplné aktivity a pracovní uplatnění, umožnit život v samostatných domácnostech a zejména minimalizovat překážky ve vztazích ze strany majoritní společnosti.

3 ÚSTAVNÍ PÉČE

Jak uvádí Matoušek (2003, s. 253) je „ústavní péče, péče poskytovaná klientům profesionály v ústavním zařízení. Má rozmanité podoby a cíle – od poskytování náhrady chybějícího domova či chybějícího a jinak nedostupného komplexu služeb až po represivní reakci společnosti na nepřijatelné způsoby chování. Protože ústavní péče s sebou vždy nese vysoké riziko sociálního vyloučení klientů, zneužívání moci personálem a riziko nepříznivých vlivů klientů na sebe navzájem, považuje se dnes ve vyspělých zemích za poslední možnost, která by měla být klientovi nabídnuta až po vyčerpání všech možností alternativních. Ústavní péče je kromě toho nejdražší formou sociální péče“.

3.1 Historický vývoj ústavní péče

Od počátku lidské společnosti byli mezi jejími členy jedinci, kteří se odlišovali od ostatních vzhledem, smyslovými či tělesnými vadami, duševním stavem či chorobami. Jednotlivci i celá společnost se vždy musela nějakým způsobem vyrovnávat se svými takto odlišnými členy, tento vztah se v průběhu dějin proměňoval v závislosti na vývoji společnosti (Vágnerová, Štech, Hadj-Moussová, 1997, s. 4).

ANTIKA

Ve starověkém Řecku existovala léčebná místa – „ústavy“, které se nazývaly *asklépieia* podle boha Asklepie, jemuž byl obvykle zasvěcen místní chrám. Léčba probíhala ve spánku tzv. *inkubací*. Vlastní terapii předcházela koupel v chrámovém prameni, po ní pacient obětoval bohu symbolicky přítomnému v podobě hada, pak ulehl na kůži obětovaného zvířete a očekával, že se mu bůh zjeví ve snu, dá mu rozhodující radu, či jej přímo uzdraví.

Kromě vyhlášených léčebných míst, kterých bylo ve starém Řecku a Římě jen několik, existovaly i jakési miniaturní kliniky tzv. *iátria*, které si někteří lékaři zřizovali ve svých domovech. V těchto „klinikách“ lékaři na krátkou dobu hospitalizovali nemocné a pečovali o ně spolu se svými pomocníky a otroky. Z antiky se nedochovaly žádné zprávy o zařízeních pro chudé, pro sirotky, pro smyslově či jinak hendikepované. Tyto jedince antika tolerovala podobně jako středověk. Patřili do společnosti, měli v ní své místo, společnost necítila potřebu je vylučovat.

STŘEDOVĚK

Zakládání zvláštních útulků pro hendikepované lidi a děti bez rodin se objevuje až s křesťanstvím. Až do počátku novověku je církev významnější institucí než stát, je to ona, kdo propůjčuje státu legitimitu. Vrcholným církevním zařízením je klášter, středisko nejen duchovní, ale také instituce vzdělávací a ekonomická. Již od raného středověku vznikají klášterní hospitály, kde o postižené pečoval mnich s jistou medicínskou průpravou. Duševní nemoci byly interpretovány v rámci náboženských konceptů. Neuvažovalo se o nemoci, ale o posedlosti. Duševně nemocní se volně pohybovali ve společnosti, jen malá část byla držena ve špitálech (Matoušek, 1999, s. 25-29).

RENEŠANCE

Historický přechod mezi středověkým postojem k duševní nemoci a novověkým zrodem azylu představovaly tzv. *Lodě bláznů*. Lodě naložené bláznů a plující od města k městu jsou zaznamenány v německém písemnictví. Lodě bláznů brázdily hladiny středověké Evropy patrně nejen proto, aby se radnice měst navždy zbavily jejich nepohodlného nákladu, ale byly i dopravními prostředky směřujícími k terapeutickým cílům – do poutních míst, kde lze uvěřit v zázrak uzdravení. S tímto „*putováním bláznů za uzdravením*“ souvisí také vznik podivuhodné a svobodně organizované komunity duševně postižených v belgické vesnici Gheel, kde se z poutního místa stalo místo vyhrazené, posvátná země, kde se mělo šílenství dočkat svého vysvobození, ale kde zároveň člověk v duchu starých témat vykonával cosi jako obřad oddělení (Valenta, Müller a kol., 2009, s. 18-19).

Na sklonku středověku a ještě na začátku novověku se i v zákonodárství prosazuje kvalitativně nový princip v péči o lidi sociálně hendikepované, tzv. *domovské právo*. V něm se poprvé ukládá obci pečovat o své chudé. Obce se tak od 16. století stávají vedle církve dalšími zřizovateli „ústavů“ pro lidi, kteří postrádají vlastní rodinné zázemí nebo základní prostředky k udržení života (Matoušek, 1999, s. 29).

OSVÍCENSTVÍ

Koncem sedmnáctého a začátkem osmnáctého století začínají být duševně nemocní vylučováni se společností a jsou pro ně zřizovány velké ústavy.

Jinak řečeno – čas lodi bláznů, kdy byli duševně postižení vyháněni za hradby měst, aby putovali (ovšem svobodně a volně) za svým osudem, zkázou či uzdravením, vypršel a byl vystřídán věkem „*věže bláznů*“, v němž byli takto postižení internováni ve špitálech, věznění v útulcích, azylech, zavírání do beden či přikování řetězy ke stěně (Valenta, Müller a kol., 2009, s. 20).

Velké ústavy nového typu již zakládá stát, nejsou již zařízeními církevními. Psychicky nemocní, kteří byli drženi v okovech, dostávali jen minimální dávky potravy a nikdo z personálu se nezabýval tím, jak se cítí.

Jak uvádí Matoušek (1999, s. 31), tak ani „*slavné Pinelovo osvobození duševně nemocných z pout po první Francouzské revoluci nevedlo k tomu, že by opět začali být považováni za lidi schopné existence uvnitř občanské společnosti. Ústavy pro duševně nemocné si podržely svou represivní úlohu, změnily se pouze prostředky kontroly. Od omezování fyzického se přešlo k drastickým fyzikálním terapiím, jež byly založeny na mechanistických představách o fungování psychického aparátu*“.

NOVOVĚK AŽ PO SOUČASNOST

Počátkem 19. století dochází ke specializaci ústavů. Ústavy se profilují do podob, která mnohde trvá dodnes. Začíná se používat názvů nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec apod.

Až konec 19 a začátek 20. století přináší přesun důrazu, ústavy původně sloužící vylučování lidí ze společnosti se začínají orientovat více a více na zájmy klientů. Dnešním ideálem je spíše péče poskytovaná přesně a pouze v té míře, v jaké ji klient potřebuje, přičemž jeho vztahy k blízkým lidem by měly být podporovány.

Ústavních forem péče dnes ubývá ve prospěch forem neústavních. Sociální práce má tendenci spíše jít za klientem do jeho prostředí, než pro něj vytvářet nové umělé prostředí ústavní. Do sféry ústavní péče vstupuje čím dál více vysokoškolsky vzdělaných profesionálů, kteří zkoumají nejen efektivitu programů, ale jsou i odborníci v otázkách organizačních.

Vznikají alternativní zařízení, která se chtějí programově lišit od tradičních ústavů. Ústavy se zmenšují, otevírají se vůči okolní komunitě, mění svůj zevnějšek i interiér, aby byly pro klienty co nejpřitažlivější. Od centrálního státního řízení ústavní péče se postupu-

je k přenášení maxima kompetencí na místní orgány, jež zase zapojují do péče místní dobrovolné pracovníky (Matoušek, 1999, s. 34-35).

Dle Matouška (1999, s. 35), „*se ústavy polidšťují, ovšem ne všude a ne stejně rychle. Od negativního nálepkování klientů, tj. od jejich definování hendikepem, směřuje moderní sociální práce k prioritě klienta jako osobnosti, která má jisté kompetence a jistou schopnost vývoje. Dnes, v epoše „vítězství individua“, je nejlepším možným ústavem takové zařízení, které se podřizuje potřebám svých klientů*“.

Souhrnem můžeme konstatovat, že vztah společnosti k lidem se zdravotním postižením ukazuje skutečné zaměření a vnitřní život daného společenství. Zejména ukazuje na základní směřování dané společnosti, její priority, hodnotový systém atd.

Michalík (2008) uvádí, že se obecně v teorii společenských věd hovoří o následujících fázích vztahu společnosti k lidem s postižením. Jedná se o stadia:

- Represivní
- Zotročovací
- Charitativní
- Socializační

(Michalík, <http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/michalik/files/vychodiska-kval-zivota.pdf>).

3.2 Charakteristika ústavní péče

Ústavní sociální péče je vykonávána v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, která se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Dle Matouška (2003, s. 252) je „*ústavní zařízení Instituce poskytující klientům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním. Podstatným parametrem ústavu je (kromě kompetencí personálu, přiměřenosti stavby a denního režimu potřebám klientů) také jeho velikost a lokalizace. Trend ve vyspělých zemích směřuje k zmenšování ústavů až na velikost bytů či rodinných domků a k maximálnímu otevírání ústavu vůči komunitě, jíž slouží. Tento trend není v ČR respektován. Ústavy v současnosti stavěné s podporou státu jako náhrady za objekty, které byly vráceny restituentům, mají průměrnou velikost 88 lů-*

žek. Navíc v ČR trvá trend lokalizovat ústavy do malých obcí, tj. do míst „na okraji civilizace“.

Johnová (2005) uvádí, že „ústav poskytuje to, co běžný svět- bydlení, výchovu, zaopatření, zdravotní a ošetrovatelskou péči, rekreaci atd. Oproti okolnímu světu to ale ústav poskytuje z ústavních nikoli běžných zdrojů. Na rozdíl od běžného světa ústav poskytuje navíc jen oddělenost od okolí – speciální budova“.

Úkol ústavu „oddělovat“ znevýhodněné skupiny občanů do speciálních zařízení“ není přijatelný. Česká republika se přihlásila k politice sociálního začleňování a prevence sociálního vyloučení. Podstatou této politiky je přiznání stejných občanských práv a povinností znevýhodněným lidem - jako ostatní lidé musí i oni mít možnost využívat běžných veřejných zdrojů a převzít odpovědnost za sebe.

(Johnová, [http:// www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000553.pdf](http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000553.pdf))

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Dle vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, je maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením:

- **200 Kč denně celkem za úkon** – poskytnutí ubytování (ubytování, úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla, ošacení, žehlení) včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování
- **Za úkon – poskytnutí stravy:** zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel
 - 160 Kč denně za celodenní stravu,
 - 75 Kč za oběd, včetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy

Ústavní péče ve stávající podobě se již přežila, protože velké ústavy jsou nevyhnutelně vždy poněkud nehumanizující. Také požadavek na harmonizaci našeho komunitárního práva s ostatními zeměmi EU nutně vyústí v postupnou deinstitucionalizaci. Cílem pro další období je nutné zajistit, aby ústavy navrácené v restitucích nebyly nahrazovány novými velkými ústavami, ale jinými formami sociálních služeb. Zdravotně postižený nebo jeho zákonná zástupce musí mít právo volby, zda se rozhodne pro umístění v některém z nově vytvářených zařízení komunitní péče. Musí být vytvořeny rovné podmínky pro státní i nestátní poskytovatele ústavní péče.

Současný stav v ústavech sociální péče je odrazem systému péče před rokem 1989. Po změnách, které po roce 1989 nastaly, můžeme pozorovat velký krok směrem kupředu v úrovni zabezpečování služeb. I přes velký pokrok, který byl v systému sociální péče u nás uskutečněn, stále přetrvávají problémy spojené s ústavní péčí, které jsou blíže popsány v následující podkapitole (Friedmann, 2005, s. 98-99).

3.3 Problémy ústavní péče

Naše ústavy nebyly až na výjimky stavěny pro účel, kterému pak sloužily. Řada z nich byla postavena pro účel odlišný od poskytování ústavní péče. Máme ústavy v bývalých zámcích a obytných rezidencích, máme ústav, jenž byl původně nalezincem a nyní slouží jako vězení, ústavy nemocniční, v nichž sídlil původně klášter apod.

Dle Karla Grunewalda (2003), „*pojmem ústav označuje jednu či více budov, které jsou oddělené od okolí, ve kterých žije pohromadě velký počet lidí rozdělených do různých oddělení, přičemž život v ústavu přináší určité negativní dopady či následky*“.

(Grunewald, <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>)

V publikaci Mühlpachra (Friedmann, 2005, s. 99-105) jsou problémové oblasti rozděleny na vnitřní a vnější.

Klientela v ústavech

Základní vnitřní problémy

- Ztráta vazeb s rodinou – vzdálenost od domovské obce k ústavu je leckdy značná, příbuzní nemají možnost krátkodobého pobytu v zařízení či v jeho blízkosti, a tak kontakt s rodinou je ojedinělý
- Ztráta společenských vazeb – kontakt ústavu se společenským životem obce je minimální
- Omezené soukromí – zařízení je kapacitně přeplněna, na jednom pokoji je až osm klientů i více, možnost soukromí je prakticky vyloučena
- Dezorientace v novém prostředí – klienti nejsou před umístěním do ústavu připraveni na změnu prostředí a často je to pro ně psychický šok
- Komunikace mezi příjemcem a poskytovatelem služeb
- Ztráta plnoprávné občanské pozice – klient je chápán jako subjekt péče, rozhodovací práva jsou omezena, advokátem práv a svobod klienta se stává zařízení, ve kterém je klient umístěn
- Ztráta motivace a vůle k zachování nezávislosti

Základní vnější problémy

- Vyšší závislost na ošetřovatelské péči
- Neodpovídající aktuální stav klienta
- Nedostatečná spolupráce obcí se zařízením
- Absence analýzy potřeb v lokálním i globálním měřítku

Poskytovatelé služeb v ústavech

Základní problémy vnitřní

- Nevyváženost zdravotnického a sociálního modelu péče

- Práce ve stresu při poskytování péče – chronický nedostatek personálu způsobuje vystavování se stresovým situacím ze strany poskytovatele, což se odráží v psychickém stavu klienta
- Absence kontinuálního sociálního vzdělávání
- Malá spolupráce s rodinou
- Rivalita mezi poskytovateli zdravotnických a sociálních služeb
- Nízká motivace poskytovatelů
- Identifikace služby s budovou – budova nepředstavuje službu, ale jen nástroj k jejímu poskytování

Základní problémy vnější

- Veřejnost nedostatečně rozpoznává důležitost a náročnost péče o osoby se zvláštními potřebami. Na poskytovatele je pohlíženo s malým společenským respektem.

Organizace a řízení ústavů

Základní problémy vnitřní

- Pracovní náplně nereflektují specifika klientely
- Obava z nových přístupů v řízení
- Nedostatečný týmový přístup
- Malá spolupráce mezi zařízeními
- Absence plánu náboru a práce s dobrovolníky

Základní problémy vnější

- Absence dlouhodobého rozvoje plánu
- Direktivní umístování klientů – klienti jsou umístováni na základě „volných míst“ v zařízeních sociální péče

Financování ústavů

Základní problémy vnitřní

- Nedostatečná spolupráce s obcí

- Absence plánu rozvoje alternativních zdrojů
- Vysoké výdaje na zajištění technického chodu zařízení

Základní problémy vnější

- Nízká flexibilita rozpočtu

Budovy ústavů

Základní problémy vnitřní

- Prostorové přetížení – původní účel budov neodpovídá požadavkům, prostory jsou přetíženy, kapacita pokojů přeplněna
- Bariéry
- Absence zvláštního prostoru pro terminální stavy

Základní problémy vnější

- Památková ochrana objektů
- Izolace od obce – budovy často sídlí v odlehlých částech obce, napojení na služby obce je velmi komplikované a finančně nepříznivé

Vybavení ústavů

Základní problémy vnitřní

- Nedostatečné vybavení pro imobilní klienty – kompenzační pomůcka pro imobilní klienty je z pohledu finančních možností zařízení velmi náročná, klient bývá často „trvale upoutaným na lůžko“
- Nedostatečné vybavení pro aktivity

Základní problémy vnější

- Sporné financování některých pomůcek a léků – zařízení jsou jednak považovány za instituce poskytující primární péči a jednak za instituce nahrazující domov

Zdravotnické a další služby v ústavech

Základní problémy vnitřní

- Absence komplexního přístupu ke klientovi – klient je považován za subjekt přijímající zdravotnickou péči. Jeho sociální potřeby nejsou dostatečně akceptovány. Řešením je multidisciplinární přístup ke klientovi.
- Řeší se pouze okamžitý stav klienta – není vypracovaný individuální dlouhodobý plán péče, který v maximální míře rozvíjí zbylé schopnosti a dovednosti klienta
- Nediferencované umístění klientů – umístění se řídí volnou kapacitou v zařízení
- Základní problémy vnější
- Neexistuje statut ošetrovatelského domova
- Absence minimálního standardu péče

Plánování v ústavech

Základní problémy vnitřní

- Obtížná akceptace adaptace na trh – klient je ten, který vytváří trh poptávky. Ziskovost spočívá ve spokojeném klientovi, který se vrací a zařízení doporučuje.
- Nedostatečný globální přehled o vývoji trhu – zařízení těžko opouští zaběhnutý model funkce, případná zásadní změna je jen těžko akceptovatelná

Základní problémy vnější

- Absence dlouhodobého plánu rozvoje
- Plánování na bázi: rozpočet – opatření – vize – zařízení odvíjí svoji strategii od rozpočtu, se kterým disponuje

Matoušek (1999, s. 118) ve své publikaci uvádí, že nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. *hospitalismus*, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život. V ústavu mívá klient plné zaopatření, někdo mu vaří, stará se o jeho finance, pere, žehlí,

organizuje mu práci apod. Redukce nároků a omezení podnětů mají dobře známé, několi-krát popsané následky: ztrácejí se zájem o lidi a svět, zhoršování schopnosti komunikovat, regrese čili návrat do ranějších vývojových stadií, hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby.

Dále autor uvádí, že pravidelnou daní za pobyt v ústavu je *ztráta soukromí*. V našich ústavech je častým případem nucené sdílení malého prostoru s obyvateli, které si člověk vybrat nemohl. Klient ústavu je neustále nucen přizpůsobovat se jednak režimu, jednak potřebám ostatních klientů. Nemůže nahlas poslouchat hudbu, číst či hrát, protože je rušen činnostmi jiných. Všechny jeho projevy jsou stále pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že někomu nebudou vyhovovat. Domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není (Matoušek, 1999, s. 122).

Jak uvádí Johnová (2005), „*člověk žijící v ústavu se musí přizpůsobit nepřiměřeně velké skupině lidí a pravidlům pro provoz specifických pracovišť. Klient ústavu fakticky bydlí „v provozovně“, kde je nutno dodržovat zvláštní pravidla: hygienické normy (nesmí do kuchyně si uvařit nebo po sobě umýt nádobí), nesmí si sám vzít léky, mít v pokoji vlastní elektrický spotřebič. To vede k omezování soukromí a osobní svobody, základů lidské důstojnosti*“ (Johnová, <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000553.pdf>).

I přes tato rizika ústavní péče nesdílíme představu, že všechny formy ústavní péče jsou přežitkem. Pro některé lidi jsou jedinou možností, která umožňuje důstojnou existenci. Neuvážené rušení ústavů není dobré ani pro klienty, ani neřeší společenskou potřebu. Je nutné počítat s tím, že moderní rodina je stále méně ochotna pečovat o své hendikepované členy a moderní společnost je stále náročnější, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Lidí, kteří jsou v nějakém směru nedostačující, přibývá a ubývá tradičních zdrojů společenské opory. Ústavy by neměly zanikat, i na ně ovšem budou kladeny vyšší požadavky. Také péče organizovaná tradičním, odosobněným způsobem nemá budoucnost. Smysl budou mít jen ústavy odvozující svůj režim z individuálních potřeb klienta a pouze v minimální nutné míře vůči němu uplatňující omezení (Matoušek, 1999, s. 23).

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V souvislosti s politicko – ekonomickými změnami v ČR došlo po roce 1989 k zahájení procesu transformace oblasti sociálních služeb. Začalo období poměrně bouřlivých změn, přičemž sociální systém nebyl připraven na řešení sociálních důsledků plynoucích z realizace ekonomické reformy. To znamenalo, že celý – vysoce nákladný a zčásti také nefunkční – systém sociální pomoci a péče bylo nutné výrazněji reformovat. Celý proces transformace sociálního systému a sociální politiky byl výrazně ovlivněn mimo jiné skutečností, že nový zákon o sociálních službách vznikl více než deset let, což sociální služby v podstatě blokovalo v jejich dalším rozvoji.

Sociální služby se tedy až do roku 2006 poskytovaly na základě právní úpravy z roku 1988 (zákon č. 100/1988 Sb.). Tento právní předpis byl upraven vyhláškou č. 182/1991 Sb., ovšem obě tyto normy stále méně odpovídaly aktuálním potřebám sociálních služeb.

Skutečný rozvoj v oblasti sociálních služeb sociální péče nastal až po účinnosti zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Po roce 1989 prošla oblast sociálních služeb rozsáhlými změnami. Sociální služby se neobyčejně rozšířily. Naprosto nezastupitelnou roli začal v této oblasti hrát také sektor neziskový. V místech a ve službách, kde svou roli neplnily samosprávy či poskytovatelé zřizovaní městy, obcemi a kraji, nabídku a vlastní poskytování služeb vhodně zajistil právě sektor neziskový, ovšem podporovaný ze strany MPSV a regionů.

V České republice tedy nebyla až do roku 2007 oblast sociálních služeb řešena koncepčně a komplexně legislativně, z hlediska financování, odborného vedení, vývoje metod práce s klienty ani z hlediska ochrany lidských práv uživatelů sociálních služeb. Podstatným aspektem, který doprovází dynamický rozvoj sociálních služeb v posledních letech, je vzdělávání pracovníků sociální sféry, prohlubování jejich kvalifikace a zvyšující se prestiž oblasti sociálních služeb v očích veřejnosti (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 9-10).

4.1 Zákon o sociálních službách

Pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se sociální službou rozumí „činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“.

Matoušek a kol. (2007, s. 9) ve své publikaci uvádí, že „sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství“.

Pokud jde o smysl zákona o sociálních službách, měli bychom si uvědomit, že sleduje především dva základní cíle: jednak zabezpečení sociální péče všem osobám, které ji nezbytně potřebují, jednak nápravu deformovaných právních vztahů mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a především jejich uživateli.

V době, kdy tento systém vznikl, bylo prioritou zajištění péče, avšak nebyla již důsledně respektována lidská práva a důstojnost uživatelů sociálních služeb. Právě tady zákon o sociálních službách přinesl zásadní změnu. Vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, založený na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, důsledně individuálnímu přístupu, na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí ze společnosti.

Sociální služby jsou poskytovány na smluvním základě, kde účastníci vyjednávají podmínky poskytnutí služby. Zájemce o službu smlouvu uzavírá dobrovolně s jím vybraným poskytovatelem za podmínek, na nichž se obě strany shodnou.

Z výše uvedeného pak můžeme formulovat **základní zásady zákona**, které jsou jinak uvedeny v jeho §2 :

- Bezplatné sociální poradenství pro každého
- Zachovávání lidské důstojnosti a respekt k lidským a občanským právům a oprávněným zájmům
- Individuální přístup
- Aktivizace samostatnosti
- Podpora při zakotvení v přirozeném sociálním prostředí
- Rovnoprávnost
- Dobrovolnost

Tyto základní zásady jsou v obecné poloze vodítkem, na jehož základě byly vypracovány standardy kvality sociálních služeb.

Aby mohly být záměry zákona naplněny, objevily se v něm **nové instituty**, jejichž úkolem je vytvořit podmínky naplnění cílů právní úpravy. Těmito instituty jsou:

- Příspěvek na péči
- Registrace poskytovatele sociálních služeb
- Fyzické osoby jako poskytovatelé sociálních služeb
- Smlouva o poskytování sociálních služeb
- Standardy kvality sociálních služeb
- Inspekce poskytování sociálních služeb

(Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 16-17).

Příspěvek na péči je určen k posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí tak, aby si každý individuálně mohl zvolit pro něj nejúčelnější způsob zajištění potřeb. Příspěvek na péči je odstupňován podle míry závislosti, přičemž jeho hodnota je odvozena od obvyklých nákladů spojených s péčí. Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou zejména z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby, a to ve schopnosti zvládat základní životní potřeby. Příspěvek náleží osobě, o kterou má být pečováno, nikoli osobě, která péči zajišťuje.

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, stanoví čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby:

- I. stupeň (lehká závislost)
- II. stupeň (středně těžká závislost)
- III. stupeň (těžká závislost)
- IV. stupeň (úplná závislost)

Výše příspěvku je stanovena přímo v zákoně. Určuje se podle stupně závislosti a podle věku.

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- 3000 Kč, jde-li o stupeň I. (lehká závislost)

- 6000 Kč, jde-li o stupeň II. (středně těžká závislost)
- 9000 Kč, jde-li o stupeň III. (těžká závislost)
- 12000 Kč, jde-li o stupeň IV. (úplná závislost)

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let věku činí za kalendářní měsíc:

- 800 Kč, jde-li o stupeň I. (lehká závislost)
- 4000 Kč, jde-li o stupeň II. (středně těžká závislost)
- 8000 Kč, jde-li o stupeň III. (těžká závislost)
- 12000 Kč, jde-li o stupeň IV. (úplná závislost)

4.2 Základní druhy a formy sociálních služeb

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální služby zahrnují:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Sociální služby se poskytují jako služby:

- Pobytové
- Ambulantní
- Terénní

Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Sociální služby poskytují:

- **Obce a kraje** – dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení, kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby
- **Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby** – nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb
- **Ministerstvo práce a sociálních věcí** – je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče (www.mpsv.cz/cs/9)

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se pro poskytování sociálních služeb zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Zařízení pro krizovou pomoc
- Nízkoprahová denní centra
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- Noclehárny
- Terapeutické komunity
- Sociální poradny
- Sociálně terapeutické dílny
- Centra sociálně rehabilitačních služeb
- Pracoviště rané péče
- Intervenční centra
- Zařízení následné péče

4.3 Služby pro lidi s postižením

Až do konce roku 2006 byla členěna ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené občany na následující typy: ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami, ústavy pro mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami, ústavy pro smyslově postižené dospělé občany, ústavy pro mentálně postižené dospělé občany, ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany, ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje už jen dvě kategorie ústavních zařízení. Jsou to *domovy pro osoby se zdravotním postižením* a *domovy se zvláštním režimem*.

Novým trendem v našich ústavních zařízeních je zavádění tzv. *aktivizačních programů*, které by na rozdíl od minulosti neměly být organizováním aktivit pro obyvatele jen podle představ personálu, ale měly by být propojeny s individuálními plány péče.

(Matoušek a kol., 2007, s. 96-97)

Lidé s postižením mohou využívat služeb *chráněného bydlení*, zřízených mimo ústavní prostředí. Jedná se o pobytovou službu zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech uživatele včetně kontaktu se společenským prostředím.

Další již u nás rozvinutou formou služby jsou *denní a týdenní stacionáře*. Kromě jiných služeb nabízejí zejména výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Lidem, kteří žijí ve vlastních domácnostech je poskytována služba, kterou nová legislativa nazývá *podpora samostatného bydlení*. Spočívá v pomoci při zajišťování chodu domácnosti a v pomoci při dalších aktivitách včetně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Centra denních služeb poskytují zdravotně postiženým pomoc při hygieně, stravování, vedle toho výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a i zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Pečovatelská služba je uživatelům poskytována ve vlastních domácnostech. Jedná se o nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou v ČR lidem se zdravotním postižením a

seniorům. Mezi poskytované služby patří: koupel, pomoc při oblékání, při úkonech osobní hygieny, ošetřovatelské úkony, donáška oběda, nákupy a pochůzky, činnosti spojené s udržováním domácnosti, příprava jídla, doprovod, praní prádla, velký úklid bytu, úprava vlasů, masáž apod.

Odlehčovací služby, úlevová (respitní) péče, spočívá v tom, že postižený člověk dostane v domácím prostředí k sobě pečovatele a osoby z rodiny, které zajišťují péči tak mohou na nějakou dobu přestat pečovat, nebo je postižený člověk umístěn do pobytového zařízení, které převezme péči o něj kompletně (Matoušek a kol., 2007, s. 97).

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou určeny lidem, jejichž schopnosti v oblasti komunikace a orientace snížilo zdravotní postižení.

Po roce 1989 nestátní organizace rozvinuly službu *osobní asistence*. Vyškolený asistent pomáhá lidem s postižením při zvládání úkonů, které by jinak dělal sám, kdyby mu v tom postižení nebránilo. Osobní asistence může být kombinována s jinou službou.

Sociálně terapeutické dílny jsou určeny lidem, kteří se nemohou uplatnit na otevřeném trhu práce. Cílem je podpora pracovních návyků a rozvoj pracovních dovedností, vedle toho zahrnuje pomoc při osobní hygieně a stravování.

Sociálně aktivizační služby spočívají v tom, že asistent spolu s uživatelem dochází na pracoviště, které není vybudováno speciálně pro potřeby lidí s postižením. Asistent na tomto pracovišti zajistí uživateli vhodné pracovní podmínky a přiměřené vedení. Později pomáhá uživateli s pracovní činností a s řešením náročných situací.

Svépomocné skupiny se zaměřují na psychickou pomoc při zpracovávání sociálních a jiných důsledků postižení.

V některých krajích v ČR jsou jako nestátní organizace zřizována *poradenská centra pro zdravotně postižené*, poskytující poradenství postiženým a jejich rodinám.

(Matoušek a kol., 2007, s. 98-99)

Sociální služby představují významnou část aktivit státu, samosprávy a nestátních subjektů, které řeší problémy jednotlivců, rodin a skupin občanů, a tím pozitivně ovlivňuje sociální klima celé společnosti. Sociální služby nejsou významné proto, že je potřebuje mnoho lidí, ale proto, že bez jejich působení by se významná část občanů nemohla podílet

na všech stránkách života společnosti, bylo by znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení (Kozlová, 2005, s. 17).

4.4 Standardy kvality sociálních služeb

Johnová (2003, s. 23) definuje Standardy kvality sociálních služeb jako „*soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personální, procedurální a provozní*“.

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007.

Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb. Podstatným rysem standardů je jejich obecnost, jsou použitelné pro všechny druhy sociálních služeb.

Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace. Ve standardech je proto zdůrazněna orientace na osobní cíle uživatelů služeb, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost, plnohodnotný život apod. (Johnová, 2003, s. 4)

Zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace, i efektivitu různých zařízení, která poskytují stejný druh služby.

Jak uvádí Krutilová, Čámský, Sembdner a Sladký (2008), tvorbu vznik a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb do sociální praxe poskytovatelů je možné vnímat jako „výstup z cílené činnosti pracovníků a klientů poskytovatele, jejímž cílem je zformulovat soubor interních pravidel pro sociální práci poskytovatele, vymezit požadovaný profil pracovníka poskytovatele a vymezit závazné postoje k úkolu poskytování kvalitních sociálních služeb v působnosti zařízení“ (http://www.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf).

Platný rozsah a obsah standardů kvality v sociálních službách uvádí vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb., v příloze č. 2.

Jsou stanoveny tyto standardy:

- Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
- Ochrana práv osob
- Jednání se zájemcem o sociální službu
- Smlouva o poskytování sociální služby
- Individuální plánování průběhu sociální služby
- Dokumentace o poskytování sociální služby
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- Personální a organizační zajištění sociální služby
- Profesní rozvoj zaměstnanců
- Místní a časová dostupnost poskytované služby
- Informovanost o poskytované sociální službě
- Prostředí a podmínky
- Nouzové a havarijní situace
- Zvyšování kvality sociální služby

Pro každý z uvedených standardů je vypracováno několik kritérií, tj. de facto závazných či doporučených postupů poskytovatele služby v dané oblasti jím poskytované služby (Valenta, Michalík, Lečbých a kol., 2012, s. 112).

Plný rozsah standardů včetně kritérií je uveden v **příloze č. 1**.

Matoušek a kol., (2007, s. 152) ve své publikaci uvádí, že komplexnější pohled na kvalitu služby přináší Martin (1993) v podobě patnácti ukazatelů. Ty se v některých bodech kryjí s našimi *Standardy kvality sociálních služeb*, v některých nikoli. Soubor ukazatelů je následující:

- Dostupnost – program je pro klienty bez problémů dostupný
- Důvěryhodnost – pracovníci jsou přátelští, slušní
- Komunikace s veřejností – informace o programu jsou podávány jednoduše a srozumitelně
- Kompetence – pracovníci mají potřebné znalosti a dovednosti

- Naplňování standardů – program vyhovuje platným standardům pro danou službu
- Zdvořilost – pracovníci se chovají ke klientům zdvořile
- Dostatečnost – program vzhledem k plánovaným cílům nic podstatného nepostrádá
- Trvalost výsledků – efekt programu je dlouhodobý
- Empatie – pracovníci rozumí potřebám klientů a přistupují k nim individuálně
- Humánnost – pracovníci podporují u klientů pocit vlastní hodnoty
- Výkonnost – program dosahuje vytčených cílů
- Spolehlivost – program je poskytován stále jasně definovaným způsobem
- Příhodnost – program je poskytován v době, kdy je to pro klienty vhodné
- Bezpečnost – program je poskytován pro klienty bezpečným způsobem
- Koherence – složky programu, personál, místo poskytování a informace poskytované o programu tvoří koherentní celek

MPSV pokládá standardy za první klíčový krok ke zkvalitnění a zefektivnění sociálních služeb. Přestože jsou standardy určeny pro všechny druhy služeb, největší význam budou mít pro ústavní zařízení. Zavádění standardů, které jsou orientovány na podporu nezávislosti na sociální službě, přispěje ve svém důsledku k poskytování pomoci a podpory uživatelům podle jejich skutečných potřeb, nikoli plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem. Očekávaným výsledkem těchto změn je zvýšení efektivity využití prostředků vynaložených na sociální služby. To by mělo přispět k rozvoji alternativních sociálních služeb a ke snížení počtu čekatelů na ústavní péči (Johnová, 2003, s. 5).

Přes všechny předpoklady a očekávání se změna v kvalitě zpravidla nedostavila. Důvody však nejsou vždy jen na straně poskytovatele a jeho pracovníků.

Valenta, Michalík, Lečbých a kol., (2012, s. 113-114) ve své publikaci poukazují na následující skutečnosti:

- Standardy, tak jak jsou formulovány, nereagují na odlišné potřeby uživatelů v jednotlivých stupních závislosti na péči. Kriticky chybí pojetí standardů, které by již na centrální úrovni zohlednilo odlišné potřeby uživatelů v jednotlivých stupních závislosti.
- Standardy se vyhýbají zásadním a ožehavým otázkám tzv. normativů na péči v jednotlivých stupních závislosti a v jednotlivých druzích služeb.

- Neřešení normování minimálních standardů poskytovatele, zejména v personální oblasti – je překážkou kvalitních služeb (př. poskytovatel služeb domova pro zdravotně postižené prohlašuje své standardy za odpovídající národním, přestože na noční směně pracují dva pracovníci v sociálních službách a pečují o několik desítek klientů s velmi těžkými a kombinovanými postiženími).
- Stávající model standardů rezignoval na možnou unifikaci stavebně – technických podmínek poskytování služby, způsobilost a možnosti poskytovatelů zajistit potřebnou zdravotní péči. Tedy oblasti, které jsou upraveny právními předpisy ostatních odvětví, mají však přímý dopad na kvalitu poskytované péče.

I přes tyto skutečnosti představují současné sociální služby změnu oproti stavu do roku 2006. V řadě případů se jedná o změnu k lepšímu. Je však skutečností, že i přes řadu pozitivních změn, shledáváme v sociálních službách stejné nedostatky, jako tomu bylo dříve. Nedostatek personálu, nízké mzdy, nízká kvalifikace, malý počet odborných pracovníků, počet ubytovaných na jednom pokoji a další faktory, které přispívají k negativním názorům, jež jsou pro ústavní zařízení všeobecně známá.

5 KVALITA ŽIVOTA

Zájem o kvalitu života má kořeny již v dávné minulosti. Koncepce kvality života se objevuje již v římské a řecké mytologii, kde bývá spojována s osobnostmi Asclepia, Aesculapa.

Pojem „kvalita života“ poprvé uvedl Pigou v roce 1920 v práci, která se zabývá ekonomikou a sociálním zabezpečením. Nesetkal se však s ohlasem a pojem byl znovu objeven až po druhé světové válce.

Později byl pojem uveden do politiky americkými prezidenty J. F. Kennedym a L. B. Johnsonem. Jednalo se o změnu image USA: měla být oproštěna od jisté nekulturnosti, tvrdého „boje o život“, všeobecné nejistoty a vykořisťovatelských prvků.

V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu Římského klubu. Tato nevládní organizace byla založena ve Švýcarsku v roce 1968, kritizovala negativní tendence kapitalistické společnosti, odsuzovala zbrojení, hledala prostředky a způsoby humanizace světa a člověka. Klub byl zaměřen na zkoumání a řešení globálních problémů.

V 70. letech vyšla řada publikací, která se zabývala definováním pojmu kvalita života. Hlavním kritériem bylo stanovení indikátorů skutečné kvality života.

Společným znakem diskusí o kvalitě života od 70. let 20. století až do současnosti je nejednotnost v určení indikátorů pro měření kvality života, jejich důležitosti a volby nejvhodnějšího měřicího nástroje. Rozhodující je účel měření kvality života.

V současné době se kvalita života stala nedílnou součástí všech vědních oborů. Na celém světě se problematikou kvality života zabývají desítky organizací a institutů.

(Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 7-9)

5.1 Pojem kvalita života

Definovat pojem „kvalita života“ není snadné, jelikož nespočívá kvůli svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru na jednoznačném teoretickém základu.

Matoušek (2003, s. 100) definuje pojem „kvalita života“ jako „*komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent „zisku“ v ekonomickém*

uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. životní spokojenost. Závisle na pojetí se kvalita života dá kvantifikovat souborem hodnot nebo jednu hodnotou. Nástrojem užívaným k hodnocení jsou obvykle sebeposuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, někdy i posouzení jinou osobou“.

Světová zdravotnická organizace kvalitu života chápe jako to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekávaním, životnímu stylu a zájmům (Fejfar, Suchý, 2011, <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002052.pdf>).

Křivohlavý (2009, s. 40) vidí úzký vztah mezi kvalitou života a zdravím. Pojem zdraví definuje jako „celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí. Kvalita života je definována s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. Cíle směřování života jsou hodnoceny podle hierarchie hodnot (duchovního hlediska). Ta se týká cílů, k nimž je životní úsilí daného člověka zaměřeno“.

Gurková (2011, s. 21) ve své publikaci vymezuje pojem kvalita ve dvou významech:

- Jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucích, postulovaných, optimálních úrovně nebo stupně, přibližujících se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupiny)
- Jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt liší od objektů jiných

Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory. Tím zároveň zahrnuje proces hodnocení. Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život. Život jednotlivce nechápeme jen v úzkém významu biologické existence, ale jako komplexní pojem zahrnující všechny projevy, oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život). Kromě života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny, společnosti nebo populace.

5.2 Rozsah pojetí kvality života

Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli život jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života jen její dílčí oblast.

Existují tři hierarchicky odlišné sféry:

- **Makro-rovina** – jedná se o otázky kvality života velkých společenských celků, např. dané země, kontinentu atp. Zde se jedná o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah.
- **Mezo-rovina** – jedná se o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách, např. ve škole, v nemocnici, v podniku atp. Zabývá se otázkami sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory, sdílených hodnot a jejich hierarchie ve skupině.
- **Osobní (personální) rovina** – zabývá se otázkami života jednotlivce. Při stanovení kvality života jde o osobní – subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti atp. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života (Křivohlavý, 2002, s. 163-164).

Dále autor uvádí čtvrtou rovinu, v níž by bylo možné hovořit o kvalitě života.

- **Fyzická (tělesná) existence** – jedná se o pozorovatelné chování druhých lidí, které je možné objektivně měřit a porovnávat. I když jsou údaje objektivně měřitelné, přece jen postrádají něco, co je pro hlubší pojetí kvality života podstatné. Nedoporučuje se používání údajů z této roviny při definování kvality života (Křivohlavý, 2002, s. 164).

Vaňurová, Mühlpachr (2005, s. 17) ve své publikaci uvádí, že ke konceptu kvality života můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního.

- **Objektivní kvalita života** – zabývá se materiálním zabezpečením, sociálními podmínkami života, sociálním postavením a fyzickým zdravím. Jedná se o souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka.

- **Subjektivní kvalita života** – spočívá v jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost se odvíjí od jeho osobních cílů, očekávání a zájmech.

V současné době se odborníci ve všech oborech zásadně přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako k hlavnímu a určujícímu pro život člověka.

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství. Křivohlavý (2002, s. 165) dělí metody na tři skupiny:

- Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
- Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba
- Metody smíšené, vzniklé kombinací metod předchozích

Prostředky objektivního měření kvality života jsou ukazovatele (indikátory) kvality života. Indikátory se v praxi získávají prostřednictvím výpovědí respondentů (jedná se o subjektivní vyjádření, postoje, pocity, hodnocení), ale využívají se i objektivní údaje (se sbírané a zpracované různými útvary, institucemi).

5.3 Multidisciplinární přístupy

Na kvalitu života je pohlíženo odborníky z různých oblastí různě (z hlediska svého oboru). OSN ve svém programu *Agenda on Ageing for the 21 Century* rozeznává šest základních oblastí kvality života: psychologickou, fyziologickou (medicínskou), ekonomickou, sociální, duchovní a environmentální (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 24).

- **Fyziologický (medicínský) přístup**

Mezi ústřední pojmy tohoto přístupu patří „kvalita života“ a „zdraví“. Kvalita života týkající se zdraví (HRQOL) vyjadřuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se o porovnání opravdového prožívání jedince, zvládnutí sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální. Nejběžnějším nástrojem měření HRQOL je dotazník, popř. strukturovaný rozhovor. Dotazníky jsou rozděleny do dvou základních skupin. Dotazníky obecné např. WHOQOL-100, WHOQOL-BREF a dotazníky specificky zaměřené na určité onemocnění, jeho průběh a léčbu např. dotazníky pro onkologické pacienty - EORTC.

WHO rozeznává šest domén, které jsou obsaženy v dotaznících WHOQOL-100 a WHOQOL-BREF.

Doména	Indikátory WHOQOL
Fyzická stránka	energie a únava, bolest a nepohodlí, spánek a odpočinek
Psychická stránka	negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení a paměť
Stupeň samostatnosti	mobilita, každodenní činnosti, průčeschnost, závislost na lékařské péči
Sociální vztahy	osobní vztahy, sociální podpora, sexuální aktivita
Životní prostředí	finanční zdroje, svoboda, zdraví a sociální podpora, fyzikální prostředí, doprava
Spiritualita	osobní přesvědčení, religiozita

Pět základních dimenzí kvality života pacienta:

- Aktuální zdravotní stav (jak se pacient cítí, jak hodnotí svůj stav)
- Soběstačnost
- Akceptace a pomoc nejbližší rodiny a okolí
- Individuální funkční norma a využívání možností pacienta
- Ekonomická situace

Důležitým faktorem je rozdíl mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Lidé, kteří jsou nemocní a kteří svůj zdravotní stav přijmou, získají určitý pocit životní pohody a tím i lepší kvalitu života. Na rozdíl od lidí, kteří se brání přijmout svůj zdravotní stav, jsou stále méně spokojeni se svou funkční schopností a celkovou životní situací (Vařdřurová, Mühlpachr, 2005, s. 24-28).

➤ **Psychologický přístup**

Psychologický přístup pracuje s termínem „well-being“ neboli spokojenost, pohoda. Hlavním tématem je prožívání, myšlení a hodnocení člověka, jeho potřeby a přání, sebehodnocení, seberealizace a negativní indikátory, jako např. životní trauma, krize, deprese. Mezi další oblastí zájmu patří autonomie (možnost rozhodovat a sebeřízení), autenticita (jedinec je sám sebou – jeho projev a život jsou ve shodě se sebepojetím, hodnotovou orientací člověka) a kompetentnost člověka (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 29).

➤ **Sociologický přístup**

Z hlediska sociologie se jedná o velice komplexní oblast, ve které je potřeba kvalitu života hlouběji vymezit vůči životní úrovni, způsobu života a životnímu stylu, které s kvalitou života přímo souvisejí, ale nemohou s ní být identifikovány.

- *Životní úroveň* je odvozena od reálných příjmů lidí a vyjadřuje především materiální a ekonomické podmínky člověka.
- *Způsob života* popisuje život člověka jako celek a zahrnuje v sobě jeho charakter, obsah a strukturu. Vystupuje jako strukturovaný projev materiálního a duchovního života, jehož součástí je životní úroveň.
- *Životní styl* vyjadřuje zvyky, obyčeje, hodnoty, zájmy jedince, skupiny či společnosti. Představuje specifický druh chování jednotlivce, resp. sociální skupiny s určitými způsoby chování, zvyky a sklony. Osobní životní styl se vytváří pod vlivem výchovy a v obecné rovině ho můžeme chápat jako odraz duchovního cítění, kultury, vzdělání a morálky.

Mezi sociální činitele ovlivňující kvalitu života patří: materiální bohatství, životní standard, ochrana osob, svoboda, sociální rovnost, kulturní klima, sociální klima, populační tlak a modernizace (Vařurová, Mühlpachr, 2005, s. 30-34).

➤ **Ekologický a environmentální přístup**

Život v příznivém životním prostředí je jedním ze základních lidských práv.

Jak uvádí Vařurová, Mühlpachr (2005, s. 34) tak „*lidské bytosti mají právo na zdravý a produktivní život, který je v souladu s přírodou*“.

Ekologicko-environmentální podmínky kvality života mají hlavní význam, protože přímo ovlivňují život člověka. V současné době narůstá množství naléhavých ekologických

kých problémů, hrozí ekologická krize, proto jsou ekologicko-environmentální podmínky aktuálním tématem dnešní doby.

6 PAPERSEK, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Zařízení Paprsek je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb a ve smyslu ustanovení §34 zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, zařízením sociálních služeb. Je příspěvkovou organizací zřízenou Jihomoravským krajem. Poskytuje pobytové sociální služby v nepřetržitém celoročním provozu. Nabízí služby sociální péče typu domova pro osoby se zdravotním postižením dle ustanovení §48 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

6.1 Historie zařízení

Historie zařízení se začala psát v roce 1960, kdy byla budova zámku v Borotíně převzata odborem sociálního zabezpečení Okresního národního výboru v Blansku na zřízení ústavu sociální péče.

Pozdně barokní zámek ve volném francouzském stylu dal vystavět v roce 1753 podle návrhu Františka Antonína Grimma, Václav z Freyensfeldu, olomoucký světící biskup. Zámek byl po roce 1948 zestátněn.

V budově zámku začaly adaptační práce, které prováděl Okresní stavební podnik v Blansku s rozpočtem 1,6 mil. korun. Ústav dostal název – Ústav sociální péče pro mládež v Borotíně a od 1.10.1961 v něm pracovali první zaměstnanci.

Od 1.7.1963 nastoupily do ústavu sestry řádu Sv. Kříže z psychiatrické léčebny z Kroměříže. 9.9.1963 bylo přijato pět prvních klientů. Do konce roku 1963 bylo v ústavu umístěno 110 klientů, o které se staralo 33 zaměstnanců. Řádové sestry musely v roce 1965 Borotín opustit, do ústavu přišlo 25 sester řádu Nejsvětějšího Srdce Ježíšova z léčebny v Letovicích.

Od 1.7.1976 byl ústav součástí okresních zařízení sociálního charakteru, vedených Okresním ústavem sociálních služeb v Blansku. Od roku 1977 došlo ke zvýšení kapacity na 130 klientů, průměrný věk klientů v té době byl 31 let. V zařízení pracovalo 42 zaměstnanců. Klienti byli podle svých schopností zapojeni do práce (vyšívali obrazy, vázali koberce, pomáhali v ústavní prádelně a v kuchyni, zahradničili v zámeckém parku).

Když v roce 1994 po čtyřech letech dohadování rozhodl pozemkový úřad v rámci restituce o navrácení borotínského zámku potomkům původního majitele, začal Okresní úřad

v Blansku vyvíjet snahu o vybudování nového objektu, kam by se ústav přestěhoval. Tehdy ve výběrovém řízení zvítězily Lysice. Na základě připomínek vedení ústavu, že tak zásadní změnu prostředí by klienti nemuseli zvládnout, nehledě k tomu, že většina zaměstnanců byla z okolí Borotína a dojíždění do Lysic by byl pro ně problém, přehodnotil okresní úřad svůj původní záměr a rozhodl o tom, že se začne stavět ve Velkých Opatovicích.

Výstavba nového zařízení probíhala v letech 1997-2000. V srpnu roku 2000 se klienti i zaměstnanci nastěhovali do nových prostor Ústavu sociální péče ve Velkých Opatovicích. Paprsek, příspěvková organizace Velké Opatovice vznikla na základě zřizovací listiny vydané Jihomoravským krajem dne 9. listopadu 2006 s účinností od 1. ledna 2007. V současné době pracuje v zařízení 79 zaměstnanců.

(<http://uspvo.net/historie/>)

6.2 Služby sociální péče

Posláním domova pro osoby se zdravotním postižením Paprsek, příspěvková organizace, je zajišťování podpory a pomoci osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a nejsou schopny samy nebo za pomoci blízkých osob tuto situaci řešit. Podpora a pomoc vychází z individuálních potřeb jednotlivých osob. Respektuje jejich základní lidská práva a svobody a zachovává podmínky pro důstojnou existenci, pocit jistoty, důvěry a bezpečí. Posláním je dále působit na klienty tak, aby byly co nejvíce upevňovány přirozené sociální vazby a zajištěny možnosti a podmínky využívat běžně dostupné veřejné zdroje.

(<http://uspvo.net/poslani-a-cile-sluzby/>)

Mezi cílovou skupinu patří:

- **Osoby s kombinovaným postižením** – muži ve věku od 19 let s mentálním postižením v kombinaci s tělesným a smyslovým postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu tohoto postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (např. lehká, střední, těžká a hluboká mentální retardace, případně v kombinaci s tělesným postižením)
- **Osoby s mentálním postižením** – muži ve věku od 19 let s mentálním postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu tohoto postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby

Věková struktura cílové skupiny:

- Mladí dospělí (19-26 let)
- Dospělí (27-64 let)
- Mladší dospělí (65-80 let)
- Starší dospělí (nad 80 let)

(<http://uspvo.net/cilova-skupina/>)

Mezi poskytované služby domova Paprsek, příspěvková organizace, patří: ubytování, stravování a základní činnosti služby

- **Ubytování** – celková kapacita zařízení je 108 lůžek, z toho je 7 pokojů jednolůžkových, 19 pokojů dvoulůžkových a 21 pokojů třílůžkových. Ubytovací budova je třípodlažní objekt. Každé patro je samostatné oddělení dále dělené na levou (A) a pravou (B) část. Všechny pokoje jsou vybaveny standardním nábytkem – postele, noční stolky, šatní skříň, stůl, židle, stolek na televizi, šatní stěna s botníkem. Pokoje pro uživatele se zdravotními problémy jsou vybavené polohovatelnými pojízdnými lůžky s hrazdičkami, toaletními židlemi a dalšími pomůckami dle individuálních služeb uživatele. Vstup a pohyb ve všech prostorách zařízení je pro uživatele bezbariérový. Návštěvy jsou uživatelům umožněny přijímat každý den.

(<http://uspvo.net/ubytovani/>)

- **Stravování** – V zařízení se poskytuje celodenní strava. Připravuje se strava racionální, dietní a diabetická v rozsahu pěti jídel. V případě potřeby je klientům strava před konzumací upravována (např. mletí, mixování, krájení). Část klientů se stravuje v centrální jídelně, která se nachází v přízemí zařízení. Ostatní klienti se stravují na oddělení.

(<http://uspvo.net/stravovani/>)

- **Základní činnosti služby** – Mezi základní činnosti sociální služby domova pro osoby se zdravotním postižením patří:
 - Poskytnutí ubytování

- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Sociálně terapeutické činnosti
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

(<http://uspvo.net/pece-o-klienty/>)

Zdravotní péči v zařízení zajišťuje praktický lékař, který dochází do zařízení 1x v týdnu a dále vždy podle potřeb klientů. Psychiatr navštěvuje klienty v zařízení 1x v měsíci, do ambulancí ostatních specialistů klienti dojíždí na základě doporučení.

Ošetrovatelská péče je klientům poskytována týmem zdravotních sester nepřetržitě po dobu 24 hodin. Ošetrovatelská péče je klientům poskytována v souladu s jejich potřebami a akutním zdravotním stavem, vychází z plánů ošetrovatelské péče. Při výkonu činností se zdravotní sestry řídí standardy ošetrovatelské péče.

(<http://uspvo.net/osetrovatelska-a-rehabilitacni-pece/>)

6.3 Aktivity

Zařízení Paprsek nabízí svým klientům širokou škálu aktivit, mezi které patří:

- **Volnočasové aktivity** – V zařízení se nachází aktivizační místnosti, např. tkalcovská, keramická. Dále se klienti mohou učit na pravidelných setkáních pletení košíků z pedigu, navštěvovat taneční, vydat se na vycházky do parku, do města, na nákupy, pravidelně se jezdí i na výlety, do lázní i na dovolené.

(<http://uspvo.net/pracovni-a-aktivizacni-moznosti/>)

- **Muzikoterapie** – Terapeuti jezdí za klienty dvakrát do měsíce. Podporují vnímání hudby a zvuků nejen sluchem, ale celým tělem. Používají tradiční rezonanční nástroje jako například didgeridoo, šamanské bubny, tibetské mísy, koncovky a píšťaly, ale také lidský hlas (<http://uspvo.net/muzikoterapie/>).

- **Stimulační program** – Psycholog a terapeutka řeší s klienty pomocí terapeutických přístupů osobnostní, vztahové či emoční potíže, psychické obtíže, problémy s chováním, během individuálních a skupinových sezení. Kombinují se vzájemně se doplňující přístupy jako např. kognitivní terapie, pohybová terapie, percepčně – motorická terapie, psychorelaxace a další. Cílem je udržet a rozvíjet do nejvyšší možné míry poznávací dovednosti klientů, jemnou a hrubou motoriku, komunikační dovednosti, koordinaci atd.
(http://uspvo.net/stimulacni_program/)
- **Hipoterapie a lamoterapie** – Terapie probíhá na farmě jedenkrát za 14 dní v rozsahu cca 2 hodin. Klienti jsou v přímém kontaktu s lamami, koňmi a příležitostně i s dalšími zvířaty, která na farmě žijí.
(<http://uspvo.net/hipo-alamoterapie/>).
- **Keramický kroužek** – Klienti pracují s hlínou, učí se točit na hrnčířském kruhu, učí se dle svých schopností a možností základům řemesla. Keramický kroužek probíhá každé pondělí odpoledne (<http://uspvo.net/keramicky-krouzek/>).
- **Canisterapie** – Do zařízení pravidelně přicházejí canisterapeutky se psy, kromě psích návštěv jsou v zařízení také domácí zvířata – králík, andulka, klienti se aktivně zapojují do péče o ně (<http://uspvo.net/canisterapie/>).
- **Duchovní péče** – Na setkáních se diskutuje, poslouchá výklad faráře, zpívá za doprovodu kytary a elektrických varhan (<http://uspvo.net/duchovni-pece/>).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této části diplomové práce je stanoven cíl výzkumu, metoda, podle které se postupuje. Jako metodu sběru dat jsem zvolila kvalitativní postup a techniku rozhovor spojený s pozorováním. Důvodem pro kvalitativní postup je, že pomocí rozhovoru a pozorování mohou získat nové názory personálu ústavního zařízení, zkušenosti a v neposlední řadě detailnější informace, jež povedou k odhalení a k porozumění zkoumaného jevu.

7.1 Vymezení cíle

Empirická část diplomové práce obsahuje analýzu rozhovorů s pracovníky přímé péče zařízení Paprsek, domov pro osoby se zdravotním postižením.

Cílem práce je zjištění, jaká je kvalita života uživatelů zařízení z pohledu personálu. Jakým způsobem přispívají standardy kvality sociálních služeb ke zkvalitnění života uživatelů zařízení. Dále zjistit další postupy ke zkvalitňování poskytovaných služeb. Zda je uplatňování standardů kvality sociálních služeb v praxi bezproblémové.

7.2 Popis metody sběru dat

Ve svém výzkumu jsem zvolila kvalitativní metodu, neboť si myslím, že tato metoda nejlépe povede ke zjištění mých cílů. V neposlední řadě může kvalitativní metoda pomoci získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami obtížně podchycují.

Jak uvádí Švaříček, Šedřová a kol. (2007, s. 17) tak, „*kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu*“.

V publikaci Dismana (2002, s. 285) je „*kvalitativní výzkum nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*“.

Základní rámec pro aplikaci kvalitativních metod nelze chápat jako rigidní dogma. Nejedná se o přesné vymezení podmínek pro výzkum, v jehož rámci chceme aplikovat kvalitativní přístup a metody, a který by proto musel všechny definované do detailu splnit. Účelem popisu základního rámce je specifikovat hlavní charakteristiky výzkumu, které jsou s aplikací kvalitativních metod spojeny.

Miovský (2006, s. 77) ve své publikaci uvádí **pět základních postulátů dle Mayringa** (1988, 1990), které slouží jako výchozí základ tzv. třináct pilířů kvalitativního myšlení:

- V centru pozornosti výzkumníka v humanitních vědách jsou vždy lidé, subjekty. Tyto subjekty, na které se vztahuje výzkumný úkol, musí být obecným východiskem i cílem zkoumání.
- Na začátku každého výzkumu musíme provést co nejpřesnější deskripci předmětu.
- Předmět, který sociální vědy zkoumají, není nikdy zcela jasný a ohraničený. Je potřeba ho stále blíže objasňovat za použití interpretativních metod a postupů.
- Fenomény, na které se v sociálních vědách zaměřujeme, musíme zkoumat pokud možno vždy v jejich přirozeném a každodenním kontextu.
- Zobecnování výsledků se v sociálních vědách neděje na základě předem daných postupů, nýbrž musí být v jednotlivých případech krok za krokem zdůvodněno a musí být přitom brán ohled na vlastnosti předmětu a smysl, kontext.

Prostřednictvím dále definovaných **třinácti pilířů** se Mayring (1990) snaží operationalizovat základní obecné požadavky na jakoukoli výzkumnou studii aplikující kvalitativní přístup (Miovský, 2006, s. 77-85).

- Dle prvního pravidla nahlížíme subjekt (účastníka výzkumu) jako **synoptický celek**. Tím je myšleno respektování skutečnosti, že každý člověk včetně výzkumníka samotného do výzkumu vstupuje s celou svojí osobní historií. Termín synoptický současně vystihuje fakt, že na všechny roviny, v nichž uvažujeme o lidské bytosti, je třeba v tomto kontextu pohlížet jako na rovnocenné.
- Druhým pravidlem je, že subjekt musí být nazírán z hlediska historických změn. Termíny **jedinečnost** a **neopakovatelnost** označují charakteristiky, díky kterým se pro kvalitativní přístup u některých autorů vžilo označení idiografický.
- Dle třetího pravidla je třeba subjekt nahlížet z perspektivy jeho praktických, skutečných problémů (**orientace na problém**). Vědecký výzkum v sociálních vědách

by měl přinášet takové poznatky, které jsou schopny řešit současné problémy společnosti. Měl by tedy primárně vycházet vstříc potřebám společnosti a aktivně se podílet na hledání řešení jejích reálných, nikoli virtuálních problémů.

- Fenomén, na který je výzkumná studie zaměřena, lze nejlépe poznávat v místě jeho přirozeného výskytu, v jeho přirozeném prostředí. Důležité je zohlednění a respektování **kontextuálnosti** ve výzkumu.
- Pátým pravidlem je deskripce, kterou je nutné nejdříve provést na jednotlivém případě (**vztažnost k osobě a její specifičnosti**).
- Šestým pravidlem je co největší **otevřenost** k novým, netradičním, nezvyklým i atypickým možnostem a situacím tak, aby to umožnilo v případě potřeby vytvořit nový pohled či výklad fenoménu, doplnění či revizi staršího pojetí atd. Princip otevřenosti uplatňujeme během všech fází procesu výzkumu, tj. od přípravy plánu až po analýzu a interpretaci výsledků.
- Všechny aplikované výzkumné strategie, metody a techniky je nutné opakovaně podrobovat co nejdůslednější kontrole. Podmínkou pro provádění smysluplné a účinné kontroly je **důsledný popis postupu**. Jedná se o reflexi vlastní práce.
- Osmé pravidlo zahrnuje **explicitní vyjádření našeho teoretického zázemí**, s nímž do výzkumu vstupujeme (teoretickou orientaci), osobní názory a postoje, které se námi zkoumané oblasti nějak dotýkají. Nikdy není možné zkoumat a interpretovat bez jakýchkoli předpojatostí.
- **Introspektivní metoda**, díky které je možné vůbec provádět takovouto sebereflexi, je zcela legitimní a plnohodnotnou metodou v procesu vědeckého poznávání. Bez ní by nebylo prakticky možné reflektovaně odlišovat vlastní zkušenost, motivy a individuální významy od pozorovaných vnějších zkoumaných jevů.
- Výzkumnou činnost je v tomto pojetí třeba chápat jako **proces interakce** mezi výzkumníkem a předmětem jeho výzkumu, na jejímž základě se získávají, interpretují a analyzují data. Výzkumník se při procesu tvorby dat nachází na dvou úrovních dialogu, jednak dialogu s ostatními účastníky výzkumu a jednak dialogu se sebou samým v procesu autoreflexe.
- Při procesu zobecňování kvalitativních dat je třeba dbát na smysluplnost jednotlivých kroků a vždy brát ohled na cíl, kterého chceme dosáhnout – **argumentativní zobecnění**. Pokud tedy proces zobecnění má pro dosažení cíle nějaký smysl a jsme

schopni tento smysl vysvětlit a doložit, pak lze proces zobecňování kvalitativních dat považovat za oprávněný.

- **Induktivní postup**, neboť vycházíme z dat odpovídajících případové úrovni.
- Zobecnění kvalitativních dat platí vždy jen za určitých podmínek, v určitém časovém rámci a pro určité skupiny lidí. Platnost zjištění vzniklých zobecněním kvalitativních dat má tedy své jasné **kontextuální omezení** a naším úkolem je, abychom v procesu analýzy a zobecnění kvalitativních dat dokázali tato omezení popsat a zdůvodnit. Cíleně hledáme podmínky (časové, prostorové, personální), za kterých se daný jev vyskytuje, a případně jaké vlivy se podílejí na tom, že se daný jev vyskytuje.

Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2008, s. 48).

Mezi základní typy technik sběru dat patří pozorování, rozhovor, dotazníkové šetření a analýza dokumentů.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila kvalitativní dotazování, resp. rozhovor pomocí návodu, spojený s pozorováním.

Jak uvádí Ferjenčík (2000, s. 151) tak, „*pozorování je jistě nejznámějším a nejstarším způsobem, jakým se člověk dozvídá o světě kolem sebe. Pozorování patří k nejzákladnějším technikám sběru dat. Velká část toho, co víme o sobě i o svém prostředí, je zprostředkována tak, že jsme se dívali kolem sebe a zkoumali lidi a věci okolo nás*“.

Pozorování se týkalo jednak prostředí zařízení Paprsek, kde klienti bydlí, jakým způsobem je jim poskytována péče, jak tráví svůj volný čas, dále pak rozhovoru, kde jsem se zejména zaměřila na chování respondentů, jejich reakce a míry zapojení.

Návod k rozhovoru obsahuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci rozhovoru projít. Tento návod má zaručit, že budou probrána všechna pro tazatele zajímavá témata. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí obdrží informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace (Hendl, 2008, s. 174).

V příloze č. 2 uvádím *Zásady pro vedení interview* dle Hendla (2008, s. 172), které jsem se snažila dodržovat při provádění výzkumu.

Oblasti, podle kterých jsem zvolila otázky, vyplývají z teoretické části diplomové práce a jsou navrženy tak, aby bylo dosaženo stanoveného cíle.

Jak uvádí Švaříček, Šed'ová a kol. (2007, s. 69) tak, „výzkumné otázky tvoří jádro každého výzkumného projektu. Plní dvě základní funkce: pomáhají zaostřit výzkum tak, aby poskytl výsledky v souladu se stanovenými cíli, a ukazují také cestu, jak výzkum vést. Výzkumné otázky musí být v souladu se stanovenými cíli i výzkumným problémem“.

Mezi oblastmi, které jsem pro rozhovor zvolila, patří:

- Sociální souvislosti onemocnění klienta
- Terapeutické přístupy
- Ústavní péče
- Sociální služby
- Kvalita života

Z těchto okruhů vychází otázky pro rozhovor, **příloha č. 3**

7.3 Výzkumné šetření

Samotný výzkum probíhal v časovém rozmezí listopad až prosinec 2013 v zařízení Paprsek, příspěvková organizace, ve Velkých Opatovicích. Rozhovory probíhaly po osobní domluvě s pracovníky jednotlivých oddělení v prostorách zařízení. S každým pracovníkem byl rozhovor veden individuálně, a jelikož nesměl být narušen chod zařízení, byly rozhovory časově omezené na max. 60 minut. Sociální pracovnice zařízení požádala jednotlivé pracovníky přímé péče, zda by byli ochotni poskytnout rozhovor. Bylo vybráno pět pracovníků přímé péče z jednotlivých oddělení, sociální pracovnice a vedoucí zdravotnického úseku. Při realizaci rozhovorů byla použita jako doplňující technika pozorování. V úvodu jsem se představila, uvedla jsem školu, kterou studuji a vysvětlila jsem, co je účelem rozhovoru. Každá otázka byla doplněna vysvětlením, případně zopakováním, poté respondenti odpovídali. Během rozhovoru bylo položeno několik doplňujících otázek. Odpovědi byly

jasné, srozumitelné, volné. Jelikož žádný z respondentů nesouhlasil se zaznamenáním rozhovoru na diktafon, byl průběh a veškeré informace pečlivě písemně zaznamenány.

7.4 Charakteristika respondentů

Tato podkapitola stručně charakterizuje respondenty, tj. pracovníky přímé péče, sociální pracovníci a vedoucí zdravotnického úseku zařízení Paprsek, příspěvková organizace, jež je domovem pro osoby se zdravotním postižením. Respondenti poskytují péči mužům s mentálním a kombinovaným postižením, v různém stupni postižení, od 19 let věku.

Jména všech respondentů jsou smyšlená.

➤ ALENA

Paní Aleně je 49 let. Je vyučena v oboru pánská krejčí. Absolvovala kurz „pracovník v sociálních službách“. V zařízení pracuje něco přes tři roky. V zařízení nejdříve pracovala v prádelně, pracovníkem přímé péče se stala teprve před půl rokem. Působí na III. oddělení, kde je celkem 37 klientů. Důvodem pro práci v oblasti sociální péče byla zejména dlouholetá domácí péče o nemocného strýce. Poskytovat péči, starat se o druhé, považuje za běžnou věc.

Paní Alena působila velmi příjemně, byla milá a ochotná na jednotlivé otázky odpovídat.

➤ ANNA

Paní Anně je 51 let. Je vyučena v oboru řezník/uzenář. Absolvovala kurz „pracovník v sociálních službách“. V zařízení pracuje deset let. Nejdříve nastoupila jako uklízečka, posledních pět let pracuje jako pracovník přímé péče. Působí na I. oddělení, kde je celkem 35 klientů. Paní Anna si práci v oblasti sociální péče zvolila poté, co ji neuspokojovala práce v oboru, zejména když se naskytl příležitost volného místa v zařízení, neváhala se přihlásit. Dnes je velmi spokojená, práce s klienty jí velmi baví a naplňuje.

Paní Anna z počátku působila nervózně, avšak po několika minutách nervozita opadla a rozhovor probíhal uvolněně. Některým položeným otázkám neporozuměla, bylo nutné je více rozvést a vysvětlit.

➤ PETRA

Paní Petře je 37 let. Vystudovala střední odborné učiliště textilní. Absolvovala „sanitářský kurz“. V zařízení pracuje devět let. Předtím pracovala v nemocnici v Boskovicích. Působí na I. oddělení, kde je celkem 35 klientů. Důvodem pro práci v oblasti sociální péče a zejména v zařízení, bylo naskytnutí volného místa v místě bydliště. Dále uvedla, že jí práce baví a v zařízení se jí líbí.

Paní Petra působila klidně, byla otevřená a na všechny otázky ochotně odpovídala. Občas odbíhala od tématu, musela jsem se k otázkám vracet.

➤ JANA

Paní Janě je 37 let. Vystudovala střední školu se zaměřením na pečovatelství, dále absolvovala „sanitářský kurz“. V zařízení pracuje 10 let. Působí na II. oddělení, kde je celkem 35 klientů. Důvodem pro práci v oblasti sociální péče byl jednak zájem pracovat ve vystudovaném oboru, dále, že má tato práce smysl a naplňuje ji.

Paní Jana některým otázkám neporozuměla, nebo nevěděla, jak má odpovědět. Bylo nutné otázky přeformulovat a více vysvětlit. Nad některými otázkami déle přemýšlela. Působila trochu nervózně, avšak v průběhu rozhovoru napětí vymizelo a postupně jsem si získala její důvěru.

➤ BOŽENA

Paní Boženě je 59 let. Absolvovala postgraduální studium v oboru „Všeobecná zdravotní sestra“. V zařízení pracuje od roku 1978. V současné době je na pozici vedoucí zdravotnického úseku. Důvodem pro práci v oblasti sociální péče bylo v té době naskytnutí pracovního místa v daném bydlišti, avšak v průběhu let, si práci velmi oblíbila, naplňuje ji.

Atmosféra v průběhu rozhovoru byla velmi příjemná, paní Božena projevila velký zájem nejen nad tématem diplomové práce, ale i nad účelem rozhovoru. Byla otevřená, odpovídala jasně a srozumitelně. Během rozhovoru byly zjištěny další důležité informace, které souvisely s daným tématem, proto byly položeny doplňující otázky.

➤ JARMILA

Paní Jarmile je 28 let. Je vyučena v oboru kadeřnice. Absolvovala kurz „přímá obslužná péče“. V zařízení pracuje dva roky. Působí na II. oddělení, kde je celkem 35 klientů. Důvodem pro práci v oblasti sociální péče a zejména v zařízení byla zkušenost s klienty,

známé prostředí, jelikož paní Jarmila pracovala jako pedikérka a do zařízení docházela pravidelně. V současné době je v zařízení spokojená, baví ji práce s klienty a chválí si přátelský kolektiv.

Paní Jarmila působila velmi pozitivně, sršela dobrou náladou. Všem otázkám porozuměla, avšak na několik otázek odpověděla NEVÍM.

➤ PAVLA

Paní Pavle je 44 let. Vystudovala Vyšší odbornou školu v oboru sociální práce. V zařízení pracuje sedm let na pozici sociální pracovník. V oblasti sociálních služeb pracuje od roku 1998, pracovala v domově pro seniory, v penzionu pro seniory, poté v pečovatelské službě a poslední praxe je v současném zařízení. Důvodem pro práci v oblasti sociální péče je dle jejich slov v podstatě náhoda. Po skončení s podnikáním v obchodní činnosti se přihlásila do výběrového řízení na pozici sekretářka ředitele a část úvazku byla i sociální pracovnice v domově pro seniory, v té době nevěděla o sociálních službách téměř nic. V současné době je velmi spokojená, práce ji baví a neustále se vzdělává v oblasti sociálních služeb.

Rozhovor byl velmi příjemný, paní Pavla ochotně odpovídala na všechny položené otázky. Odpovědi byly srozumitelné a vyčerpávající. Vážím si otevřenosti a důvěrnosti během rozhovoru.

Respondentům bylo položeno celkem 41 připravených otázek, jejich pořadí bylo individuálně přizpůsobeno. V případě zjištění dalších důležitých informací v průběhu rozhovoru, byly následně položeny doplňující otázky. Některé otázky nebyly respondentům srozumitelné, bylo nutné otázky více rozvést, vysvětlit.

V průběhu rozhovorů jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru, aby se respondenti cítili, co nejlépe a zároveň si získat jejich důvěru. Otázky jsem se snažila pokládat jasně, srozumitelně a citlivě. Rozhovory byly provázené technikou pozorování, kdy byly sledovány všechny prvky neverbální komunikace.

7.5 Analýza dat a jejich interpretace

V této podkapitole budou popsány výpovědi respondentů, analyzovány a interpretovány.

Rozhovory s jednotlivými pracovníky probíhaly v prostorách zařízení, a ačkoliv byla snaha o zajištění soukromí při rozhovorech, v několika případech se nám to zcela nepovedlo. Klienti se volně pohybují v prostorách zařízení, jsou zvyklí pracovnice zdravít a neustále na sebe nějakým způsobem upozorňovat, zejména když vidí novou a neznámou osobu. Přesto se mi podařilo získat mnoho zajímavých výpovědí, které budou níže rozebrány.

Na začátku rozhovoru jsem se všem respondentům představila, uvedla jsem školu, kterou studuji, název diplomové práce a co je cílem výzkumného šetření. Z počátku byly kladeny obecné otázky. Byl zjišťován věk respondentů, jejich nejvyšší dosažené vzdělání a jaká je praxe v oblasti sociální péče. Dále bylo zjišťováno, jak dlouho v zařízení pracují, co je jejich konkrétní pracovní náplň a co předcházelo rozhodnutí pracovat v oblasti sociální péče.

V průběhu rozhovoru byly respondentům kladeny otázky, které se týkaly klientů, tj. věkové rozmezí, příčina vzniku mentální retardace, typ a charakteristika klientů. Poté následovaly otázky zaměřené na terapeutické přístupy.

Po navázání důvěry a opadnutí nervozity ze strany respondentů, byly kladeny otázky směřující ke zjištění názorů na ústavní péči, zejména v čem jsou shledávány pozitiva a negativa ústavní péče a zda vnímají potřebu zlepšit ústavní péči.

Závěr rozhovoru byl věnován sociálním službám a kvalitě života klientů zařízení. Otázky směřovaly na poskytované sociální služby, zjištění případných nedostatků a zavedení standardů kvality sociálních služeb do praxe. Oblast kvality života klientů zařízení byla zjišťována z pohledu personálu.

Celkem bylo realizováno sedm rozhovorů. Po skončení rozhovoru jsem všem respondentům poděkovala, že byli ochotni se zúčastnit výzkumného šetření a odpovídat na položené otázky.

Jak bylo výše uvedeno, počátek rozhovoru byl věnován obecným otázkám. Věk respondentů je v rozmezí od 28 do 59 let. Nejvyšší dosažené vzdělání se u všech respondentů liší. Nejvyšší dosažené vzdělání, zároveň i v oboru má Božena a Pavla. Božena absolvovala postgraduální studium v oboru Všeobecná zdravotní sestra a Pavla absolvovala vyšší

odbornou školu sociální práce. U tří respondentů se jedná o střední odborné vzdělání různých oborů.

Alena: „*Já mám střední odbornou školu obor pánská krejčí*“.

Petra: „*Já jsem chodila na střední odbornou školu textilní*“.

Jana: „*Já mám střední školu s maturitou se sociálním zaměřením*“.

Anna a Jarmila mají výuční list. Anna v oboru řezník/uzenář, Jarmila v oboru kadeřnice. Kromě Boženy a Pavly, zbylých pět respondentů absolvovalo různé kurzy nezbytné pro výkon práce v oblasti sociální péče. Alena a Anna uvedly, že absolvovala kurz „pracovník v sociálních službách“. Petra a Jana absolvovaly „sanitářský kurz“. Jarmila absolvovala kurz „přímá obslužná péče“. Všichni respondenti pracují v zařízení různě dlouhou dobu. Nejdéle v zařízení pracuje Božena již od roku 1978. Nejkratší dobu Jarmila, dva roky. Alena: „*Myslím něco přes tři roky*“.

Anna: „*V zařízení pracuji deset let, posledních pět let na úseku sociální péče, předtím jsem pracovala jako uklízečka*“.

Petra: „*Tady jsem už devět let, předtím jsem pracovala v nemocnici v Boskovicích*“.

Jana: „*Hmmm, už to bude deset let*“.

Pavla: „*Utíká to, sedmý rok*“.

Dále bylo zjišťováno, co je jejich konkrétní pracovní náplň. U pěti respondentů se pracovní náplň shoduje. Jedná se o celodenní péči o klienty, tj. hygiena, oblékání, doprovod ke snídani, aktivizace, procházka, hraní her, výměna inkontinenčních pomůcek, koupání, nákupy apod. U Boženy a Pavly se pracovní náplň liší. U Boženy vyplývá pracovní náplň z pozice vedoucí zdravotnického úseku, tj. práce všeobecné zdravotní sestry. U Pavly vyplývá pracovní náplň z funkce sociální pracovnice.

Jak sama uvádí: „*Moje pracovní náplň spočívá od evidence žádostí, přes příjem klienta, vedení dokumentace, finance klienta, průběh služby, vyřizování osobních věcí, až po odchod klienta, jednání s opatrovníky. K tomu jsem metodikem v souvislosti se zaváděním standardů kvality do praxe, s tím souvisí oblast vzdělávání zaměstnanců, provádím sociální šetření, jednám se zájemci o službu, dále jsem koordinátorem pro individuální plánování, eviduji stížnosti a jejich vyřízení, podílím se na hodnocení služby, tj. dotazníky spokojenosti pro klienta, rodinu, opatrovníky. Pak veškeré právní záležitosti, především smlouvy o po-*

skytování sociální služby a v poslední době jsem i koordinátorem pro aktivizační činnosti v domově i mimo zařízení a navíc dělám webové stránky domova“.

Dále bylo zjišťováno, jak dlouhou praxi mají respondenti v sociální oblasti. U třech respondentů souvisí délka praxe s nástupem na oddělení přímé péče v daném zařízení. U ostatních čtyř respondentů je délka praxe různá.

Alena: „Několik let jsem pečovala o nemocného strýce, nevím přesně...myslím osm let. Byla jsem jeho pečovatelka, jednalo se o domácí péči“.

Petra: „Když to počítám s dobou, kdy jsem pracovala v nemocnici, tak je to 13 let“.

Božena: „Jako zdravotní sestra jsem začala pracovat hned po škole a to od roku 1974“.

Pavla: „V sociálních službách dělám od roku 1998, prošla jsem domovem pro seniory, následně penzion pro seniory, poté pečovatelskou službou a poslední praxe je v současném zařízení“.

Dále mě zajímalo, co předcházelo jejich rozhodnutí pracovat v oblasti sociální péče. U čtyř respondentů bylo zjištěno, že důvodem pro práci v daném zařízení bylo naskytnutí pracovního místa v místě bydliště. Zároveň uvádí, že v průběhu času je práce začala velmi bavit a v zařízení se jim líbí.

Petra: „Naskytlo se mi pracovní místo v místě bydliště, je to lepší, nemusím nikam dojíždět. Předtím jsem pracovala v Boskovicích a to je vzdálené dvacet kilometrů“.

U zbylých tří respondentů byla výpověď různá.

Jarmila: „Předtím jsem pracovala jako pedikérka a docházela jsem sem jednou měsíčně. Líbilo se mi tu, tak když se naskytla možnost volného pracovního místa, neváhala jsem se přihlásit“.

Pavla: „V roce 1997 jsem skončila s podnikáním, poté jsem byla půl roku na úřadu práce. Přihlásila jsem se do výběrového řízení, na pozici sekretářka ředitele a část úvazku byla i sociální pracovnice v domově důchodců, v té době jsem o sociálních službách nevěděla vůbec nic, v podstatě to byla náhoda“.

Alena: „Ráda se starám a pomáhám druhým. Jak jsem už říkala, několik let jsem se starala o nemocného strýce, považuji to za běžnou věc. Myslím si, že moje rozhodnutí pracovat v tomto zařízení ovlivnila zejména péče o strýce“.

Po zodpovězení obecných otázek, kdy opadlo napětí a nervozita ze strany respondentů, byly kladeny otázky, které vycházejí z teoretické části diplomové práce.

Nyní budou podrobně rozebrány jednotlivé oblasti.

Sociální souvislosti onemocnění klienta

První oblast rozhovoru byla věnována sociálním souvislostem onemocnění klienta. Byl zjišťován celkový počet klientů v zařízení, věkové rozmezí, příčina vzniku mentální retardace, charakteristika a typ klientů.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že zařízení má kapacitu 108 míst, v současné době je v zařízení 106 klientů. V roce 2000 po nastěhování z Borotína do Velkých Opatovic byli klienti rozděleni dle postižení. Na první oddělení byli umístěni klienti s nejtěžším typem postižení, na druhém oddělení byli umístěni klienti se středním typem postižení a na třetím oddělení byli klienti s lehčím typem postižení. V současné době se toto kritérium rozdělení nedodrhuje. Klient je umístěn na různá oddělení dle aktuálně uvolněného místa, takže i klient s těžkým typem postižení může být ubytovaný na třetím oddělení. Důvodem je, aby rozložení náročnosti péče bylo pro pracovníky jednotlivých oddělení zhruba vyrovnané a stejně náročné.

Dále mě zajímalo, o kolik klientů respondenti pečují a v jakém jsou klienti věkovém rozmezí. Anna a Petra pracují na I. oddělení, kde je celkem 35 klientů. Obě dvě uvedly, že během směny pečují o všechny klienty na oddělení, pracovníci si vzájemně pomáhají. Ale jako klíčoví pracovníci mají v péči tři klienty. Jana a Jarmila pracují na II. oddělení, kde je také 35 klientů. Jana je klíčovým pracovníkem pro tři klienty, Jarmila uvedla, že je klíčovým pracovníkem nejen pro své tři klienty, ale i pro další dva, jako zástup za dlouhodobou nemoc. Alena pracuje na III. oddělení, kde je celkem 37 klientů. Klíčovým pracovníkem je pro tři klienty.

Pavla: „*Pokud se o sociálním pracovníkovi dá říct, že pečuje, tak v podstatě o všechny, spíše jsem k dispozici všem, někteří využívají pomoc častěji – chodí každý den a něco potřebují zařídit, někteří méně často*“.

Božena, jako vedoucí zdravotnického úseku, poskytuje nejen zdravotní péči, ale i pomáhá, radí všem klientům rovněž jako Pavla.

Věkové rozmezí klientů, o které pečují jednotliví respondenti, se liší. Alena uvedla, že věkové rozmezí je od 30 do 60 let.

Anna: „*Myslím, že od 50 do 60 let*“.

Petra uvedla 40 až 70 let.

Jana: „*Přesně nevím, ale věkový průměr je kolem 60 let*“.

Jarmila uvedla 50 až 60 let.

Božena a Pavla odpověděly shodně, jelikož jsou k dispozici všem klientům v daném zařízení, tudíž mezi cílovou skupinu patří muži od 19 let věku a horní hranice není omezena. Ve skutečnosti je nejmladšímu klientovi 28 let a nejstaršímu 82 let.

Dále bylo zjišťováno, jaký stupeň mentální retardace mají klienti, o něž respondenti pečují a co bylo příčinou vzniku. Anna a Petra uvedly, že pečují o klienty s těžkým až hlubokým stupněm mentální retardace. Pouze u dvou klientů je středně těžký stupeň mentální retardace. Jana a Jarmila uvedly, že pečují i klienty se středně těžkým až těžkým stupněm mentální retardace. Pouze Alena uvedla, že neví, nedokáže říct. Božena a Pavla vztahovaly odpověď na všechny klienty v zařízení.

Pavla: „*V zařízení máme všechny stupně mentální retardace, hluboká, těžká, středně těžká i lehká. Klientů se středně těžkým stupněm je ale nejvíce*“.

Při položení otázky: Co bylo příčinou vzniku mentální retardace u klientů, o něž pečujete? Alena, Anna, Petra, Jana a Jarmila shodně odpověděly, že neví, nemají přístup do zdravotnické dokumentace. Do zdravotnické dokumentace má přístup Božena a Pavla.

Božena: „*Příčiny jsou různé, zánět mozkových blan, genetické vady, při porodu, vnější vlivy jako úraz, nemoci*“. Pavla: „*Příčinou je především vrozené postižení. Buď v průběhu porodu, nebo v době těhotenství matky, z doslechu vím, že spousta našich klientů pochází z jižní Moravy, tam prý měl velký vliv alkohol – víno u jejich rodičů*“.

Při položení otázky: S jakým typem klientů pracujete? U všech respondentů jsem se setkala s nepochopením. Musela jsem otázku více rozvést. A posléze bylo zjištěno, že následující otázka: Jak byste charakterizovala klienty ve Vaší péči? Je v důsledku totožná, pouze jinak formulovaná. Ze všech výpovědí vyplynulo, že každý člověk je individuální a jedinečný a nezáleží, zda je zdravý nebo s handicapem. Respondenti pracují se všemi typy klientů.

Anna: „Jeden je klidný, druhý je výbušný. Jeden je závislý na televizi, pokud ji nemá, může být i agresivní. Další je chodící, ale nekomunikuje. Žije ve svém světě, sbírá prádlo ostatním klientům a obléká si je. A naopak, někdo zase komunikuje, ale nechodí“.

Jana: „Mám klienty, kteří jsou imobilní na invalidním vozíku. Pak jsou i tací, kteří nekomunikují nebo odmítají spolupracovat. Je to různé. Důležitou roli hraje i nálada, jednou je hodný, poté zase agresivní“.

Pavla: „Obecně platí klienti s přáními, tužbami, potřebami, vzpomínkami, tak jako všichni ostatní v běžné společnosti. Jsou více bezprostřední, manipulovatelní, závislí na pomoci druhého. Někteří jsou spokojení, někteří věčně nespokojení, někteří vděční za každou pomoc a podporu, citliví, radující se, ale i smutní, prostě každý je jiný“.

Dále mě zajímalo, jak přistupuje společnost ke klientům zařízení. Alena, Jarmila a Pavla uvedly, že si lidé ve Velkých Opatovicích pomalu zvykají.

Alena: „Lidé si zvykají, reagují kladněji. Ale že by s klienty navazovali kontakt to ne, pouze pozdraví, nic víc“.

Pavla: „Myslím, že v poslední době lépe než kdy předtím. Podle mě to souvisí s dodržováním práv klientů, možností volby, smluvními podmínkami, zlepšení podmínek bydlení, snahou o deinstitucionalizaci a transformaci pobytových zařízení do komunitních služeb“.

Anna, Petra, Jana a Božena mají odlišný názor.

Anna: „Lidé ve Velkých Opatovicích nebyli rádi, že se ústav přestěhoval z Borotína sem. Stále jim vadí, že klienti chodí sami ven, že chtějí s nimi navazovat kontakt, lidi to obtěžuje“.

Petra: „Lidé je zde neberou, v Borotíně je brali více, přece jen je to vesnice a lidé tam na ně byli zvyklí“. Jana: „Lidé si na ně nedokážou zvyknout, bojí se jich, straní se jim“.

Božena: „Myslím si, že dnešní společnost k nim stále přistupuje dosti nedostatečně. Nejen lidé ve Velkých Opatovicích, ale celkově. Klientům nepomůže tréninkové bydlení, protože pokud půjde hlučný klient bydlet někam do panelového bytu, tak se to určitě nebude líbit sousedům“.

Z rozhovorů vyplynulo, že je v zařízení celkem 106 klientů. Zařízení je rozděleno na tři oddělení. V současné době se kritérium rozdělení klientů podle závažnosti postižení nedodržuje, klienti jsou na jednotlivá oddělení umístěni podle aktuálně volného místa. Zároveň se klade důraz na to, aby byla rozložena náročnost péče pro pracovníky jednotlivých

oddělení. Dále bylo zjištěno, že počet klientů, o které se respondenti starají i jejich věkové rozmezí, se liší. V zařízení se vyskytují klienti se všemi stupni mentální retardace. Příčiny vzniku jsou různé, mezi uváděné patří genetické vady, zánět mozkových blan, vnější vlivy jako úraz, onemocnění. Respondenti pracují se všemi typy klientů. Důležitou roli hraje nálada klientů a jejich momentální duševní rozpoložení. Názory respondentů na přístup společnosti ke klientům se liší. Tři respondenti uvedli, že je posun k lepšímu, společnosti si pomalu zvyká a reaguje lépe. Ostatní čtyři respondenti zastávají názor, že je společnost stále nepřipravená, negativní reakce a netolerance.

V této zkoumané oblasti bylo zjištěno, že otázka č. 8, 9, 10, 11, 12 a 13 byla těžko aplikovatelná u Pavla a Boženy, jelikož jejich odpovědi se vztahovaly na všechny klienty zařízení. Vyplývá to z jejich pracovní náplně, tzn., že poskytují péči všem klientům zařízení.

Terapeutické přístupy

Druhá oblast byla směřována na terapeutické přístupy. Bylo zjišťováno, jakým způsobem je klientům zajištěna podpora a pomoc v jejich schopnostech a dovednostech. Dále bylo zkoumáno, jakým způsobem jsou klienti zapojováni do společnosti.

Ze všech výpovědí vyplynulo, že podpora a pomoc vychází z klientových schopností a dovedností na základě individuálního přístupu. Důležitá je zejména motivace klientů, aby se sami snažili např. oblékat, jíst, pít apod. Je nezbytné zachovat ty schopnosti a dovednosti, které klient umí. Pomoc je poskytována až v tom okamžiku, kdy klient není schopen danou činnost sám vykonat, vyplývá to z jeho individuálních schopností a dovedností.

Božena: „*Důležitá je motivace klientů, aby se sami snažili, vedeme rozhovory, vysvětlujeme. Hlavně nedělat věci za klienty, když vím, že to zvládnou sami*“.

Jarmila: „*U každého klienta jsou vytvářeny individuální plány. Tam si stanovíme cíl, kterého se snažíme dosáhnout. Např. Aby si klient byl schopen sám nakoupit. Cvičíme to tak, že dvakrát týdně s ním jdu do obchodu, poznává hodnotu peněz. Cíl je splněn, až si klient sám nakoupí. Důležitá je motivace a pochvala*“.

Alena: „*Důležité je chválit a chválit, to vede k motivaci. Trénujeme základní dovednosti, úkony péče o vlastní osobu a soběstačnost, počítáme, chodíme nakupovat, hrajeme hry*“.

V terapeutických dílnách v rámci aktivizačních činností se klienti podílejí na tvorbě různých výrobků“.

Dále mě zajímalo, jaké vlastnosti by měl mít člověk, který pečuje o lidi s mentálním postižením. Všichni respondenti se shodli na tom, že by měl být člověk hlavně trpělivý a klidný. Pro Pavlu a Boženu je navíc důležitá týmová práce.

Pavla: „Důležitá je určitě zkušenost v oboru, vzdělání, které dále rozvíjí, mezi vlastnosti pak vstřícnost, empatie. Člověk by měl být klidný, trpělivý, tolerantní, měl by mít zájem o klienta a nové věci, schopnost učit se od druhých a taky týmově pracovat – s oblibou u nás říkáme, že pro individualistu není v sociálních službách místo“.

Božena: „Člověk by měl mít určité nadání, být klidný, trpělivý a empatický. Měl by cítit potřeby klientů. A hlavně by měl být týmovým hráčem“.

Petra navíc uvedla, že by měl mít člověk rád lidi, nebát se jich a neštít se jich. Pro Janu by měl být člověk navíc hodný, přátelský a pozitivní.

Respondentům byla dále položena otázka, jakým způsobem jsou klienti zapojováni do společnosti. Z rozhovorů bylo zjištěno, že u všech klientů je aplikován individuální přístup. Míra zapojení do společnosti je u jednotlivých klientů různá, vyplývá ze zdravotního stavu.

Jak uvádí Božena: „I v této oblasti uplatňujeme individuální přístup. Když se pořádají různé výlety nebo akce, ptáme se klientů, kdo by měl zájem se účastnit. Samozřejmě hraje roli i míra postižení, např. na výlet do Brna není možné brát klienty s úplnou závislostí na péči, to prostě není možné, bohužel“.

Pavla: „Snažíme se, co nejvíce. Opět je to individuální, účast na akcích ve městě, cestování, dovolené, nákupy, kino, divadlo, ostatní kultura, snaha o pracovní návyky, snaha o odstranění izolace, možnost výběru a volby, udržování vztahů nejen v rodině, snaha o způsob života, kterým žijí jejich vrstevníci“.

Anna: „S klienty chodíme na procházky, do obchodu, k holiči, na pedikúru, v neděli někteří chodí do kostela na mši, jezdíme na výlety, občas chodíme do kina nebo do divadla“.

Všichni respondenti uvedli širokou škálu možností, jakým jsou klienti zapojováni do společnosti.

V této zkoumané oblasti bylo zjištěno, že každý člověk je jedinečná a neopakovatelná bytost, která si zaslouží individuální přístup. Ten je uplatňován ve všech směrech a zároveň vyplývá ze SQSS. Z hlediska individuálního přístupu jsou posuzovány možnosti a

schopnosti klientů, v souvislosti s prováděním úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnost. Pro klienty je důležitá motivace a pochvala, zároveň zachování schopností a dovedností, které klient umí. Péče o lidi se zdravotním postižením je velice náročná, zejména po psychické stránce. Proto tato práce není vhodná pro každého. Člověk, který pečuje o lidi se zdravotním postižením, by měl být zejména trpělivý a klidný. Dále by měl být týmovým hráčem, spolupracovat s kolegy, být hodný, přátelský, empatický, mít rád lidi a nebát se jich. Z rozhovorů bylo zjištěno, že zařízení nabízí širokou škálu možností zapojení klientů do společnosti. Jsou pořádány různé akce, výlety, cestování, dovolené, nákupy, kina, divadla apod., cílem je snaha o odstranění izolace klientů. Klienti mají možnost výběru a volby jednotlivých možností, zároveň míru zapojení do společnosti ovlivňuje rozsah a závažnost zdravotního postižení.

Ústavní péče

Třetí oblast byla věnována ústavní péči. Byly zjišťovány názory respondentů na ústavní péči, v čem vidí pozitiva a negativa ústavní péče. V čem shledávají respondenti největší pokrok v ústavní péči po roce 1989 a zda vnímají potřebu zlepšovat ústavní péči. Dále mě zajímalo, v čem je podle nich ústavní péče nezastupitelná.

Všichni respondenti považují za největší pokrok v ústavní péči po roce 1989 uznání a dodržování lidských práv a individuální přístup. Alena ve své výpovědi dále uvedla, že zařízení jsou v dnešní době moderní a že se zvyšuje počet pracovníků v péči o klienty.

Petra: „*Tenkrát by je zatracovali, dnes se o klientech mluví, mají svá práva a jsou rovnocenní*“.

Jana: „*Dnes ke klientům přistupujeme individuálně, dodržujeme jejich práva. Např. dříve se koupalo po pěti lidech, dnes samozřejmě individuálně, nebo dříve měli všichni stejné oblečení, dnes si sami vyberou, co chtějí nosit*“.

Anna a Božena dále uvádí, že v posledních letech narůstá více administrativy, větší nárůst byrokracie. To považují nejen za pokrok v posledních letech, ale zároveň za jisté negativum ústavní péče.

Božena: „*O klientech se v posledních letech více mluví, dříve to tak nebylo, co si pamatuji. Zohledňují se práva klientů, ke všem se přistupuje individuálně. Do sociálních služeb jde také více peněz, větší nárůst byrokracie*“.

Pavla: „*Tak zde bych uvedla určité zákon o sociálních službách a vše co z toho vyplývá, jako přesné vymezení a nabídka dalších nových typů služeb, standardy kvality sociálních služeb, kontrola služeb, snaha o dodržování lidských práv, dnes určité transformace pobytových zařízení do komunitních služeb*“.

Při položení otázky: V čem vidíte pozitiva ústavní péče? Šest respondentů uvedlo, že největším pozitivum je poskytování odborné kvalitní péče.

Alena: „*Jako pozitivum považuji kvalitní péči a odborný personál*“.

Anna: „*Tak určité kvalitní péče. Některé rodiny jsou sociálně slabé, nemohli by jim poskytnout tak odbornou péči, navíc rodiče klientů stárnou a péči nezvládají*“.

Petra: „*Je o ně náležitě postaráno. Zde mají opravdu kvalitní péči*“.

Jana: „*Doma by neměli tak odbornou péči jak tady*“.

Božena: „*Klient zde má více rezidenční péče, která je kvalitní a provádí ji odborný personál*“.

Jarmila: „*Tak jednoznačně kvalitní péče. O klienty je postaráno, pravidelně užívají léky, jsou v čistotě a bezpečí. Tam venku by byli bezdomovci, bez zdravotní a celkové péče*“.

Odlíšná názor uvedla Pavla, která jako jediná shledává, že ústavní péče žádná pozitiva nemá.

Pavla: „*Ústavní péče žádná pozitiva nemá, je nákladná, nehumánní, přepečovává, „ponorka“ - stále stejní lidé a denní režim, ale změna je běh na dlouhou trať a bude velmi nákladná. Souvisí to také s pochopením personálu, že změna je nutná. Domnívám se, že části společnosti vyhovuje současnost – Proč měnit něco, co je zaběhlé a funguje několik desítek let?*“

Ačkoliv prošla ústavní péče značným vývojem směrem kupředu, stále v ní nacházíme řadu negativ. Zajímalo mě, jaká negativa ústavní péče shledávají respondenti. Z rozhovorů bylo zjištěno, že Jana a Jarmila žádná negativa v ústavní péči neshledávají.

Jana: „*Nevím o ničem, myslím si, že děláme maximum*“.

Jarmila: „*Nic mě nenapadá. O klienty je zde náležitě postaráno, nejsou o nic ochuzeni, děláme, co můžeme*“.

Ostatních pět respondentů shledává různá negativa. Jak už bylo výše uvedeno, v současné době narůstá byrokracie, více administrativy pro pečovatele a tím pádem zbývá méně času

na klienty. Tento problém pocítuje zejména Božena a Anna. Božena vidí jako další negativum velikost zařízení. Dle jejího názoru, by více vyhovovalo poloviční zařízení, s menším počtem klientů, kde by byly služby daleko individuálnější. Stejný názor zastává i Alena.

Alena: *„Ústavní péče je taková neosobní, bylo by lepší, kdyby bylo méně klientů“.*

Petra jako negativum vidí finance. Dle jejich slov je ústavní péče nákladná a bude nákladná.

Pavla jako jediná zastává názor, že ústavní péče v současné době převládá negativy.

Pavla: *„Už jsem o tom mluvila, ústavní péče je nákladná a nehumánní. Dále určitě omezené soukromí, pravidla na všechno. Na druhou stranu pravidla jsou nutná, jinak by se ústav rozsypan jako domeček z karet“.*

Zde můžu konstatovat, že navzdory vývojem a velkým pokrokem v systému sociální péče, stále přetrvávají problémy v ústavní péči. I když dnešní společnost klade důraz na poskytování kvalitních sociálních služeb, individuální přístup ke klientům, dodržování lidských práv a možnost volby, přesto ústavní péče jistá negativa vykazuje.

V teoretické části diplomové práce jsou problémy ústavní péče podrobně popsány. Mezi uváděné problémy jako omezené soukromí, finanční nákladnost, nedostatek personálu, velikost a lokalizace ústavu jsou shledávány i ve výpovědích respondentů.

Dále byl u respondentů zjišťován názor, jakým způsobem by zlepšili ústavní péči. Čtyři ze sedmi respondentů uvedli, že nemají žádný návrh na zlepšení ústavní péče. I když shledávají v ústavní péči jistá negativa, neví, jakým způsobem by mohli ústavní péči zlepšit.

Tři respondenti uvedli různá opatření vedoucí ke zlepšení ústavní péče. Tato opatření vyplývají již z uvedených problémů současné ústavní péče.

Anna: *„Co by zlepšilo ústavní péči? Určitě by bylo dobré ubrat administrativu. Než člověk všechno zapíše, poznačí a tak....to je doba. Hlavně pak zbývá méně času na klienty. A dle mého názoru, je důležitější se věnovat klientům, než trávit tolik času psaním“.*

Božena: *Tak určitě bych kladla velký důraz na týmovou spolupráci. Všichni jsme na sebe navázáni. Je důležité, aby mezi sebou spolupracoval nejen odborný personál, ale také ostatní pracovníci, např. uklízečky, kuchařky, protože všichni přichází do styku s klienty. Na základě pozorování klientů, jejich chování, je možné předvídat různé reakce, nebo si*

všimnout určitých změn. A právě proto je důležitá spolupráce, protože každý z nás je jiný a může zpozorovat něco jiného a pro nás všechny důležitého... a na to se tady zapomíná“.

Pavla: „Už jsem se o tom zmínila v předešlých otázkách, ale našim cílem je část domova transformovat do komunitních služeb, méně klientů, domácí prostředí, soukromí, zlepšit podmínky pro ty, kteří zůstanou a nabídnout jiným žít v menší komunitě, za jiných podmínek, v menším bytě atd.“.

Zde bych ráda znovu citovala Matouška (2003, s. 252) „Trend ve vyspělých zemích směřuje k zmenšování ústavů až na velikost bytů či rodinných domů a k maximálnímu otevírání ústavu vůči komunitě, jíž slouží. Tento trend není v ČR respektován. Navíc v ČR trvá trend lokalizovat ústavy do malých obcí, tj. do míst „na okraji civilizace“.

Dále byla respondentům položena otázka, v čem je podle nich ústavní péče nezastupitelná.

Pět respondentů uvedlo, že ústavní péče je nezastupitelná ve své kvalitní odborné péči.

Alena: „Tak určitě ve své odborné péči, pracovníci jsou odborně školeni a vzděláváni“.

Anna: „Myslím si, že poskytujeme kvalitní péči. Absolvujeme různá školení, vzděláváme se“.

Petra: „Jednoznačně v odborné péči“.

Jana: „Všichni pracovníci v přímé péči jsou odborně způsobilí, kvalifikovaní, pro tuto práci. Snažíme se dělat vše, co nejlépe. Chceme, aby byli klienti spokojení, aby bylo o ně náležitě postaráno“.

Božena: „Pro skupinu lidí s těžkým zdravotním postižením, kde se zohledňuje zejména zdravotní hledisko, spočívá nezastupitelnost ve své odborné kvalitní péči“.

Pavla a Jarmila mají jiný názor.

Pavla: „Nezastupitelná? V současné době, když nemají jinou možnost, komunitní služby nejsou vybudovány, jim nezbyvá nic jiného“.

Jarmila na položenou otázku odpověděla NEVÍM. Zde bych jen uvedla, že Jarmila často použila tuto formu odpovědi v průběhu rozhovoru, i když jí byly otázky více vysvětleny nebo přeformulovány. Zároveň jsem si cenila její ochoty poskytnout rozhovor, a proto byla tato forma odpovědi plně respektována.

Ústavní péče prochází značným vývojem směrem k lepšímu, přesto přináší určité negativní dopady či následky. Z rozhovorů bylo zjištěno, že největším pokrokem v ústavní péči je uznání a dodržování lidských práv a individuální přístup ke klientům. Odborná kvalitní péče a vzdělaný personál jsou považovány za největší pozitiva ústavní péče. Dále bylo zjištěno, že respondenti spatřují v ústavní péči nejen pozitiva, ale i řadu negativ. Největším problémem je nákladnost, nehumánnost, nárůst byrokracie, velikost zařízení a omezené soukromí. Návrhy na zlepšení ústavní péče vyplývají z uvedených negativ. Z rozhovorů vyplynulo, že by se měl klást důraz na týmovou spolupráci, zredukování administrativy, směřovat ke zmenšování ústavu s menším počtem klientů a individuálnější přístupem. Ústavní péče přes svá pozitiva i negativa je nezastupitelná ve své kvalitní odborné péči.

Na jedné straně se ústavy modernizují, mění svůj zevnějšek i interiér, aby byly pro klienty co nejpřitažlivější, zvyšuje se počet pracovníků a vzdělaných profesionálů, na druhé straně, stále ústav představuje speciální budovu, ve které žije pohromadě velký počet lidí rozdělených do různých oddělení, s povinností dodržovat daná pravidla.

Přesto jsou ústavy pro některé lidi jedinou možností, která umožňuje důstojnou existenci. Dnešní moderní rodina, která „neustále nic nestíhá“ je stále méně ochotna pečovat o své zdravotně postižené členy a moderní společnost klade stále větší nároky, pokud jde o vzdělání, pracovní výkon a sociální chování. Lidé se zdravotním postižením byli, jsou a budou, oproti tomu ubývá tradiční solidarita v rámci rodiny a širšího příbuzenstva. Proto mají ústavy do budoucna svůj smysl, ale jen za předpokladu, že jejich služby budou vycházet z individuálních potřeb klienta.

Sociální služby

Čtvrtá oblast se zabývala sociálními službami. Bylo zjišťováno, jaké sociální služby zařízení poskytuje a zda jsou shledávány nějaké nedostatky v poskytovaných službách. Dále byly otázky směřovány na zákon o sociálních službách, příspěvek na péči a na standardy kvality sociálních služeb.

Nejprve bylo zjišťováno, jaké sociální služby zařízení poskytuje. Všichni respondenti uvedli, že jako domov pro osoby se zdravotním postižením poskytují služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Poskytují ubytování, stravu, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické

tické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Alena: „*Poskytujeme celodenní péči, od ubytování, stravu, hygienu, pomoc při oblékání a svlékání, aktivizační činnosti, chodíme ven na procházky, do obchodu, různé kulturní akce atd. odpoledne už je takové volnější, klienti si sami zvolí, jak chtějí trávit čas, čím se zabaví*“.

Jarmila: „*Jedná se o celodenní péči. Zařízení poskytuje ubytování, stravu, pomáháme s hygienou, s oblékáním, doprovázíme klienty na oběd, chodíme na procházky, jezdíme na lamoterapii, hipoterapii, v zařízení je tkalcovská, keramická a rukodělná aktivizační místnost, záleží, co klienti zvládnou, probíhá zde také muzikoterapie a canisterapie*“.

Dále mě zajímal názor, zda respondenti shledávají nějaké nedostatky v poskytovaných službách.

Pět respondentů uvedlo, že neshledávají žádné nedostatky v poskytovaných službách.

Božena a Pavla mají jiný názor.

Božena: „*Jak už jsem několikrát říkala, v posledních letech přibývá více papírování, které zabere aspoň u mě tři čtvrtě pracovní doby a čtvrt doby zbývá na klienta a to je přehnané*“.

Pavla: „*Nedostatky? Snažíme se, aby nedostatků bylo co nejméně, ale určitě jsou – souvisí to zase s právy, soukromím, možnostmi volby*“.

Zde bych ráda podotkla, že všech pět respondentů na danou otázku odpovědělo „NE, ŽÁDNÉ NEDOSTATKY NESHLEDÁVÁM“. Respondenti odpověděli jasně, rychle, bez zamyšlení. Ačkoliv na výše položenou otázku, zda shledávají nějaká negativa či problémy v ústavní péči, odpověděli kladně. Zde jen chci poukázat na to, že ačkoliv spolu otázky souvisejí, odpovědi si protiřečí.

Při položení otázky, v čem vidí respondenti největší přínos zákona o sociálních službách pro ústavní péči, byly zjištěny různé výpovědi.

Alena: „*Nevím, celý zákon jsem nečetla*“.

Anna: „*Přínos? Nevím, asi tím, že vymezuje klienty pro tuto službu*“.

Petra: „*Nevím. Práva klientů? To zde zní pořád*“.

Jana: „*Největším přínosem jsou určitě standardy kvality sociálních služeb*“.

Božena: „*Nevidím. Mám na to jiný názor. Uvedu příklad: snažíme se získat finance z dotačních řízení, na základě grantů, ale kdo v tom umí chodit má výhodu. U nás to má na starosti paní Dokoupilová, poctivě psala grant a stejně jsme nic nezískali*“.

Jarmila: „*Zákon o sociálních službách jsem četla před inspekcí, ale jen to, co se týkalo ústavní péče. Ale v čem je největší přínos, to nevím*“.

Pavla: „*Zákon přináší více typů služeb než dříve, nastavení pravidel, registrace poskytovatelů, možnost kontroly, pravidla pro vzdělávání pracovníků a příspěvek na péči*“.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že Anna, Petra, Jana a Jarmila mají malou nebo téměř žádnou znalost zákona o sociálních službách. Pro Janu jsou největším přínosem standardy kvality sociálních služeb. Pro Pavlu je zákon o sociálních službách velkým přínosem nejen pro ústavní péči. Pouze Božena zastává negativní názor, v zákonu neshledává žádný přínos.

Dále bylo zjišťováno, jakou roli hraje příspěvek na péči v životě klientů. Z rozhovorů bylo zjištěno, že příspěvek na péči hraje důležitou roli v životě klientů.

Alena: „*Určitě velkou, pokud má klient přiznán vyšší příspěvek, může si koupit více služeb*“.

Anna: „*Díky příspěvku na péči si klient může koupit různé pomůcky např. antidekubitní, čím vyšší má klient příspěvek, tím si může dovolit více služeb*“.

Petra: „*Příspěvek hraje hodně velkou roli, pokud klient nemá moc peněz, nemá nic. Nemůže si koupit nadstandardní služby*“.

Božena: „*Určitě obrovskou roli, čím více peněz, tím více služeb*“.

Jarmila: „*Pokud je klient šikovný, tak má přiznán malý příspěvek a celkově méně peněz. To vede k tomu, že si nemůže dovolit jezdit na různé výlety, dovolené, i když by to jeho zdravotní stav umožňoval*“.

Pavla: „*Určitě velkou, za příspěvek nakupují služby, když mají málo peněz, mají méně služeb*“.

Z rozhovorů vyplynulo, že příspěvek na péči hraje velkou roli v životě klientů. Příspěvek na péči slouží k nákupu služeb, které klient potřebuje. Výše příspěvku na péči se odvíjí od zdravotního stavu klienta. Pokud má klient přiznán vyšší příspěvek, může si dovolit více služeb. A naopak, pokud je klient šikovný, zvládne vzhledem ke svému zdravotnímu stavu více úkonů, má přiznán nižší příspěvek. V tomto případě klienti, kteří mají méně peněz, si

nemohou dovolit nadstandardní služby, účastnit se různých výletů, či dovolené. Ačkoliv by sami chtěli a jejich zdravotní stav to umožňoval, jsou omezeni výší příspěvku.

Zde si dovolím podotknout, že příspěvek na péči, zejména jeho výše, může ovlivňovat kvalitu života klientů. Jak už jsem výše uvedla, čím vyšší příspěvek, tím více služeb si klient může koupit. Položme si otázku: Odvíjí se kvalita života klientů od výše příspěvku? Jsou klienti spokojenější, pokud si díky finančním prostředkům můžou dovolit více? Můžeme definovat vztah: vyšší příspěvek = více peněz = více služeb = větší spokojenost = kvalitnější život? Rozhodně by tato úvaha stála za zamyšlení. Větší pozornosti bude otázce kvality života klientů věnováno později.

Dále byla respondentům položena otázka, jakým způsobem ovlivňují zavedení SQSS¹ život klientů.

Alena: „Je daná hranice, která se dodržuje. Klienti se můžou vyjádřit, co chtějí např. koupit, jsou brána v potaz přání klientů“.

Anna: „Přispívají ke kvalitě služeb“.

Petra: „Dávají klientům práva a klienty to velice zajímá. Řeknou... Já mám právo, tak mě nech být!“

Jana: „Klientům dávají svá práva a zaměstnanci se tím musí řídit“.

Božena: „Většina klientů neví, co jsou SQSS. Pro nás to znamená, že nejednáme s klienty jako s kluky, klientům vykáme, bereme je jako rovnocenné“.

Jarmila: Neodpověděla

Pavla: „SQSS určitě velmi ovlivnily podmínky pro život v domově, nastavení pravidel pro všechno, co se v domově děje, teď už to je jen na pracovnících v domově, aby tato pravidla dodržovali, hodně často se setkávám s tím, že třeba před inspekcí kvality se dodržovalo všechno a postupem času už se některé věci dělat nemusí..“.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že SQSS znamenají pro pracovníky daná pravidla, která se musí dodržovat.

¹ Standardy kvality sociálních služeb

SQSS popisují, jak má vypadat kvalitní služba. SQSS mohou být považovány za mapu či písemného průvodce, jež ukazuje směr cesty, kterým bychom se měli vydat pro přiblížení se k cíli, a to k poskytování kvalitnějších služeb.

Ačkoliv většina klientů neví, co jsou SQSS, přesto je nezbytné se vydat touto cestou, protože SQSS jsou přínosem hlavně a především pro uživatele služeb.

Zajímalo mě, zda respondenti shledávají ve své práci nějaké nedostatky se zavedením SQSS do praxe.

Alena: *„Standardy kvality sociálních služeb fungují, neshledala jsem zatím nějaký konkrétní problém“.*

Anna: *„Standardy se vyvíjely z praxe, takže žádný problém“.*

Petra: *„Pro mě je trošku problém to, že musím klientům vykat. Dříve jsme klientům tykali, takže se občas přeřeknu. Ale je to otázka zvyku, chce to určitě čas“.*

Jana: *„Nejde přímo o nedostatek, ale díky zavedení standardů do praxe přibýlo hodně papírování a je to časově náročné“.*

Božena: *„Co mi vadí, je že hledisko papírování má přednost, bohužel. Podle mě je, ale hledisko lidské důležitější“.*

Pavla: *„Nedostatky neshledávám. Jsem přívržencem standardů, byť vím, že některá kritéria jdou těžko naplnit, ale snažíme se je dodržovat a stále vysvětlovat ostatním, proč je to nutné. Co považuji za menší problém je spousta popsaného papíru, což pro některé pracovníky je problém si i přečíst...navíc ze standardů vyplývá spousta záznamů, které prostě musíme psát o klientovi, tzn. individuální plán, plán péče, vše evidovat, dokumentovat, bohužel, je to forma kontroly, ale také ochrany pro pracovníky, že práci dělali, že se tím a tím zabývali“.*

Jarmila: *„Nedostatky neshledávám, ale nedávno jsem řešila aspoň pro mě problém (v zařízení pracuji pouze dva roky) a to úmrtí klienta v průběhu noci. Nevěděla jsem, jak mám postupovat, musela jsem se podívat do standardů a zjistila, že je nutné ostatní klienty z daného pokoje vyvést ven, ohlásit skutečnost, zemřelého vykoupat atd“.*

Všichni respondenti uvedli, že neshledávají závažnější nedostatky v souvislosti se zavedením SQSS do praxe. Avšak u pěti respondentů bylo zjištěno, že se s nějakým problémem setkali. Jana, Božena a Pavla poukazují již na několikrát uvedený problém a to četnost pa-

pírování. Petra a Jarmila se svěřily se svým osobním problémem, který souvisí se zavedením standardů a vyplývá z jejich pracovní činnosti.

Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem je zajištěn rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb.

Šest respondentů uvedlo, že rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb je zajištěn formou školení, vzdělávacích akcí a sebevzděláváním.

Alena: „Absolvujeme povinné školení dané zákonem o sociálních službách, v rozmezí 24 hodin za rok“.

Anna: „Chodíme na školení, nebo k nám přichází lektor z jiných zařízení a předává zkušenosti. Sama se také snažím vzdělávat, čtu různé články na internetu, celkově se o tuto problematiku zajímám“.

Petra: „Absolvujeme různé školení a čtu si standardy“.

Jana: „Účastníme se školení, sama se vzdělávám, čtu články zabývající se touto problematikou, sleduji zprávy a tak“.

Božena: „Tak je to zejména o lidech, co si budeme povídat. Absolvujeme různé vzdělávací akce, školení. Co vidím jako problém je, že zde nefunguje supervize. Co si pamatuji, tak zde byl akorát jednou externista. Od té doby, co vedení řeklo, že pracovníci nemají potřebu a není důvod, tak supervize zde neprobíhá“.

Jarmila: „Snažíme se dělat všechno, co nejlépe. Chodíme na školení, studujeme standardy a tak“.

Pavla uvedla, že rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb souvisí nejen se stanovením cílů, ale také s vyřizováním stížností a zpětnou vazbou nejen od klientů, ale zejména od jejich rodin, opatrovníků a zaměstnanců.

Pavla: „Máme stanovené cíle ať již dlouhodobé, rozvojové, nebo krátkodobé, plánujeme už skoro všechno. Ke zvyšování patří i vyřizování stížností a i ty by měly být podnětem něco změnit a zlepšit a tím zlepšit i podmínky a život v domově. Spoustu informací získáváme od klientů, co se líbí-nelíbí, s čím jsou spokojeni-nespokojeni, a to stejné do rodiny, opatrovníků, zaměstnanců“.

Na základě zjištěných informací byla na místě zformulována a položena respondentovi nová otázka *Jakým způsobem se mohou zaměstnanci vyjádřit k poskytovaným službám, či k celkovému dění v zařízení, respektive podat stížnost?*

Pavla: *„V zařízení funguje schránka (umístěna na vrátnici), která slouží pro stížnosti jednotlivých pracovníků. Pak jednou za čas je zaměstnancům rozdán anonymní dotazník, který slouží jako zpětná vazba pro vedení, po vyplnění jej zaměstnanci vhazují také do schránky. Klienti můžou také napsat stížnost, prostřednictvím pečovatele či klíčového pracovníka. Pro klienty jsou zřízeny schránky na stížnosti na každém oddělení. Schránka se otevírá vždy v přítomnosti sociální pracovníce“.*

Při položení otázky, v čem spočívá kvalita Vámi poskytovaných služeb, se všichni respondenti pousmáli a dlouze přemýšleli.

Alena: *„Tak důležitý je přístup k lidem, zachovávat individuální přístup ke klientům, pak určitě dodržování standardů a odbornost. Absolvujeme různé školení, jsme odborně způsobilí vykonávat tuto práci“.*

Anna: *„Spočívá v tom, že jsme odborně proškoleni, musíme mít jisté znalosti, abychom mohli dělat tuto práci“.*

Petra: *„Dle mého názoru je to hlavně v člověku, zda má zájem dělat tuto práci dobře, tak jak má. Podstatou je zachovávat individuální přístup ke klientům“.*

Jana: *„Podle mě, jsou služby kvalitní, když je spokojený klient a jeho rodina“.*

Božena: *„Zastávám názor, že je velmi důležitá týmová spolupráce, respektování názorů druhých a hlavně komunikace, nejen s klienty ale i s ostatními spolupracovníky“.*

Jarmila: *„Je důležité, aby měl člověk zájem, nejen o tuto práci ale i o klienty. Vychází to z člověka. Pak si myslím, že hraje velkou roli kolektiv, pokud není dobrý kolektiv a jsou nějaké problémy, odrazí se to v práci. Hlavně sami klienti vycítí, že něco není v pořádku“.*

Pavla: *„Myslím si, že kvalita spočívá ve spokojenosti klientů, i když je to relevantní, protože někteří jsou spokojeni s málem, někteří nespokojeni se vším, navíc spokojenost může být jen to, že nedokážou vyjádřit nespokojenost, navíc někteří nic jiného nezažili než ústav, takže nic jiného neznají“.*

Alena a Anna uvedly, že kvalita poskytovaných služeb spočívá v odborných znalostech pracovníků a v individuálním přístupu ke klientům. Petra a Jarmila zastávají názor, že vše vychází z člověka, to jaký je, jak má rád svoji práci a jak přistupuje ke klientům, se odrazí

v kvalitě poskytovaných služeb. Jarmila dále uvedla, že velkou roli hraje kolektiv. Stejný názor zastává i Božena, která klade velký důraz na týmovou spolupráci. Jana a Pavla uvedly, že kvalita spočívá ve spokojenosti nejen klientů, ale i jejich rodin a přátel. Avšak Pavla upozorňuje, že je to velmi relevantní, jelikož někteří klienti jsou spokojeni s málem, někteří nespokojeni se vším a někteří nezažili nic jiného než ústav.

Paprsek, příspěvková organizace, jako domov pro osoby se zdravotním postižením, poskytuje služby dle zákona 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách. Z rozhovorů bylo zjištěno, že pět respondentů neshledává žádné nedostatky v poskytovaných službách. Dva respondenti uvedli, že jako nedostatek či problém v poskytovaných službách vidí nárůst administrativy, omezené soukromí, možnosti volby. Zákon o sociálních službách je respondenty vnímán různě. Bylo zjištěno, že čtyři respondenti mají malou znalost daného zákona, dva respondenti zastávají názor, že zákon je velkým přínosem pro ústavní péči nejen prostřednictvím standardů. Jeden respondent nevidí v zákonu nic pozitivního.

Příspěvek na péči hraje velkou roli v životě klientů. Čím vyšší příspěvek má klient přiznán, tím více služeb si může koupit. Jak už jsem výše zmínila, výše příspěvku může ovlivňovat kvalitu života klientů.

SQSS představují pro pracovníky jasně daná pravidla, která musí být dodržována v praxi. Určují směr, který vede k poskytování kvalitnějších služeb. Z rozhovorů bylo zjištěno, že nejsou shledávány závažnější nedostatky se zavedením standardů do praxe. Avšak určité problémy byly zjištěny, již několikrát uvedená nárůst administrativy, dále problémy vyplývající z pracovní činnosti.

Rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb jsou zajištěny prostřednictvím školení, vzdělávacích akcí a sebevzděláváním. Dále je důležitá zpětná vazba nejen klientů, ale také jejich rodin, opatrovníků a zaměstnanců.

Z rozhovorů vyplynulo, že kvalita poskytovaných služeb spočívá v jejich odbornosti a v uplatňujícím individuálním přístupu ke klientům. Důležitou úlohu hraje člověk, zejména jeho nitro, které určuje jaký člověk je a jak přistupuje nejen k práci, ale i ke klientům. Kvalitu poskytovaných služeb ovlivňuje také kolektiv a týmová spolupráce. Kvalitu poskytovaných služeb můžeme vyčíst ze spokojenosti nejen klientů, ale také jejich rodin a přátel.

Kvalita života

Pátá oblast byla věnována kvalitě života klientů. Bylo zkoumáno, jak klienti vnímají pobyt v ústavním zařízení a jakým způsobem jsou uspokojovány jejich potřeby. Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem mohou klienti trávit svůj volný čas a jak je vnímá okolí. Zajímalo mě, jakým způsobem jsou zjišťovány a uspokojovány přání klientů a zejména to, v čem spočívá spokojenost a kvalita života klientů.

Nejprve byla položena otázka, jak klienti vnímají pobyt v ústavním zařízení. Z rozhovorů bylo zjištěno, že záleží na individualitě klienta a na jeho momentálním duševním rozpoložení.

Alena: *„Někdy se jim tady líbí, někdy jsou naštvaní, když jsou doma, těší se sem a zase obráceně, když jsou tady, čekají, že si je někdo z rodiny vezme domů na návštěvu“.*

Anna: *„Většinou se jim tady líbí. Chtějí být v zařízení, do neznámého prostředí se jim nechce, tady jsou zvyklí“.*

Petra: *„Některým klientům se tady líbí, některým ne. Je to různé, také záleží, jak se cítí. Během dne se může jejich názor lišit“.*

Jana: *„Myslím si, že zde jsou klienti spokojeni. Hlavně si zde už zvykli. Akorát nově příchozí klienti to zde těžce nesou“.*

Božena: *„Klienti pobyt vnímají. Pokud budou spokojeni, dají to najevo a naopak, pokud spojení nejsou, poznáme to“.*

Jarmila: *„Klienti si myslí, že jsou doma. Jsou vděční a líbí se jim tady. Samozřejmě se najdou i tací, kteří chtějí pryč“.*

Pavla: *„To byste se musela zeptat klientů, dle mého názoru je to obrovská ponorka. Já v jejich situaci bych byla věčně nespokojený klient“.*

Z rozhovorů vyplynulo, že v zařízení najdeme klienty, kteří jsou spokojeni, vděční a zařízení vnímají jako svůj domov. Zároveň tam jsou i tací, kteří jsou neustále nespokojeni, naštvaní a nejraději by ze zařízení odešli. Jejich spokojenost či nespokojenost se odvíjí od jejich nálady, to jak se cítí, v jakém jsou duševním rozpoložení. U některých se jejich názor neustále mění.

Dále bylo zjišťováno, jakým způsobem jsou uspokojovány základní potřeby klientů. Z rozhovorů vyplynulo, že základní potřeby klientů jsou uspokojovány prostřednictvím poskytované celodenní péče.

Petra: „Mezi základní potřeby klientů patří jídlo, spánek, hygiena, kontakt se společností atd. Jsou zajišťovány prostřednictvím celodenní péče, důležité je s klienty provádět nácvik denních činností, zapojovat je do denního života“.

Božena: „Klientům zajišťujeme celodenní péči, každému individuálně sestavujeme individuální a ošetrovatelský plán, revidujeme a měníme dle zdravotního stavu klienta“.

Pavla: „U spousty klientů je to jen o jídle, spaní,...nic jiného nepotřebují, což je velmi smutné“.

Alena, Anna, Jana a Jarmila uvedly, že základní potřeby klientů jsou zajištěny celodenní péčí.

Dále mě zajímalo, jakým způsobem mohou klienti trávit svůj volný čas. Respondenti uvedli širokou škálu možností a aktivit.

Alena: „Klienti si sami zvolí, co chtějí dělat. Někteří jdou na procházku, poslouchají rádio, modlí se, sledují televizi. Jsou jim nabízeny různé aktivizační činnosti, je to velmi individuální“.

Anna: „Klientům nabízíme různé možnosti, jak trávit volný čas, např. hrajeme hry, člověče, nezlob se, nebo skládáme puzzle, klienti mohou sledovat televizi, poslouchat hudbu v relaxační místnosti, jezdíme na výlety, chodíme ven na procházky“.

Petra: „Někteří klienti jsou na pokojích, odpočívají, spí, poslouchají rádio, malují si, někteří jsou v terapeutických dílnách, nebo se prochází po zařízení, klienti se sami mohou pohybovat v celém areálu zařízení“.

Jana: „Je to velmi individuální, každý klient je jiný a baví ho něco jiného. Někteří si malují, trhají papíry, odpočívají, sledují televizi, pomáhají v dílnách, tam např. stříhají molitan do polštářů, pomáhají tkát, záleží, kdo co zvládne“.

Božena: „Svůj volný čas klienti tráví dle svých představ a dle svého klíčového pracovníka“.

Jarmila: „Klientům jsou aktivity nabízeny, záleží, na co mají náladu, co chtějí dělat. Snažíme se je motivovat, aby jen tak neseseděli, nebo nesledovali televizi“.

Pavla: „Nabídka aktivit je velká, záleží, jak jí využijí. Kdo chce, využije, kdo nechce, nenu-tíme, nabídneme, ale záleží na něm, snažíme se klienty motivovat, hledat další možnosti a podněty“.

Nabídka aktivit a možností, jak trávit svůj volný čas je široká. Aktivity jsou klientům nabí-zeny, ale záleží výhradně na nich, o co mají zájem, co chtějí dělat. Pracovníci se snaží kli-enty motivovat, podněcovat je k aktivitě. Každý člověk je individuální, proto každého kli-enta baví něco jiného. Někteří klienti tráví svůj volný čas na pokoji, kde odpočívají, po-slouchají rádio, malují si, někteří se prochází po zařízení, sledují televizi, pomáhají v tera-peutických dílnách, poslouchají hudbu v relaxační místnosti, chodí ven na procházky atd. Důležitou roli hraje u klientů nálada a momentální duševní rozpoložení. V zařízení jsou i klienti, kteří reagují negativisticky na vše, co jim je nabízeno a svůj volný čas tráví spa-ním, nebo sezením v křesle.

Při položení otázky, jakým způsobem je podporován vztah klientů k rodinným přísluš-níkům, všichni respondenti uvedli, že v tomto směru se snaží dělat, co nejvíce.

Alena: „Rodina a příbuzní mohou přijet kdykoliv, ale vždy třetí neděle v měsíci je tzv. ná-vštěvní. Rodinám se posílají pozvánky na Majáles, na různé akce pořádané v zařízení, o všem jsou informováni“.

Anna: „Píšeme s klienty pohlednice k svátkům, k narozeninám. Telefonujeme rodinám a příbuzným. Je pravda, že některé rodiny nemají zájem, stydí se za ně“.

Petra: „Píšeme dopisy, pohlednice, telefonujeme. Jsou jim rozesílány pozvánky na různé akce pořádané u nás“.

Jana: „Snažíme se udržovat pravidelný kontakt s rodinou, telefonujeme, píšeme dopisy, pokud má rodina zájem, bere si klienta k sobě domů na návštěvu“.

Božena: „Myslím, že hodně. Oslovujeme rodiny, píšeme dopisy a pohledy, telefonujeme“.

Jarmila: „Rodina může klienta navštívit kdykoliv, ale třetí neděle v měsíci je návštěvní“.

Pavla: „Pomáháme psát dopisy rodině, snažíme se je zvát na akce v zařízení, podporujeme v telefonování, připomínáme, že je dobré klienty navštěvovat, snažíme se rodinu a nejen opatrovníky informovat o potřebách a věcech kolem naší služby“.

Z rozhovorů vyplynulo, že pracovníci se snaží, co nejvíce podporovat vztah klientů k rodi-nám a příbuzným. Rodina a příbuzní mohou klienta v zařízení navštívit kdykoliv, v případě zájmu, si jej můžou vzít k sobě domů na návštěvu. Pracovníci pomáhají klientům s psaním

dopisů, pohlednic, telefonují, rozesílají pozvánky na pořádané akce v zařízení. Rodina a opatrovníci jsou pravidelně informováni o potřebách, zdravotním stavu a důležitých informacích týkající se klienta.

Dále bylo zjišťováno, jak vnímají klienti vztah mezi sebou a k personálu.

Alena: „*Myslím si, že vztah mezi pracovníky a klienty je dobrý, klientům musíme vykat, oni nám tykají. Vztah klientů mezi sebou je individuální, někdo se snese lépe, někdo méně. Někdy mají mezi sebou rozepře, pohádají se, jindy bez problému. Na pokoji jsou ubytovaní klienti, kteří spolu vychází a mají se rádi*“.

Anna: „*Vztah klientů mezi sebou je různý, někteří se mají rádi, někteří ne. Vztah klientů k nám je dobrý, ačkoliv na III. oddělení je klient, který nesnáší blondýny, jedné pracovníci neustále nadává*“.

Petra: „*Myslím si, že vztahy tady jsou dobré. O žádném problému nevím*“.

Jana: „*Vztah klientů k personálu je dobrý, a co se týká vztahu mezi klienty navzájem, je velmi individuální*“.

Božena: „*Klienti mezi sebou se snášejí různě, někdy dobře, někdy špatně. Pokud se jim něco nelíbí, dají to rozhodně najevo. Co se týká vztahu mezi personálem a klienty, nevím o žádném větším problému. Pokud by ale nastal závažnější problém, či negativistický přístup ze strany klienta ke svému pracovníkovi, může se změnit klíčový pracovník*“.

Jarmila: „*Jsou klienti, kteří nemají mezi sebou problém a naopak jsou tací, kteří se pořád hádají, je to různé. K nám mají dobrý vztah, vnímají nás jako svoji rodinu*“.

Pavla: „*Zase je to individuální, někteří vychází se všemi zaměstnanci, někde to skřípe, je to jako v běžné společnosti. Také nám nejsou všichni sympatičtí, antipatie jsou i mezi klienty a zaměstnanci a mezi klienty navzájem také. Někteří nemají problém s nikým, jiní si neseďnou a jsou třeba každodenní slovní potyčky, jak já tomu říkám „žabomyší války*“.

Vztahy mezi klienty jsou různorodé. Někteří klienti nemají problém s nikým a vychází se všemi, jiní si neseďnou a pořád se hádají. Je to velmi individuální. Vztah klientů k personálu je označen jako velmi dobrý. Klienti vnímají personál jako svou rodinu, jsou na ně zvyklí. Ačkoliv bylo zjištěno, že určitá antipatie se mezi klienty a zaměstnanci také vyskytne, nejedná se o závažný problém, ale o běžnou věc, která se vyskytuje v každé běžné společnosti.

Respondentům byla položena otázka, jak klienty vnímá okolí. Dva respondenti uvedli, že obyvatelé města si na klienty zvykli a přijali je za své občany. Takže přístup okolí je ke klientům kladný. Čtyři respondenti zastávají opačný názor.

Anna: „*Okolí je moc nebere*“.

Petra: „*Podle mě, je přístup okolí stále stejný jako na začátku, když se sem ústav přestěhoval. Lidé si stále nezvykli*“.

Jana: „*Nemyslím si, že by se přístup lidí ke klientům nějak změnil za ty roky. Je to pořád stejné, lidé si nezvykli*“.

Božena: „*Řekla bych, že nedostatečně, jsou stále stigmatizováni*“.

Jediná Jarmila se k dané otázce nevyjádřila.

Dále mě zajímalo, jakým způsobem jsou zjišťovány a uspokojovány přání klientů.

Alena: „*Ptáme se klientů, co by si přáli k narozeninám, k vánocům. A každou středu mají možnost výběru oběda*“.

Anna: „*Klientů se ptáme a někteří si sami řeknou. Pokud je přání reálné, tak se to zajistí, pokud je nereálné, vymluvíme mu to, ale nebývá to často, klienti jsou nenároční. Pokud klient nemluví, odpozorujeme, co mají rádi, většinou se to týká jídla*“.

Petra: „*Klienti si většinou sami řeknou a u ostatních je to vypořádáno*“.

Jana: „*Klientů se ptáme, pokud mají přání, které je nereálné, snažíme se hledat společně kompromis*“.

Božena: „*Přání jsou zjišťovány prostřednictvím dotazníků, rozhovorů. Vedeme rozhovory nejen s klienty, ale také s opatrovníky, příbuznými. Na základě pozorování sledujeme projevy klientů, změny v chování, co je příčinou např. neklidu*“.

Jarmila: „*Každý klíčový pracovník si vede sešit přání svých klientů, ptáme se, nebo si sami řeknou*“.

Pavla: „*Přání klientů se snažíme vyplnit, ale s oblibou říkám, že „sociální služby nejsou továrnou na splněná přání“, všechna přání prostě nejdou splnit*“.

Přání klientů jsou zjišťovány formou rozhovorů, nejen s klienty, ale i s opatrovníky a příbuznými. Dále prostřednictvím dotazníků a pozorování. Pracovníci se snaží přání splnit,

v případě, že je to nemožné, se hledá společný kompromis. Cílem je, aby byli klienti spokojeni.

Položme si tedy otázku, v čem spočívá spokojenost klientů? Všichni respondenti uvedli, že pokud je klient spokojený či naopak, dá to každý najevo svým osobitým způsobem.

Alena: „*Klienti dokážou svoji spokojenost dát najevo, např. řeknou, mám Tě rád*“.

Anna: „*Podle mě, je důležité, že jsou ve svém známém prostředí, jsou zvyklí na svůj režim. Spokojenost spočívá v tom, že jsou v klidu*“.

Petra: „*Spokojenost spočívá ve splnění jejich přání. U většiny klientů se jedná o jídlo, zejména o sladký*“.

Jana: „*Spokojený klient je takový, který se usmívá, hladí, dá to najevo, ať již verbálně či neverbálně*“.

Božena: „*Spokojenost u klientů poznáme z jejich projevu, dají to najevo, je důležité klienty sledovat, pozorovat (čím více pozorovatelů, tím lépe)*“.

Jarmila: „*Klienti svoji spokojenost vyjádří, je to individuální, u někoho poznáme, že je spokojený tím, že je klidný, někdo rád sedí u televize, někdo má rád jídlo, jiný výlety atd.*“

Pavla: „*Je to individuální, někdo je spokojený se vším- jídlo, bydlení, aktivity, někdo nespokojený a můžete nabízet a radit a podporovat a pořád bude nespokojený. Závisí to také na míře a druhu postižení, máme klienty s duševním onemocněním- jejich nekritičnost ke své osobě je o věčné nespokojenosti s prostředím, kde žijí a nebude to jiné*“.

Z rozhovorů vyplynulo, že každý klient vyjádří svoji spokojenost či nespokojenost svým vlastním způsobem. Každý klient je individuální, proto spokojenost u každého spočívá v něčem jiném. Pro někoho je důležité, že je ve svém prostředí, obklopen známými lidmi, jiného dělá šťastným oblíbené jídlo, sledování televize, aktivity, výlety atd. Důležitou roli hraje míra a druh postižení klienta, jelikož určitý typ duševního onemocnění může vést k věčné nespokojenosti.

Dále mě zajímal názor, v čem spočívá kvalita života klientů.

Alena: „*Spočívá v odborné péči a také v tom, že na klienty pohlížím jako na rovnocenné partnery, se kterými musím vyjít*“.

Anna: „*V tom, že mají zajištěny základní potřeby, kulturní vyžití, splněná přání, jsou začleňováni do společnosti*“.

Petra: „V tom, že jim nic nechybí. Mají zajištěnou celodenní odbornou péči“.

Jana: „Spočívá v poskytovaných službách, které jsou kvalitní a uplatňující individuální přístup ke klientům“.

Božena: „Většina klientů je zde celý život. Můžeme předpokládat, že se jedná o maximální kvalitu, protože nezná život mimo zařízení. Až za předpokladu, že by žil jinde, tak za dva až tři roky teprve poznáme, zda se změnil život a v čem“.

Jarmila: „Spočívá v celodenní péči. Staráme se o klienty, snažíme se, aby byli spokojení“.

Pavla: „V některých otázkách jsem se o tom už zmiňovala, přála bych části klientů, aby mohli za čas žít jiným způsobem- v menší komunitě, s lidmi, s kterými chci a kteří mi nevadí, dělat si, co chci, vybrat si třeba co budu dnes jíst a co budu dělat, s kým se budu stýkat, za co si utratím svoje peníze“.

Z výpovědí bylo zjištěno, že pět respondentů zastává názor, že kvalita života klientů spočívá v celodenní péči, zahrnující nejen kvalitně poskytované sociální služby a individuální přístup ke klientům, ale také kulturní vyžití, splněná přání, různé aktivity a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Božena uvedla, že je těžké posuzovat kvalitu života klientů v zařízení, jelikož většina z nich nic jiného, než zařízení nezažila. Pavla se k dané otázce vyjádřila prostřednictvím svého přání klientům, ve kterém jim přeje žít jiným způsobem, s větší mírou svobody a možností volby.

Na konci rozhovoru byly všem respondentům položeny dvě doplňující otázky. Nejprve byla respondentům položena otázka: Jakým způsobem je zjišťována kvalita Vámi poskytovaných služeb?

Alena: „Prostřednictvím inspekce, která zjišťuje, jak je poskytována péče, jak se dodržují standardy. Dále u vrátnice existuje schránka, do které mohou zaměstnanci anonymně vhodit své připomínky, podněty, či stížnosti na poskytovanou péči“.

Anna: „V rámci zařízení se sleduje, zda jsou dodržována jasně daná pravidla, na každém oddělení vedoucí dohlíží na své zaměstnance, pak prostřednictvím inspekce“.

Petra: „Kontrolu provádí inspekce, absolvovali jsme jednu přípravnou a jednu ostrou“.

Jana: „Prostřednictvím inspekce“.

Božena: „Pomocí dotazníků, zpětné vazby, důležité jsou projevy klientů, zda se chování klientů nemění (zda utíkají, zda se hádají) musíme sledovat, vyhodnocovat, jedná se o

dlouhodobé pozorování, dále rozhovor s klíčovými pracovníky. Dále prostřednictvím inspekce jihomoravského kraje“.

Jarmila: *„Prostřednictvím dotazníků, nebo můžeme své podněty vhazovat do schránky, dále pomocí inspekce“.*

Pavla: *„Na zjišťování kvality máme přesná pravidla, zjišťujeme ústně od klientů při běžných rozhovorech, co se líbí-nelíbí, s čím jsou spokojeni-nespokojeni, to stejné s rodinou, opatrovníky, ale i cizími lidmi např. o naplnění našeho poslání, to stejné probíhá i formou anonymní, prostřednictvím dotazníků jednou ročně“.*

Z rozhovorů vyplynulo, že kvalita poskytovaných služeb je zjišťována prostřednictvím rozhovorů nejen s klienty, ale také s opatrovníky, příbuznými, klíčovými pracovníky i cizími lidmi. Zpětná vazba je zjišťována pomocí dotazníků, které jsou rozesílány všem pracovníkům zařízení, dále mohou zaměstnanci své anonymní připomínky, podněty či stížnosti vhazovat do speciální schránky umístěné na vrátnici. Důležité je také pozorování, sledování klientů a následné vyhodnocování jejich chování. Zda jsou poskytované služby kvalitní a zda, jsou dodržovány standardy, kontroluje inspekce jihomoravského kraje.

Na závěr byla respondentům položena otázka: V případě, že by někdo z Vaší rodiny byl mentálně postižený, rozhodli byste se o umístění do ústavního zařízení? Pokud ne, z jakého důvodu?

U tří respondentů byla zjištěna jednoznačná odpověď ANO. Jeden respondent odpověděl NE. Zbývající tři respondenti se jednoznačně nevyjádřili.

Alena: *„Ano, myslím si, že by se zde neměli špatně, absence rodiny je sice velká, ale pokud není jiné řešení, nevidím důvod, proč ne“.*

Anna: *„Ano, obdivuji lidi, co se o ně starají doma, vím, že je to velmi náročné. Ústavní péče je kvalitní, klienti se zde mají dobře“.*

Petra: *„Záleží, jak by na tom daný člověk byl. Kdyby byl hodně postižený, tak bych si jej doma nenechala, nezvládla bych to. Hrají roli také finance“.*

Jana: *„Záleží, kdo by to byl z rodiny. Dítě bych do ústavu nedala. Pokud by se jednalo o vzdálenou rodinu, tak asi ano. Záleželo by na konkrétní situaci“.*

Božena: *„Zřejmě NE. Pokud bych to nezvládala, tak bych volila jiný druh zařízení, menší zařízení, asistenční péči nebo chráněné bydlení. Z vlastní zkušenosti vím, že péče v ústavu*

není 100% a nemyslím tím odbornost či vzdělanost personálu. Problém vidím v pracovnících, co se týká přístupu ke klientům, ale nechci to zde více rozebírat“.

Jarmila: *„Ano, mají se zde dobře, myslím si, že jim zde nic nechybí“.*

Pavla: *„Nikoho takového v rodině nemám, asi bude záležet na situaci a dalších podmínkách, ale dnes po zkušenostech vím, že ústavní péče není to pravé „ořechové“, na druhou stranu vím, že obětovat se péči o mentálně postižené v životě je velké rozhodnutí a každý si to musí rozhodnout sám, čemu dá přednost. Obdivuji lidi, kteří si vybrali a obětovali se pro tyto lidi a dlouhodobě se o ně starají doma a nedali je do žádného zařízení, před těmi fakt klobouk dolů, nevím, jestli já sama bych byla takto silná, ale z vlastní zkušenosti vím, že pokud člověk musí, tu sílu v sobě najde“.*

Z výpovědí bylo zjištěno, že Alena, Anna a Jarmila by se v daném případě rozhodly pro ústavní péči. Dle jejich slov, ústavní zařízení poskytuje kvalitní péči, o klienty je zde náležitě postaráno a nic jim nechybí. Petra, Jana a Pavla neměly jednoznačnou odpověď. Dle jejich slov by záleželo na celkové situaci a dalších podmínkách. Jediná Božena by ústavní péči nezvolila. V případě, že by péči nezvládala, by volila jiný typ zařízení, např. asistenční péči nebo chráněné bydlení. Její názor ovlivnily zejména vlastní zkušenosti z působení v ústavním zařízení.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že předností ústavní péče je poskytování odborné kvalitní péče a vzdělaný personál. Ačkoliv prošla ústavní péče značným vývojem směrem dopředu a respondenti shledávají v ústavní péči mnoho pozitiv, stále ústavní péče představuje jistá rizika či problémy. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti shledávají určité nedostatky či problémy, související s ústavní péčí a poskytovaných služeb. Ačkoliv se respondenti domnívají, že poskytované služby jsou kvalitní a klientům v zařízení nic nechybí, přesto jsem zpracovala návrhy, které mohou přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb a celkové kvalitě života klientů zařízení.

Opatření a návrhy:

- Zprostředkování kontaktu klientů se společenským prostředím a zabránit tak sociální izolaci (výlety, různé akce, nákupy, kino atd.)
- Nelocalizovat ústav mimo okraj společnosti

- Kontakt ústavu se společenským životem města, pořádat více akcí pro veřejnost, aby si lidé na klienty zvykli
- Týmová spolupráce, komunikace nejen s klienty, ale také s opatrovníky, rodinnými příslušníky, se spolupracovníky, respektování názorů druhých, vytvářet dobrý kolektiv
- Zvýšit počet pracovníků v péči o klienty
- Dodržování SQSS v praxi, dodržování lidských práv, respektování klienta, individuální přístup ke klientům
- Rozvíjet možnosti a schopnosti klientů, podporovat a motivovat klienty v jejich schopnostech a dovednostech, „nepřepečovávat“, provádět za klienty jen ty úkony, které sám nezvládne vzhledem ke svému zdravotnímu stavu
- Pracovník v přímé péči klientů by měl mít určité charakterové vlastnosti, měl by být trpělivý, klidný, empatický, vzdělaný, přátelský a mít zájem o lidi
- Snížit administrativu, aby pracovníci měli více času na klienty
- Sociální služby musí vycházet z individuálních potřeb klientů
- Vytvářet individuální plány, plány péče a ošetrovatelské plány
- Zvyšování odbornosti personálu, absolvování školení, různých vzdělávacích akcí a sebevzdělávání
- Vytvářet nabídku možností a aktivit pro klienty
- Podporovat a udržovat vztah klientů k rodinným příslušníkům
- Zavedení supervize v zařízení
- Zajištění zpětné vazby nejen od klientů, ale také od opatrovníků, rodinných příslušníků, zaměstnanců, veřejnosti
- Zajištění kontroly poskytovaných služeb (zpětná vazba, dotazníky, rozhovory, pozorování a sledování klientů, inspekce)
- Zachování možnosti a volby výběru činností u klienta, větší možnost a svoboda volby klienta
- Změna velkého ústavu na menší zařízení – transformace pobytových zařízení do komunitních služeb (velikost bytů či rodinných domů, méně klientů, domácí prostředí, více soukromí, větší individuální přístup), maximální otevírání ústavu vůči komunitě

Pokud je klient nespokojený, neznamená to, že služby nejsou kvalitní, či o něj není náležitě postaráno, ale vyplývá to z jeho zdravotního stavu, z duševního onemocnění, které je charakteristické věčnou nekritičností ke své osobě a o věčné nespokojenosti se vším.

Je těžké či sporné hodnotit kvalitu života klientů v zařízení, protože většina klientů je v zařízení celý život a nic jiného než ústav nezažili, neznají život mimo zařízení. Až za předpokladu, že by klient žil jinde, tak teprve až za dva, tři roky poznáme, zda se změnil život a v čem.

ZÁVĚR

Diplomová práce s názvem *Sociální aspekty péče v ústavním zařízení* pojednává o poskytovaných sociálních službách daného zařízení. K této volbě mě vedlo jednak mé zaměstnání, ale i osobní zájem o problematiku ústavní péče.

Cílem diplomové práce je zjištění, jaká je kvalita života uživatelů zařízení z pohledu personálu. Jakým způsobem přispívají standardy kvality sociálních služeb ke zkvalitnění života uživatelů zařízení. Dále zjistit další postupy ke zkvalitňování poskytovaných služeb, pozitiva a negativa ústavní péče. Zda je uplatňování standardů kvality sociálních služeb v praxi bezproblémové.

Celkem bylo realizováno sedm rozhovorů. Respondentům bylo položeno celkem 41 předem připravených otázek.

Oblasti, podle kterých jsem zvolila otázky, vyplývají z teoretické části diplomové práce a jsou navrženy tak, aby bylo dosaženo stanoveného cíle.

V praktické části bylo zjištěno, že zařízení má kapacitu 108 míst, v současné době je v zařízení 106 klientů. Cílovou skupinou jsou muži od 19 let věku a horní hranice není omezena. Ve skutečnosti je nejmladšímu klientovi 28 let a nejstaršímu 82 let. V zařízení jsou klienti s lehkým, středně těžkým, těžkým i hlubokým stupněm mentální retardace. Klientů se středně těžkým stupněm je ale nejvíce.

Z rozhovorů vyplynulo, že podpora a pomoc vychází z klientových schopností a dovedností na základě individuálního přístupu. Je nezbytné zachovat ty schopnosti a dovednosti, které klient umí. Pomoc je poskytována až v tom okamžiku, kdy klient není schopen danou činnost sám vykonat, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Míra zapojení jednotlivých klientů do společnosti je různá, vyplývá z jejich zdravotního stavu. Bylo zjištěno, že zařízení nabízí širokou škálu možností zapojení klientů do společnosti. Cílem je snaha o odstranění sociální izolace klientů, zároveň mají klienti možnost výběru a volby jednotlivých činností.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že všichni respondenti považují za největší pokrok v ústavní péči po roce 1989 uznání a dodržování lidských práv a individuální přístup. Respondenti spatřují za největší pozitiva ústavní péče odbornou kvalitní péče a vzdělaný personál. Kromě pozitiv shledávají v ústavní péči i řadu negativ. Největším problémem je nákladnost, nehumánnost, nárůst byrokracie, velikost zařízení a omezené soukromí. Re-

spondenti uvedli, že ústavní péče přes svá pozitiva i negativa je nezastupitelná ve své kvalitní odborné péči.

Paprsek, jako domov pro osoby se zdravotním postižením poskytují služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pět respondentů uvedlo, že neshledává žádné nedostatky v poskytovaných službách. U dvou respondentů jsou shledávány nedostatky v souvislosti s nárůstem administrativy, soukromím a možnostmi volby. Dále bylo zjištěno, že příspěvek na péči hraje důležitou roli v životě klientů, jelikož slouží k nákupu služeb, které klient potřebuje. Čím vyšší příspěvek, tím více služeb si klient může koupit.

Z rozhovorů vyplynulo, že SQSS představují pro pracovníky jasně daná pravidla, která se musí dodržovat. SQSS popisují, jak má vypadat kvalitní služba. Zajišťují ochranu práv osob, vymezují cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, zajišťují individuální plánování průběhu sociální služby, profesní rozvoj zaměstnanců, informovanost o poskytované službě atd., standardy nastavují pravidla na všechno, co se v zařízení děje. Respondenti uvedli, že neshledávají závažnější nedostatky v souvislosti se zavedením SQSS do praxe.

Z rozhovorů bylo zjištěno, že rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb je zajištěn formou školení, vzdělávacích akcí a sebevzděláváním. Dále je důležitá zpětná vazba nejen klientů, ale také jejich rodin, opatrovníků a zaměstnanců. Kvalita poskytovaných služeb spočívá v jejich odbornosti a v uplatňujícím individuálním přístupu ke klientům. Důležitou úlohu hraje také člověk, to jaký je a jak přistupuje nejen k práci, ale i ke klientům. Kvalitu poskytovaných služeb ovlivňuje také kolektiv a týmová spolupráce.

Klienti vnímají pobyt v ústavním zařízení různě, záleží na individualitě klienta a na jeho momentálním duševním rozpoložení. V zařízení najdeme klienty, kteří jsou spokojení, vděční a zařízení vnímají jako svůj domov. Zároveň tam jsou i tací, kteří jsou neustále nespokojeni, naštvaní a nejráději by ze zařízení odešli. Dále bylo zjištěno, že základní potřeby klientů jsou uspokojovány prostřednictvím poskytované celodenní péče. Klienti mohou trávit svůj volný čas dle svých představ, jsou jim nabízeny různé aktivity a činnosti. Vztah klientů k rodinám a příbuzným je velmi podporován. Pracovníci pomáhají klientům s psaním dopisů, pohlednic, telefonují, rozesílají pozvánky na pořádané akce v zařízení. Vztah klientů mezi sebou je různý, někteří klienti spolu vychází, někteří méně. Je to velmi individuální. Vztah klientů k personálu je považován za velmi dobrý. Problém je však spatřován na straně okolí, obyvatelé města si na klienty stále nezvykli, jejich přístup je označován za nedostatečný. Spokojenost u klientů spočívá u každého v něčem jiném. Důležitou

roli hraje míra a druh postižení klienta, jelikož určitý typ duševního onemocnění může vést k věčné nespokojenosti.

Z výpovědí bylo zjištěno, že kvalita života klientů spočívá v celodenní péči, zahrnující nejen kvalitně poskytované sociální služby a individuální přístup ke klientům, ale také kulturní vyžití, splněná přání, různé aktivity a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Respondenti uvedli, že je o klienty náležitě postaráno a nic jim v zařízení nechybí. Zároveň bylo zjištěno, že je těžké posuzovat kvalitu života klientů v zařízení, jelikož většina z nich nic jiného, než zařízení nezažila.

Kvalita poskytovaných služeb je zjišťována prostřednictvím rozhovorů, dotazníků, zpětnou vazbou zaměstnanců, dále pozorováním a sledováním chování klientů a v neposlední řadě inspekcí jihomoravského kraje.

V praktické části jsou uvedeny návrhy a opatření, které mohou přispět ke zkvalitnění poskytovaných služeb a celkové kvalitě života klientů zařízení.

Souvislost diplomové práce s oborem sociální pedagogika spatřuji zejména v sociální pomoci lidem se zdravotním postižením. Lidé se zdravotním postižením jsou znevýhodněni vzhledem ke svému zdravotnímu stavu a ohroženou skupinou z hlediska sociálního vyloučení. Proto je nezbytné klást důraz na prevenci, prostřednictvím zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zapojení klientů do procesu socializace. Dále v souvislosti zjišťování kvality života klientů zařízení, kdy je kvalita života posuzována z pohledu personálu a z hlediska každodenních aktivit, způsobu trávení volného času, uspokojení potřeb, stupněm samostatnosti, úrovně zabezpečení a ochrany lidských práv, sociální oblastí a sociálních vztahů, poskytování zdravotní péče a poskytovaných služeb. Dále v souvislosti s možností uplatnění profese sociálního pedagoga v ústavu sociální péče, jelikož profesi sociálního pedagoga zahrnujeme mezi tzv. pomáhající profese.

Autorka diplomové práce si je vědoma, že výsledky výzkumu lze stáhnout pouze na zařízení Paprsek, příspěvková organizace, v němž byl proveden kvalitativní výzkum.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- **Zákony, vyhlášky**

1. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
2. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

- **Literatura**

3. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 264 s. ISBN 978-80-262-0027-7.
4. ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 222 s. ISBN 978-80-246-1565-3.
5. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
6. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1978. 192 s.
7. EMERSON, E. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Přeložila Hana Kašparovská. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 168 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
8. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Překlad ze slovenského jazyka Petr Bakalář. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
9. FRIEDMANN, V. *Aktuální problémy ústavní péče*. In MÜHLPACHR, P. (ed.): *Schola gerontologica*. 1. vyd. Brno: MU, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
10. GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Překlad ze slovenského jazyka Vlasta Wirthová. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
11. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
12. JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2003. 24 s. ISBN 80-86552-67-5.

13. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.
14. KREJČÍŘOVÁ, O., a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Eteria, 2002. 127 s. ISBN 80-238-8729-7.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985. 163 s.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
18. LANGER, S. *Mentální retardace: etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 2. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1995. 250 s. ISBN 80-900254-6-3.
19. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
20. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
21. MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
22. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
23. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
24. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví 1. díl: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 272 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
25. MLÝNKOVÁ, J. *Pečovatelsví 2. díl: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3185-8.
26. NOVÁKOVÁ KROUTILOVÁ, R., a kol. *Pečovatelsví II.: učební text pro žáky oboru Sociální péče – pečovatelská činnost*. 1. vyd. Praha: Triton, 2011. 134 s. ISBN 978-80-7387-531-2.

27. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
28. PÖRTNER, M. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Překlad z německého jazyka Petr Babka. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 176 s. ISBN 978-80-7367-582-0.
29. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
30. ŠVARCOVÁ - SLABINOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.
31. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĎOVÁ, K., a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
32. VAĎUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: MU, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
33. VÁGNEROVÁ, M., ŠTECH, S., HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Psychologie handicapu – 1. část. Handicap jako psychosociální problém*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita, 1997. 88 s. ISBN 80-7083-208-8.
34. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003. 210 s. ISBN 80-246-0015-3.
35. VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.
36. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 870 s. ISBN 978-80-262-0225-7.
37. VALENTA, M., KREJČÍŘOVÁ, O. *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 1997. 193 s. ISBN 80-902057-9-8.
38. VALENTA, M., MÜLLER, O., a kol. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2009. 386 s. ISBN 978-80-7320-137-1.
39. VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

- **Internetové zdroje**

40. FEJFAR, J., SUCHÝ, P. *Měření vlivu projektu „Kvalita života jako cíl“ na kvalitu života uživatelů sociálních služeb: závěrečná zpráva*. Quip – Společnost pro změnu. Duben 2011. [cit. 2013-08-12]. Dostupné z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002052.pdf>

41. GRUNEWALD, K. *Pojednání k Evropskému roku lidí s postižením. Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý může žít v otevřené společnosti*. Quip – Společnost pro změnu. 2003. [cit. 2013-07-15]. Dostupné z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000182.pdf>

42. JOHNOVÁ, M. *Proč je potřeba transformovat ústavní péči?* Quip – Společnost pro změnu. 2005. [cit. 2013-07-12]. Dostupné z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000553.pdf>

43. KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., SLADKÝ, P. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Květen 2008. [cit. 2013-08-07]. Dostupné z http://www.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf

44. MICHALÍK, J. *Východiska k řešení výzkumu kvality života u osob se zdravotním postižením a osob pečujících – úvodní poznámky*. 2008/2009. [cit. 2013-07-6]. Dostupné z <http://www.uss.upol.cz/cz/clenove/profil/michalik/files/vychodiska-kval-zivota.pdf>

45. VALENTA, M. *Občané s mentální retardací a jinou duševní poruchou*. In: *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005. [cit. 2013-06-25]. Dostupné z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000205.pdf>

46. Oficiální stránky Ministerstva práce a sociálních věcí [online, cit. 2013-08-03]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/9>

47. Oficiální stránky zařízení Paprsek, příspěvková organizace [online, cit. 2013-09-05]. Dostupné z <http://uspvo.net/historie/>

Dostupné z <http://uspvo.net/poslani-a-cile-sluzby/>

Dostupné z <http://uspvo.net/cilova-skupina>

Dostupné z <http://uspvo.net/ubytovani/>

Dostupné z <http://uspvo.net/stravovani/>

Dostupné z <http://uspvo.net/pece-o-klienty/>

Dostupné z <http://uspvo.net/osetrovatelska-a-rehabilitacni-pece/>

Dostupné z <http://uspvo.net/pracovni-a-aktivizacni-moznosti/>

Dostupné z <http://uspvo.net/muzikoterapie/>

Dostupné z http://uspvo.net/stimulacni_program/

Dostupné z <http://uspvo.net/hipo-alamoterapie/>

Dostupné z <http://uspvo.net/keramicky-krouzek/>

Dostupné z <http://uspvo.net/canisterapie/>

Dostupné z <http://uspvo.net/duchovni-pece/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
IQ	Intelligenční kvocient
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
F	Kód diagnóz
AAMR	Americká asociace mentální retardace
HIV	Human immunodeficiency virus (Virus lidského imunodeficitu)
ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
USA	United States of America (Spojené státy americké)
OSN	Organizace spojených národů
HRQOL	Health-related quality of life (Kvalita života podmíněná zdravím)
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life Assessment (Dotazníky kvality života světové zdravotnické organizace)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
SQSS	Standardy kvality sociálních služeb

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1: Standardy kvality sociálních služeb

PŘÍLOHA P 2: Zásady pro vedení rozhovoru

PŘÍLOHA P 3: Osnova pro výzkum

PŘÍLOHA P 1: STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007., Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována	(ano)
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace	(ano)
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje	(ano)
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.	(ne)

2. Ochrana práv osob

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje (ne)

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby	(ano)
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ne)

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)
b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy	(ne)
c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby	(ne)

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)

- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby (ano)
s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její (ano)
osobní cíle
- d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného (ano)
zaměstnance
- e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných in- (ne)
formací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým
osobám

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzic-
kou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)
b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby	(ne)
c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby	(ne)

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ano)
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způso-	(ano)

bem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele

c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě (ne)

d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti (ne)

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium

Zásadní

a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat (ano)

b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejích individuálně určených potřeb (ne)

c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj (ne)

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium

Zásadní

a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována (ano)

b) Poskytovatel má písemně zpracovánu vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; kritérium není zásadní (ne)

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolení nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje (ne)

d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje (ne)

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesionální rozvoj zaměstnanců

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace	(ne)
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje	(ne)
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje	(ne)
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje, kritérium není zásadní	(ne)
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka	(ne)

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium

Zásadní

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb

(ne)

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium

Zásadní

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena

(ne)

13. Prostředí a podmínky

Kritérium

Zásadní

a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob (ne)

b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám (ne)

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium

Zásadní

a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení (ne)

b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít (ne)

c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních (ne)

situací

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíli a zásadami sociální služby a osobními cíli jednotlivých osob	(ne)
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje	(ne)
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby	(ne)
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby	(ne)

PŘÍLOHA P 2: ZÁSADY PRO VEDENÍ ROZHOVORU

Otázka v rozhovoru je podnětem pro generování odpovědi respondentem. Způsob, jakým je otázka formulována, patří mezi nejdůležitější prvky, které stanovují, jak bude respondent odpovídat. Otázky v kvalitativním rozhovoru by měly být opravdu otevřené, neutrální, citlivé a jasné. Základní snahou při vymyšlení otázek je minimalizovat vnucování určitých odpovědí samou formulací otázky. Otevřená otázka dává dotazovanému možnost zvolit jakýkoli směr a jakoukoli volbu slov.

Při správně vedeném rozhovoru cítí jak tazatel, tak jeho partner, že se jedná o dvoustrannou rovnocennou komunikaci. Úkolem tazatele je jasně sdělovat, jaké informace požaduje a proč jsou pro něho důležité. Pro udržení důvěry by měl tazatel poskytnout zpovídanému příslušnou informaci o účelu otázky.

Aby měl rozhovor správný průběh, musí tazatel vědět, co chce zjistit, musí klást správné otázky, které povedou k informačně hodnotným odpovědím, a musí dotazovanému nabízet vhodnou zpětnou vazbu (Hendl, 2008, s. 169-171).

Neexistuje žádné pravidlo pro vedení efektivního rozhovoru. Uvádím některé osvědčené zásady dle Hendla (2008, s. 172):

1. Zajišťujeme důkladnou přípravu a nácvik provedení rozhovoru.
2. Účel výzkumu stanovuje celý proces rozhovoru.
3. V rozhovoru máme vytvořit rámec, v němž se bude moci dotazovaný vyjadřovat pomocí svých vlastních termínů a svým vlastním stylem.
4. Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného.
5. Při přípravě a provedení rozhovoru si uvědomujeme, že otázky v rozhovoru nejsou identické s výzkumnými otázkami.
6. Otázky klademe jasným způsobem, kterému dotazovaný rozumí.
7. Pokládáme vždy jenom jednu otázku.

8. Otázky doplňujeme sondážními otázkami.
9. Dotazovanému dáváme jasně na vědomí, jaké informace požadujeme, proč jsou významné a jak rozhovor postupuje.
10. Pečlivě nasloucháme a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem. Necháváme dotazovanému dostatek času na odpověď.
11. Zachováváme si neutrální postoj k obsahu sdělovaných dat. Sbíráme data, ale nehodnotíme osobu.
12. Jsme pozorní a citliví k tomu, jak je dotazovaný rozhovorem ovlivněn a jak odpovídá na různé otázky.
13. Bereme v úvahu časové možnosti dotazovaného.
14. Jsme reflexivní, sebekriticky sledujeme sami sebe.
15. Po rozhovoru kompletujeme a kontrolujeme své poznámky, jejich kvalitu a úplnost.

Tyto zásady jsem se snažila ve svém výzkumném šetření dodržovat. Ačkoliv jsem měla již nějaké zkušenosti s kvalitativním výzkumem, resp. s vedením rozhovorů z předešlých studií, musím konstatovat, že je stále, co zdokonalovat a učit se.

PŘÍLOHA P 3: OSNOVA PRO VÝZKUM

Téma práce: *Sociální aspekty péče v ústavním zařízení*

Cíl práce: Cílem diplomové práce je zjištění, jaká je kvalita života uživatelů zařízení z pohledu personálu. Jakým způsobem přispívají standardy kvality sociálních služeb ke zkvalitnění života uživatelů zařízení. Dále zjistit další postupy ke zkvalitňování poskytovaných služeb, pozitiva a negativa ústavní péče. Zda je uplatňování SQSS v praxi bezproblémové.

Obecné otázky:

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
3. Jak dlouho v zařízení pracujete?
4. Co je Vaší pracovní náplní?
5. Jaká je Vaše praxe v tomto oboru?
6. Co předcházelo Vašemu rozhodnutí pracovat v oblasti sociální péče?

Oblast: Sociální souvislosti onemocnění klienta:

7. Kolik klientů je v zařízení? Podle jakého kritéria jsou klienti rozděleni na jednotlivá oddělení?
8. kolik klientů pečujete?
9. V jakém věkovém rozmezí jsou klienti, o něž pečujete?
10. Jaký stupeň mentální retardace mají klienti, o něž pečujete?
11. Co bylo příčinou vzniku mentální retardace u klientů, o něž pečujete?
12. S jakým typem klientů pracujete?
13. Jak byste charakterizovala klienty ve Vaší péči?
14. Jak přistupuje společnost ke klientům zařízení?

Oblast: Terapeutické přístupy

15. Jakým způsobem podporujete a pomáháte klientům v jejich schopnostech, dovednostech a k celkovému zlepšení jejich stavu?
16. Jaké vlastnosti by měl mít člověk, který pečuje o lidi s mentálním postižením?
17. Jakým způsobem jsou klienti zapojováni do společnosti?

Oblast: Ústavní péče

18. V čem spatřujete největší pokrok v ústavní péči po roce 1989?
19. V čem vidíte pozitiva ústavní péče?
20. Jaké jsou podle Vás negativa ústavní péče?
21. Jakým způsobem byste zlepšila ústavní péči?
22. V čem je podle Vás ústavní péče nezastupitelná?

Oblast: Sociální služby

23. Jaké sociální služby zařízení poskytuje?
24. Shledáváte nějaké nedostatky v poskytovaných službách? Pokud ano, jaké?
25. V čem vidíte největší přínos Zákona o sociálních službách pro ústavní péči?
26. Jakou roli hraje příspěvek na péči v životě klientů?
27. Jakým způsobem ovlivňují zavedení SQSS život klientů?
28. Shledáváte ve své práci nějaké nedostatky se zavedením SQSS do praxe? Pokud ano, jaké?
29. Jakým způsobem je zajištěn rozvoj a zvyšování kvality sociálních služeb?
30. V čem spočívá kvalita Vámi poskytovaných služeb?

Oblast: Kvalita života

31. Jak klienti vnímají pobyt v ústavním zařízení?
32. Jakým způsobem jsou uspokojovány základní potřeby klientů?
33. Jakým způsobem mohou klienti trávit svůj volný čas?
34. Jakým způsobem je podporován vztah klientů k rodinným příslušníkům?
35. Jak vnímají klienti vztah mezi sebou a k personálu?
36. Jak klienty vnímá okolí?
37. Jakým způsobem jsou zjišťovány a uspokojovány přání klientů?
38. V čem spočívá spokojenost klientů?
39. V čem spočívá podle Vás kvalita života klientů?

Doplňující otázky:

40. Jakým způsobem je zjišťována kvalita Vámi poskytovaných služeb?
41. V případě, že by někdo z Vaší rodiny byl mentálně postižený, rozhodli byste se o umístění do ústavního zařízení? Pokud ne, z jakého důvodu?