

# Vliv návazných služeb na kvalitu života klientů pobytových služeb

Bc. Hana Štefková

---

Diplomová práce 2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2017/2018

## **ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Hana Štefková**  
Osobní číslo: **H160356**  
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Vliv návazných služeb na kvalitu života klientů pobytových služeb**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.  
Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k problematice organizací působících v oblasti sociálních služeb, práci s klienty sociálních služeb a problematice vzdělávání v návazných službách.  
Příprava metodiky výzkumné části.  
Realizace kvalitativního výzkumu formou semistrukturovaných rozhovorů.  
Zpracování a vyhodnocení získaných dat včetně jejich interpretace.  
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-802-6200-277.

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-807-3673-109.

PRUSÁKOVÁ, Viera. Základy andragogiky. Bratislava: Gerlach Print, 2005. ISBN 80-89142-05-2.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí diplomové práce: doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: 1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce: 20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## 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 obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k 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. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – 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.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

20. 8. 2018

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 bakalářské, diplomové, disertační 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. Vysoká škola disertační práce nezveřejňuje, byla-li již zveřejněna jiným způsobem.

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

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

(4) Vysoká škola může odložit zveřejnění bakalářské, diplomové, disertační a rigorózní práce nebo jejich částí, a to po dobu trvání překážky pro zveřejnění, nejdéle však na dobu 3 let. Informace o odložení zveřejnění musí být spolu s odůvodněním zveřejněna na stejném místě, kde jsou zveřejňovány bakalářské, diplomové, disertační a rigorózní práce, jíž se týká odklad zveřejnění podle věty první, jeden výtisk práce k uchování ministerstvu

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 nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní vnitřní 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). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

## **ABSTRAKT**

Cílem práce je zjistit, jaký přínos mají návazné služby pro zvýšení kvality života klientů pobytové služby Chráněné bydlení Sociálních služeb Vsetín. V teoretické části je popsána problematika zdravotního a zejména mentálního postižení a zdravotně postižených osob včetně legislativního ukotvení problematiky. Cílem výzkumu v praktické části je najít nejdůležitější přínosy návazných služeb pro život klientů.

Klíčová slova: Sociální služby, pobytové služby, návazné služby, zdravotní postižení, mentální postižení

## **ABSTRACT**

The aim of the thesis is to find out what are the benefits of follow-up services for increasing the quality of life of clients living in residential services of the Social Services Vsetín Residential House. In the theoretical part, the issue of physical and mental disability and disabled persons including the legislative anchoring of the issue is described. The aim of the research described in the practical part is to find the most important benefits of follow-up services for clients' lives.

Keywords: Social services, Residential services, Follow-up services, Disability, Mental disability

*Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucí své diplomové práce,  
doc. PhDr. Lence Haburajové Ilavské, PhD. za její odborné vedení, vstřícnost a cenné rady.*

*Motto: Ne my, nýbrž ten druhý sám ví, co je pro něj dobré, byť má snad omezený přístup  
ke svému vědění.*

*Marlis Pörtner*

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMU ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	11
1.2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	12
1.3 SOCIÁLNÍ DIMENZE ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	16
1.4 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	16
<b>2 KVALITA ŽIVOTA.....</b>	<b>21</b>
2.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	21
2.1.1 Historický vývoj pojmu.....	22
2.1.2 Subjektivní a objektivní kvalita života.....	23
2.2 METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	24
<b>3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....</b>	<b>27</b>
3.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ A STRATEGICKÉ DOKUMENTY.....	27
3.1.1 Oblast působnosti a veřejná správa.....	29
3.2 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	30
3.3 UŽIVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	30
3.4 TRANSFORMACE, DEINSTITUCIONALIZACE A HUMANIZACE SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE.....	31
3.4.1 Transformace sociálních služeb.....	31
3.4.2 Deinstitucionalizace sociálních služeb.....	32
3.4.3 Humanizace sociálních služeb.....	33
3.5 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	34
3.6 POBYTOVÉ SLUŽBY.....	34
3.6.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením.....	35
3.6.2 Chráněná bydlení.....	35
3.6.3 Domovy se zvláštním režimem.....	36
3.7 NÁVAZNÉ SLUŽBY.....	36
3.7.1 Druhy návazných služeb.....	37
3.7.2 Služby sociální rehabilitace.....	37
3.7.3 Sociálně terapeutické dílny.....	38
3.8 CENTRUM BYDLENÍ PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	39
3.8.1 Chráněné bydlení Vsetín.....	39
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>41</b>
<b>4 VÝZKUM VLIVU NÁVAZNÝCH SLUŽEB NA KVALITU ŽIVOTA KLIENTŮ POBYTOVÉ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ VSETÍN.....</b>	<b>42</b>

4.1	CÍLE VÝZKUMU .....	42
4.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	43
4.3	METODIKA VÝZKUMU .....	43
4.3.1	Výzkumný soubor .....	44
4.3.2	Záznam a zpracování dat.....	45
4.3.3	Vyhodnocení výzkumu .....	45
4.3.4	Průběh individuálních rozhovorů.....	45
4.4	ANALÝZA A ZPRACOVÁNÍ DAT .....	47
4.5	INDIVIDUÁLNÍ ROZHOVORY S RESPONDENTY.....	48
4.5.1	Rozhovory s klienty pobytové služby Chráněné bydlení.....	48
4.5.2	Rozhovory s pracovníci Chráněného bydlení Vsetín.....	50
4.5.3	Rozhovory s pracovníci sociální rehabilitace Elim.....	52
4.5.4	Rozhovory s pracovníci Sociálně terapeutické dílny Naděje.....	53
4.6	PARADIGMATICKÝ MODEL.....	55
4.6.1	Centrální kategorie – fenomén .....	55
4.6.2	Příčinné podmínky .....	56
4.6.3	Intervenující podmínky .....	59
4.6.4	Strategie a interakce .....	60
4.6.4.1	Sociální a pracovní rehabilitace .....	60
4.6.4.2	Podpora klientů .....	65
4.6.4.3	Spolupráce a koordinace služeb.....	65
4.6.4.4	Spolupráce s externími subjekty .....	66
4.6.5	Následky – přínosy.....	66
4.6.6	Vztah kategorií k centrální kategorii.....	70
4.7	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	71
4.7.1	Odpověď na první dílčí výzkumnou otázku.....	71
4.7.2	Odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku.....	72
4.7.3	Odpověď na třetí dílčí výzkumnou otázku.....	72
4.7.4	Odpověď na čtvrtou dílčí výzkumnou otázku.....	73
4.7.5	Odpověď na hlavní výzkumnou otázku .....	73
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>77</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>83</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>84</b>



## ÚVOD

Návazné sociální služby mají své nezastupitelné místo v oblasti péče o sociálně znevýhodněné spoluobčany. Při zajišťování sociálních služeb se věnují oblastem, které fungují mimo rámec základních služeb, jsou určitou jejich nadstavbou. Jejich činnost však právě proto může velmi významně ovlivnit kvalitu života klientů sociálních služeb. Zahrnují především nabídku podpůrných činností, síť sociálních služeb vhodně doplňují. Bez těchto aktivit by pomoc a podpora osobám v nepříznivé situaci nebyla úplná, nemohly by být naplněny (nebo pouze v omezené míře) potřeby sebeuplatnění, osamostatnění, pracovního uplatnění a přirozených sociálních kontaktů.

Život klientů je silně ovlivňován kvalitou poskytovaných služeb, které by jim měly být cíleně a zcela individuálně poskytovány tak, aby mohli žít normální život. Žít normální život znamená pro člověka především mít kde bydlet, moci pracovat, mít vztahy (přátelské, partnerské, rodinné), mít možnost trávit volný čas podle svých představ. Aby člověk mohl žít normálně, potřebuje k tomu mít možnost rozhodovat se, svobodně se pohybovat a domluvit se (komunikovat, vyjádřit se a rozumět).

Sociální služby prošly v posledních letech značnými změnami. Část z nich byla transformována a mnoho klientů získalo díky přesunu z bývalých ústavů do chráněných bydlení větší autonomii a svobodu rozhodování. Klade to však zvýšené nároky na schopnosti a dovednosti klientů, jejich rozvoj, na druhou stranu, zvyšuje jejich šance na možné uplatnění. Návazné služby mohou v těchto oblastech klientům poměrně výrazně pomoci.

Tato práce se snaží zodpovědět otázku, jak návazné služby ovlivňují život klientů Chráněného bydlení Vsetín, jak pomáhají rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti, možnosti sebeobsluhy, uplatnění na trhu práce. Odhalit rezervy v práci těchto služeb.

V teoretické části jsou shrnuta teoretická východiska, která se týkají problematiky osob se zdravotním, a zejména mentálním postižením. Práce se rovněž zabývá pojmem kvalita života a problematikou sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením.

Praktickou část práce tvoří popis a vyhodnocení provedeného kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo nalézt a popsat úlohu návazných služeb pro zvyšování kvality života klientů s mentálním postižením, žijícím v pobytové službě Chráněné bydlení Vsetín.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Za člověka se zdravotním postižením je širokou veřejností považován jedinec, který má postižení, ať už fyzické nebo mentální. Často je svým okolím vnímán jako člověk nedostačující, který není schopen plnit všechny své sociální role. Jako někdo, kdo si není schopen sám si organizovat a řídit svůj život a potřebuje pomoc další osoby. Ti šťastnější mají dobré rodinné zázemí, které jim poskytuje bezpečí, lásku a péči. Sociálních služeb tyto lidé často vůbec nevyužívají, nebo jen okrajově. Pokud člověk se zdravotním postižením o zázemí své rodiny přišel, nebo je nikdy neměl, je mu státem zaručeno právo na důstojný život, a to prostřednictvím sítě sociálních služeb. Kvalitu života těchto lidí ovlivňuje i kvalita sociálních služeb, kterých mohou využívat.

Osoby se zdravotním postižením tvoří specifickou skupinu lidí, kteří z důvodu svého postižení nejsou plně schopni zvládnout veškeré činnosti spojené s péčí o vlastní osobu a jsou tak v různé míře odkázáni na pomoc jiných. Variabilita zmíněných postižení je široká, a proto i služby, které potřebují využívat, mohou být nejrůznějšího charakteru a míry.

### 1.1 Vymezení pojmu zdravotní postižení

Definice pojmu Zdravotní postižení (disabilita) existuje celá řada. Podle Krhutové (2013, s. 12) se „pro účely praxe liší podle zaměření systémů podpory, resp. podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou sledovány a v praxi řešeny. Jiná definiční vymezení platí pro účely sociálních intervencí (např. stanovení okruhu oprávněných uživatelů sociálních služeb, sociální dávek), jiná v rezortu zdravotní péče (klasifikace nemocí, klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) nebo školské praxe (dítě, žák, student se specifickými vzdělávacími potřebami) a v dalších oblastech.“ Podobně podle Koláčkové a Kodymové existuje v České republice několik desítek klasifikačních přístupů, z hlediska závažnosti a hloubky postižení vzájemně nesouměřitelných a nekompatibilních. „Existence řady klasifikačních kritérií bývá kritizována a bývá požadováno vypracování jednotné definice pojmu zdravotního postižení. Existence různorodých klasifikací je však oprávněná. Reálně totiž existuje řada systémů podpory, které klasifikují různé stránky projevů a důsledků zdravotního postižení“ (Koláčková a Kodymová in Matoušek et al., 2005, s. 89-90).

V obecné rovině za zdravotní postižení zpravidla považujeme takové postižení, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat. Na rozdíl od nemoci jde o dlouhodobý, nebo setrvalý stav, který nelze léčbou úplně odstranit. Podle Bruthansové a Jeřábkové (2012, s. 9) je možné jej definovat jako odchylku ve zdravotním stavu člověka, která jej omezuje v určité činnosti.

Na mezinárodní úrovni je pojem disabilita zastřešujícím výrazem v oblasti funkčních poruch, aktivit a participací. Je také jedním ze základních pilířů Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (*International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF*) Světové zdravotnické organizace WHO (WHO, 2008, s. 9). Podle této klasifikace je „disabilita snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (tamtéž).

Zdravotní postižení se mohou vyskytovat v různých stupních a kombinacích. Základními druhy zdravotního postižení jsou:

- Mentální postižení
- Smyslová postižení (zraková, sluchová, duální)
- Tělesná postižení (postižení hybnosti, interní, imunologická, onkologická, neurologická, civilizační choroby...)
- Duševní onemocnění

Zvláštní skupinu osob se zdravotním postižením tvoří osoby s kombinovaným postižením. Tito lidé jsou obvykle vysoce závislí na pomoci druhých. Často trpí mentálním postižením a přidruženými vadami, např. epilepsií, smyslovým, nebo tělesným postižením.

Podle způsobu vzniku dělíme postižení na vrozená a získaná (např. úrazem, nemocí), podle intenzity pak na lehká, středně těžká, těžká a velmi těžká.

## 1.2 Legislativní rámec zdravotního postižení

Nejdůležitějšími legislativními normami ČR, zabývající se osobami se zdravotním postižením a definujícími zdravotní postižení, jeho druh a stupeň, jsou zákon 435/2004 Sb,

o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů a zákon 108/2006 o sociálních službách. V Zákoně 108/2006 Sb. je definováno zdravotní postižení jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby” (Zákon č. 108/2006 Sb.). V oblasti zdravotního pojištění je pojem zdravotní postižení definován jako stav závažného a trvalého snížení funkční schopnosti vzniklého v důsledku úrazu, nemoci či vrozené vady. Ustanovení § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definuje osoby se zdravotním postižením, kterým je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce. Osobami se zdravotním postižením se dle tohoto zákona rozumí fyzické osoby, které jsou:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni,
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni,
- c) znovuzavedení kategorie osob zdravotně znevýhodněných (OZZ) jako jedné z podkategorie osob se zdravotním postižením. (Zákon č. 435/2004 Sb).

Posouzení míry zdravotního postižení vychází z míry závislosti, která se dělí do čtyř stupňů podle množství zvládnutých úkonů:

I. stupeň – lehká závislost

II. stupeň – středně těžká závislost

III. stupeň – těžká závislost

IV. stupeň – úplná závislost

Jednotlivé úkony pro posouzení míry postižení jsou dané zákonem (prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. k Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, část první) a jedná se zejména o zvládání přípravy, podávání a přijímání stravy a tekutin, osobní hygienu, vstávání z lůžka, sezení, stání, chůzi, oblékání, orientaci v prostředí, provedení si jednoduchého ošetření a dodržování léčebného režimu. Rovněž se hodnotí schopnost komunikace, hospodaření s penězi, úklid domácnosti či obsluha domácích spotřebičů.

### 1.2.1 Mezinárodní dokumenty

Osobám se zdravotním postižením se věnuje také mezinárodní právo. Mezi nejdůležitější mezinárodní dokumenty patří Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením – *Convention on the Rights of Persons with Disabilities* (dále jen *úmluva*). Byla přijata Valným

shromážděním OSN 13. prosince 2006 a vstoupila v platnost 3. května 2008. Česká republika ji ratifikovala 28. září 2009, čímž se stala součástí českého právního řádu. Osobou se zdravotním postižením dle této úmluvy se rozumí osoba mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejímu plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními. Úmluva je založena na třech základních principech – pilířích:

- 1) prosazovat
- 2) chránit
- 3) zajistit práva osob se zdravotním postižením.

Zásady úmluvy jsou následující:

- respektování lidské důstojnosti a nezávislosti
- zákaz diskriminace
- plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti
- respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti
- rovnost příležitostí
- přístupnost
- rovnoprávnost mužů a žen
- respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.

K dodržování úmluvy zavazuje Českou republiku **Opční protokol**, který osobám se zdravotním postižením umožňuje podat stížnost k Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením, pokud by stát nedodržel závazky vyplývající z úmluvy (MPSV.cz).

Problematice osob se zdravotním postižením se věnuje **Evropský dobrovolný rámec pro kvalitu sociálních služeb**. Rámec kvality má dobrovolný charakter, jeho cílem je vytvořit jednotné chápání kvality sociálních služeb v rámci EU, prostřednictvím identifikace kvalitativních principů, jež by tyto služby měly splňovat. Má sloužit jako reference pro definování, zajišťování, hodnocení a zlepšování kvality sociálních služeb (tamtéž).

**Evropská sociální charta** (ESCh; v ČR publikována pod č. 14/2000 Sb. mezinár. smluv)

V roce 1961 v Turíně byla přijata členskými státy Rady Evropy Evropská sociální charta, která mj. vymezuje obsah jednotlivých práv a zdůrazňuje práva určitých kategorií osob, kterým má být poskytnuta zvláštní ochrana. Ve vztahu ke zdravotně postiženým je významný zejména čl. 15 v části I., který těmto osobám přiznává právo na přípravu k výkonu zaměstnání a na profesní a sociální readaptaci bez ohledu na původ a povahu jejich postižení.

### **Směrnice Rady 2000/78/ES** ze dne 27. listopadu 2000 (*Framework Employment Directive*)

Tato směrnice stanovuje obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání. Jejím hlavním účelem je stanovení obecného rámce pro boj proti diskriminaci v zaměstnání a povolání na základě náboženského vyznání či víry, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace. Cílem směrnice je zavedení zásady rovného zacházení v členských státech.

### **Amsterodamská smlouva**

Práva osob se zdravotním postižením jsou v EU upravena především v článku 13 Amsterodamské smlouvy (smlouva pozměňující Smlouvu o Evropské unii), v níž je zakotven zákaz diskriminace z důvodu zdravotního postižení.

(Bruthansová a Jeřábková (2012, s. 18-20)

### **Charta základních práv Evropské unie**

Dalším význačným dokumentem zakotvujícím zákaz diskriminace je Charta základních práv EU, nazývaná též Listina základních práv Evropské unie. V současnosti se sice ještě nejedná o právně závazný text, avšak všechny členské státy se zavázaly její ustanovení dodržovat. (Euroskop.cz; srov. Bruthansová a Jeřábková 2012, s. 19)

V neposlední řadě je třeba zmínit **Listinu základních práv a svobod**, která je součástí ústavního pořádku České republiky, a tedy dokumentem s nejvyšší právní silou. Zakotvuje lidská práva, kterých se může domoci každý člověk (s výjimkou práv vázaných na občanství). V souvislosti se zdravotním postižením mohou být důležitá zejména některá její ustanovení, zejména ta, která jsou zakotvena ve druhé hlavě listiny, např. v článku 6

je upraveno právo na život a zdraví, v článku 10 právo na lidskou důstojnost apod (PSP ČR, 1998).

### 1.3 Sociální dimenze zdravotního postižení

Každý člověk se zdravotním postižením se musí, kromě svého postižení, vyrovnávat se sociálními důsledky tohoto stavu.

Donedávna byli lidé s postiženími odsunuti na okraj společnosti, internováni v ústavech, kde jejich život řídili zdravotničtí pracovníci a ošetřovatelé. Jejich práva byla velmi omezena bez ohledu na velikost jejich handicapu. Tak i lidé, kteří by byli schopni života v běžné společnosti, jen s velmi malou mírou dopomoci, byli degradováni na zcela nesoběstačné a závislé osoby. Nebyly brány ohledy na jejich názory, přání a lidskou důstojnost. I když se postoj společnosti v posledních letech výrazně změnil k lepšímu a zdravotně postižení lidé již nejsou zpravidla záměrně diskriminováni, má postižení stále svůj sociální rozměr, neboť vždy určitým způsobem nepříznivě ovlivňuje možnosti sociálního kontaktu. Transformací sociálních služeb dochází k pozitivnímu posunu, který zdravotně postiženého člověka přibližuje ostatním lidem, intaktní společnosti. Ve svém důsledku je právě společnost původcem sociální exkluze osob se zdravotním postižením, kteří na svém vyčlenění nemají žádný zájem, ani na něm nenesou vinu. Jak píše Cháb: „Člověk s postižením je součástí společnosti, to není nutné dokazovat. Jestliže je takový člověk vykazován na a za její okraj (buť v podobě zlatých klecí), pak není zdravá společnost. Handicap jako sociální rozměr postižených je vždy handicapem ostatních” (Cháb, 2004). Pro prevenci sociálního vyloučení je velmi důležité zprostředkovávání kontaktu s okolím a zlepšování vztahů mezi zdravými lidmi a lidmi se zdravotním postižením.

### 1.4 Mentální postižení

Mentální postižení (mentální retardace) je pojem, který je podle Valenty poměrně nejednoznačný, vymezovaný množstvím definic. „Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností, demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální a časně



postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince” (Valenta, Michalík a Lečbych, 2012, s. 31). Podobně definuje pojem Švarcová, podle níž se za mentálně retardované (postižené) považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. V současné době již ale původně neutrální termín mentální retardace (*mental retardation*) získává pejorativní zabarvení, stává se společensky nekorektním a nahrazuje se termínem mentální postižení (*mental disability*). Jak ale podotýká Valenta, i toto „změkčení” již přestává být, především v západních zemích dostatečné a začíná být postupně nahrazováno termínem *intellectual disability* (ID) (Valenta, Michalík a Lečbych, 2012, s. 28). V této práci bude, kromě doslovných citací, používán termín *mentální postižení*.

Příčinou mentálního postižení je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Za mentální postižení považujeme takové postižení, které vzniklo v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním. Tím se liší od demence, která je chápána jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života, zpravidla po dovršení druhého roku věku. Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení kognitivních schopností. Jedná se o trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. Mezi nejznámější typy mentálního postižení patří Downův syndrom a poruchy autistického spektra (PAS).

Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí mozku je u jedinců s mentálním postižením individuálně odlišná.

Stupeň postižení lze určit prostřednictvím inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje míru rozumových schopností (Švarcová, str. 28-29). Jak ale podotýká Valenta, „k diagnostikování mentální retardace (a její hloubky) nestačí pouze stanovení inteligenčního kvocientu (pod IQ 70), ale zhodnocení celé řady dalších schopností daného jedince, především toho, zda klient selhává ve většině sociálních očekávání svého užšího i širšího prostředí” (Valenta, Michalík a Lečbych, 2012, s. 34). V České republice se ke klasifikaci mentálního postižení používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10) vydané Světovou zdravotnickou organizací WHO. Funkční schopnosti a disability spojené se zdravotními problémy jsou, jak již bylo zmíněno, klasifikovány v MKF, která na MKN-10 navazuje (WHO, 2008, s. 16).

Dle MKN-10 se mentální postižení dělí na:

### **Lehké mentální postižení (IQ 50–69), F70 dle MKN-10**

Projevuje se opožděním ve vývoji řeči. Myšlení jedinců – logické, abstraktní a mechanické je omezeno, bývá proto jednoduché, stereotypní. Jedinci mají také menší kapacitu paměti a jsou emočně labilnější. Postižení se odráží v mírné zaostalosti jemné a hrubé motoriky.

### **Středně těžké mentální postižení (IQ 35–49), F71 dle MKN-10**

V tomto případě je řeč i myšlení lidí s postižením zřetelně opožděno, přičemž toto opoždění přetrvává i v dospělosti. V některých případech postižení komunikují pouze nonverbálně. Zaostalé jsou rovněž motorické schopnosti. Takto postižení nejsou schopni starat se sami o sebe a vést v dospělosti samostatný život. Jedinci se středně těžkou mentální retardací navíc mnohdy trpí epilepsií, neurologickými, tělesnými i smyslovými či duševními onemocněními.

### **Těžké mentální postižení (IQ 20–34), F72 dle MKN-10**

V případě tohoto postižení, je zřetelná výrazná zaostalost a poškození psychomotorického vývoje, stejně jako porucha vývoje centrálního nervového systému. Schopnost verbální komunikace je značně omezena – redukována pouze na oddělená slova či slabiky. Někteří jedinci verbálně komunikovat nezačnou nikdy. Takto postižení se projevují a chovají především na základě svých pudů a instinktu. Často jsou agresivní, mají tendence k sebepoškozování, vykonávají navyklé a stereotypní pohyby. Mnohdy je postižení spojeno s tělesnou vadou (Práce OZP).

### **Hluboké mentální postižení (pod IQ 20), F73 dle MKN-10**

Hodnotu IQ u tohoto stupně již zpravidla nelze měřit, je jen odhadována. Většina osob vykazuje výrazné neurologické a jiné tělesné nedostatky postihující hybnost. Postižené osoby nemají schopnost se o sebe postarat, a proto potřebují stálou péči. Častá jsou poškození zraku a sluchu, komunikace s jedinci s tímto postižením probíhá zpravidla pouze neverbálně.

**Jiné mentální postižení, F78 dle MKN-10**

Odvíjí se od stanovení stupně intelektové retardace, to je zvláště nesnadné nebo nemožné kvůli přidruženým senzorickým nebo somatickým poškozením, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u osob s těžkým tělesným postižením.

**Nespecifikované mentální postižení, F79 dle MKN-10**

Pro tuto kategorii mentálního postižení není dostatek informací, tak aby bylo možno zařadit jedince do jedné ze shora uvedených kategorií.

Klienty Chráněného bydlení ve Vsetíně, jimiž se zabývá praktická část této práce, jsou lidé s lehkým až středním mentálním postižením. Podle Švarcové (2006, s. 41) se tato úroveň postižení klinicky projevuje:

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů
- sníženou mechanickou a zejména logickou paměť
- těkavostí pozornosti
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- poruchami vizuomotoriky (koordinace pohybů končetin a zraku) a pohybové koordinace
- impulzivností, hyperaktivitou, nebo celkovou zpomaleností chování
- citovou vzrušivostí
- nedostatečnou rozvinutostí volných vlastností a sebereflexe
- sugestibilitou a rigiditou chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděným psychosexuálním vývojem
- nerovnováhou aspirací a výkonů
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a komunikaci
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími charakteristickými znaky

Uvedený výčet jednotlivých, výše uvedených znaků nelze považovat za vyčerpávající charakteristiku této úrovně mentálního postižení, která by byla společná pro všechny jedince. Výskyt a míra zastoupení jednotlivých znaků je individuální a podílí se na ní více faktorů.

## 2 KVALITA ŽIVOTA

### 2.1 Vymezení pojmu kvalita života

Pro termín kvalita života (*Quality of life*, QOL) neexistuje žádná obecně platná definice. Ačkoliv je uvedené slovní spojení běžně používáno, představuje si pod ním každý člověk něco jiného.

V literatuře lze nalézt různé definice kvality života, žádná z těchto definic ale není schopna pojmut termín kvalita života tak, aby zohlednila všechny možné situace. Ludíková se zamýšlí nad smysluplností hledání univerzální definice kvality života a vyjadřuje pochybnost, zda takovou definici lze vůbec nalézt. Cituje zde Mareše, který uvádí: „Zdá se, že není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext” (Mareš et al., 2006 in Ludíková, 2013, s. 9).

Heřmanová upozorňuje na značnou terminologickou roztržitost. „Vedle pojmu *quality of life* (kvalita života) totiž existuje celá řada souvisejících nebo souřadných pojmů, které jsou velmi často užívány jako synonyma, i když ani jejich přesný význam není dosud zcela dostatečně definován. Jako příklad lze uvést pojmy *social well-being* (sociální pohoda), *well-being* (pocit pohody), *subjective well-being* (individuální stav pohody), *social welfare* (sociální blahobyt), *human development* (lidský rozvoj), *standard of living* (životní úroveň), popř. *happines* (štěstí), *health* (zdraví), *wealth* (bohatství), *satisfaction* (spokojenost) aj.“ (Heřmanová, 2012, s. 409). Podle autorky je kvalita života „pojem relativně nový, interdisciplinární a multidimenzionální, ale také pojem velmi kontroverzní a poměrně těžko uchopitelný.” Kvalita života se přímo odvíjí od komplexnosti a složitosti lidského života jako takového, tj. od skutečnosti, že život jedince je utvářen de facto nekonečným množstvím vnitřních a vnějších faktorů, řadou nejrůznějších interakcí a činností v překrývajících se zájmových oblastech a v překrývajících se sociálních skupinách, v neposlední řadě pak může být život jedince utvářen i řadou náhod. (tamtéž, s. 478)

O interdisciplinaritě při užívání tohoto pojmu svědčí podle Heřmanové „fakt, že se jím dnes zabývají různé vědní disciplíny jako např. psychologie, kulturní antropologie, ekonomie, politologie, etika, teologie, sociologie, sociální ekologie, environmentalistika, ale i technické

vědy a tradičně zejména medicína, v níž je kvalita života a zdraví jedním z ústředních témat výzkumu.” (tamtéž, s. 479)

Přívlastkem multidimenzionální se rozumí různé významové dimenze spojené s tímto pojmem. Kvalita života má dimenzi materiální, která je spojena s vlastnictvím a materiálním zabezpečením jedince, dimenzi psychologickou, spojenou se subjektivními pocity a systémem hodnot člověka, kulturně antropologickou, která odráží rozdíly v různých kulturách a oblastech, sociologickou, medicínskou a mnoho dalších. Ovlivněna je také dalšími individuálními faktory, jakými jsou například věk, pohlaví, životní styl apod.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako „individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům, v daném kulturním, sociálním a environmentálním kontextu“ (Mareš, 2006, s. 11).

WHO rozeznává čtyři základní oblasti, které vystihují dimenze lidského života bez ohledu na věk, pohlaví, etnikum nebo postižení:

- fyzické zdraví a úroveň samostatnosti
- psychické zdraví a duchovní stránka
- sociální vztahy
- prostředí

Tyto oblasti korespondují s jednotlivými oblastmi obsaženými v dotaznících WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

### 2.1.1 Historický vývoj pojmu

Z historického pohledu je nutné zmínit vývoj chápání pojmu kvalita života. Termín se začal používat ve dvacátých letech dvacátého století a zpočátku byl chápán především v materiální rovině, později se díky změně pohledu na význam života a jeho hodnoty posunul do dnes známé podoby. Koncem 30. let 20. století pak zavedl Thorndike pojem kvality života také do psychologie. V 50. letech minulého století představovala koncepce kvality života Galbraitha a Riesmana v podstatě kritiku amerického způsobu života. V 60. letech minulého století se pojem kvality života začal objevovat i v politických kontextech. V 70. letech termín zcela zdomácněl v sociologii, kde jeho používání bylo spojeno se sociologickým trendem a výzkumem tzv. sociálních indikátorů. V empirických výzkumech bylo možné v tomto období sledovat odklon od analýzy ekonomických a sociálních životních podmínek

a příklon k hodnocení životních stylů a způsobů života obyvatel. V 80. letech 20. století se kvalitou života začala intenzivněji zabývat sociální psychiatrie. Výzkumy kvality života, životního stylu i hodnotových orientací se ve velké míře začaly vyvíjet ve druhé polovině 90. let 20. století. V dnešní době je při zkoumání kvality života pozornost zaměřena převážně na její subjektivní aspekty, přičemž jsou hledány zejména takové metody a indikátory, které by změřily pocit štěstí a míru životní spokojenosti (Heřmanová, 2012).

Nové pojetí pojmu, resp. modelu QoL E. O'learyho a M. A. Garcii-Martina je představováno holistickým chápáním čtyř základních hodnotitelných oblastí života člověka ve společnosti, jimiž jsou – kontext a zázemí, faktory prostředí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací. (Heřmanová, 2012, s. 482) Charakteristická pro tento model je skutečnost, že oproti všem předchozím koncepcím kvality života zdůrazňuje „aktivní roli jedince při zpracování veškerých faktorů v konkrétní situaci, zohledňuje objektivní faktory prostředí i osobnostní kvality a zkušenosti“ (Francová 2007 in Heřmanová, 2012.)

### 2.1.2 Subjektivní a objektivní kvalita života

Vnímání a prožívání kvality života z perspektivy člověka, kterého se týká, může být do značné míry odlišné od kvality zjištěné pomocí metod, které mají zajistit objektivitu jejího měření. Subjektivní posuzování kvality života se u každého jedince vyvíjí v čase a bývá zpravidla ovlivněno jak dlouhodobými vlivy (životní zkušenosti, vyvíjející se pohled na vlastní život), tak vlivy momentálními, krátkodobými, například náladou jedince. Při subjektivním hodnocení kvality vlastního života člověk postupuje většinou instinktivně, emocionálně a často při něm využívá svých vlastních kritérií, která mohou být odlišná od používaných indikátorů. To by mohlo vést ke zjednodušujícímu závěru, že kvalitu života je vhodné hodnotit především využitím objektivních kritérií a metod. V současné době však převládá názor, který předkládá např. Gurková (2011, s. 66-67) podle níž je kvalita života především subjektivním fenoménem a je vymezena jako subjektivní percepce nebo hodnocení. Zmiňuje také komplementaritu subjektivní a objektivní kvality života a v této souvislosti cituje Nemčekovou (2004), která uvádí, že kvalita života „zahrnuje objektivní životní podmínky v jejich různorodosti (zdravotní stav, sociální situace, schopnost plnit role, úroveň soběstačnosti / nezávislosti) spojené s jejich subjektivní reflexí (vyjádřenou prostřednictvím termínů, jako je pohoda, spokojenost se životem apod.)“ Autorka dále

upozorňuje na určitou významovou konfuzi – zmatečnost, která vzniká při vymezení subjektivní a objektivní kvality života a cituje zde Haaseovou, podle níž jde především o nepřesné využívání následujících dvojic pojmů:

- subjektivní kvalita života vs. subjektivní pohoda
- subjektivní kvalita života vs. spokojenost,
- spokojenost vs. subjektivní pohoda
- objektivní kvalita života vs. funkční stav

Subjektivní pohoda, spokojenost a funkční stav by neměly být dle citované autorky ztotožňované, resp. alternativně používané s pojmem kvalita života, která je širším, zastřešujícím pojmem.

Význam subjektivního prožívání kvality života při jejím hodnocení zdůrazňuje také např. Drotárová, E. a Drotárová, L. (2005, s. 83), podle nichž tento přístup „sleduje subjektivne prežívanie spokojnosti človeka so svojím životom ako celkom, resp. spokojnosť jedinca s uspokojovaním vlastných potrieb a realizovaním jeho hodnôt.”

## 2.2 Metody měření kvality života

Přes problémy spojené s definicí kvality života lze v literatuře nalézt mnoho různých vymezení a zejména metodik pro její měření. Volba použité metodiky měření se pak odvíjí od zamýšleného využití, resp. účelu. Nejčastější využití mají v medicíně, sociologii, nebo psychologii, své uplatnění ale nacházejí v celé řadě dalších oblastí, například v ekonomii, marketingu a podobně.

Metodiky měření jsou převážně kvantitativní povahy a vycházejí z různých teoretických modelů, které kvalitu života zpravidla dělí do určitých domén, dimenzí, nebo úrovní, představujících jednotlivé oblasti, z nichž dle daného modelu celková kvalita života sestává. Podrobný výčet těchto modelů přesahuje rámec této práce, zmínit lze např. model SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life*), model subjektivní kvality života vytvořený Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě Toronto, nebo model čtyř kvalit života (Heřmanová, 2012, s. 413-416).

Pro měření subjektivní kvality života je zpravidla využíváno dotazníků, konstruovaných na základě některého z výše uvedených modelů. U zdravotních a sociálních intervencí je jedním z nejpoužívanějších dotazníků vyvinutý Světovou zdravotnickou organizací. Jedná



se o generický dotazník zaměřený na měření kvality života s názvem WHOQOL-100 (*World Health Organization Quality of Life Assessment*) a o jeho zkrácenou verzi WHOQOL-BREF (Dragomirecká a Bartoňová, 2006). V českém a slovenském prostředí je nejčastěji používanou verzí dotazník WHOQOL-BREF v překladu Dragomirecké a Bartoňové (Rogalewicz, Barták a Sihelníková, 2017). Dotazník obsahuje 100, resp. 26 otázek ve verzi BREF, a posuzuje subjektivní kvalitu života ve čtyřech oblastech: fyzické, prožívání (psychické), oblasti sociálních vztahů a prostředí. Dotazovaný zaznamenává své odpovědi na pětistupňové Lickertově škále. Výstupem dotazníku jsou vypočítaná skóre za každou z výše uvedených oblastí.

Dalším, často využívaným standardizovaným dotazníkem je např. dotazník SQUALA, v ČR rovněž v překladu Dragomirecké (Dragomirecká et al., 2006).

Vedle generických dotazníků je možné se setkat také s dotazníky konstruovanými pro konkrétní skupiny respondentů. Konstrukce takového dotazníku může být úplně nová, nebo může vzniknout modifikací některého, zpravidla generického dotazníku. Příkladem takových dotazníků může být např. dotazník WHOQOL-OLD, zaměřený na kvalitu života seniorů, HRQoL (*Health related Quality of Life*), používaný pro měření kvality života v souvislosti se zdravím a mnoho dalších.

Výhodou dotazníkových metod je, zejména u generických dotazníků, určitá standardizace, možnost porovnávání, statistického vyhodnocení a případného zevšeobecnění uskutečněných kvantitativních výzkumů (při dodržení zásad pro tento typ výzkumu). Za omezení můžeme považovat předem daný výběr otázek, resp. indikátorů, které nemusejí být v dané chvíli pro konkrétního jedince příliš významné, a naopak absenci těch, které by pro něj potenciálně významnými být mohly. U klientů s mentálním postižením mohou představovat omezení také problémy s porozuměním otázkám v dotazníku, stejně jako potíže s vybavováním si a vzpomínáním si, omezenou schopností sebehodnocení a sebereflexe, případně se samotným čtením a psaním.

Kvalitativní přístup je v oblasti výzkumů kvality života zastoupen v menší míře. Jeho využití je vhodné tehdy, když se výzkumník snaží více proniknout do hloubky některého specifického problému nebo jevu a zjistit jeho příčiny. Zpravidla se týká malého počtu zkoumaných jedinců nebo menších skupin. V oblasti výzkumu kvality života dovoluje lepší zaměření se na subjektivní vnímání a prožívání respondentů. Neusiluje o přesnost, závěry

výzkumu nelze zobecnit. Kvalitativní výzkum umožňuje generovat nové hypotézy a sloužit tak jako podklad pro následný kvantitativní výzkum.

### 3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Zákon č. 108/2006). Pojem sociální služby lze chápat ve dvou rovinách. Jednak jako formu sociální pomoci poskytovanou státní, obecní nebo nestátní institucí ve prospěch občanů, kteří tuto pomoc potřebují, jednak jako sociální práci, tedy odbornou činnost pracovníků zmíněných služeb. Cílem sociálních služeb je podpora, rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Dalším cílem je rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

#### 3.1 Legislativní ukotvení a strategické dokumenty

K sociálním službám se vztahuje množství právních předpisů a strategických dokumentů, a to jak národních, tak evropských. Dle Malík Holasové zahrnuje česká legislativa do sociálních služeb jen ty služby, které spadají do kompetencí Ministerstva práce a sociálních věcí (Malík Holasová, 2014, s. 10).

##### **Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách**

Poskytování sociálních služeb v České republice je vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

**Vyhláška MPSV č. 505/2006 Sb.**

Prováděcí vyhláška k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Aktuální znění je platné od 1. 1. 2018.

**Standardy kvality sociálních služeb**

Standardy kvality doporučené MPSV se staly právním předpisem závazným od 1. 1. 2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb. Zákon o sociálních službách vyzdvihuje individuální charakter poskytovaných služeb, to znamená, že služba musí vycházet z individuálních potřeb klienta. Standardy pak konkrétně vymezují pravidla služeb a jejich kvalitativní parametry tak, aby uživatel mohl, pokud možno, sám rozhodovat, kterých služeb a jakým způsobem využije, nastavit parametry služeb tak, aby byl klient s poskytovanou službou spokojen a byla pro něj přínosem. Malík Holasová (2014, s. 20) k tomu uvádí: „Kvalitní služba vychází z požadavků, očekávání a osobních cílů klientů, podporuje jejich životní styl a zvyšuje kvalitu jejich života.” Obsahově jsou standardy rozděleny do tří částí: Standardy procedurální (cíle služeb, práva uživatelů, vztahy mezi poskytovatelem a uživatelem služeb apod.), personální (personální zajištění služeb, rozvoj zaměstnanců) a provozní (dostupnost, informovanost, prostředí a podmínky apod.)

**Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025**

Národní strategie rozvoje sociálních služeb (NSRSS) je základním dokumentem politiky sociálních služeb České republiky. Jejím cílem do roku 2025 je nastavit dlouhodobě udržitelný systém dostupných sociálních služeb a podpory neformální péče pro osoby v nepříznivé sociální situaci. NSRSS identifikovala několik fundamentálních oblastí, které se v ČR dlouhodobě systémově neřešily. Zejména se to týká oblasti pečujících osob, sociálně-zdravotního pomezí, kvality sociálních služeb a zajištění následné kontroly, víceletého financování sociálních služeb, podmínek vstupu sociálních služeb do systému a potlačování nelegálních sociálních služeb, poddimenzovanost a profesionální výkon sociální práce na obcích či oblast plánování a tvorby sítě sociálních služeb. Strategie stanovuje cíle a opatření v deseti tematických oblastech, z nichž lze jmenovat oblast

deinstitucionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb, oblast kvality a inspekce sociálních služeb a uspokojování potřeb klientů prostřednictvím sociálních služeb a sociální práce (Pospíšil, 2015).

### **Akční plán rozvoje sociálních služeb ČR 2017–2018**

Dokument představuje rozpracování NSRSS pro období 2017-2018. Je členěn podle jednotlivých strategických cílů NSRSS, které se rozpadají na dílčí specifické cíle a konkrétní opatření. Jedním z nejdůležitějších strategických cílů, rozpracovaných v tomto dokumentu je „Zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí.“

### **Evropský dobrovolný rámec pro kvalitu sociálních služeb**

Mezinárodní dokument Evropský dobrovolný rámec pro kvalitu sociálních služeb byl schválen v roce 2010 sociálním výborem Evropské komise pro sociální ochranu. Cílem tohoto rámce je vytvořit jednotné chápání kvality sociálních služeb v rámci Evropské unie prostřednictvím definování principů kvality, jež by sociální služby měly splňovat, jako je dostupnost, individualizovaná podpora člověka, orientace na výsledky, respekt k právům člověka, zapojování lidí do řešení své nepříznivé sociální situace, partnerství a mnoho dalších. (KÚ ZLK, 2015)

### **Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením (2010–2020)**

Dokument vychází z Úmluvy Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením. Předkládá strategii, jejímž cílem je posílit postavení osob se zdravotním postižením tak, aby mohly zcela využívat svých práv a plně se zapojit do společnosti a hospodářství na rovnoprávném základě s ostatními. (EUR-Lex)

#### **3.1.1 Oblast působnosti a veřejná správa**

V oblasti působnosti státu vykonávají veřejnou správu podle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách Ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady obcí

s rozšířenou působností a úřady práce. V oblasti samostatné působnosti samosprávných celků pak obce a kraje.

### 3.2 Poskytovatelé sociálních služeb

Poskytovateli sociálních služeb mohou být dle Zákona územně správní celky (obce, kraje, v hlavním městě městské části, ve statutárních městech městské obvody). Služby mohou poskytovat služby vlastními prostředky, například prostřednictvím své organizační složky, nebo mohou být zřizovateli organizací poskytujících sociální služby, které jsou samostatnými právními osobami, nicméně financovanými z rozpočtu obcí nebo krajů a podléhajícími v podstatných věcech rozhodovací a metodické pravomoci samosprávných orgánů. Kromě obcí a krajů mohou být poskytovateli sociálních služeb též nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Poskytovatelé sociálních služeb musejí splňovat podmínky dané zákonem č. 108/2006 Sb. a podléhají registraci příslušným krajským úřadem. Registrace je ze zákona povinná pro všechny zmíněné typy poskytovatelů sociálních služeb.

V souvislosti se zřizováním a poskytováním sociálních služeb se hovoří o tzv. komunitním plánování. „Jeho posláním je zajišťování dostupnosti sociálních služeb. Prakticky se jedná o zjištění stavu poskytování sociálních služeb v dané lokalitě a zároveň potřeb, které nejsou naplněny.” (MPSV.cz)

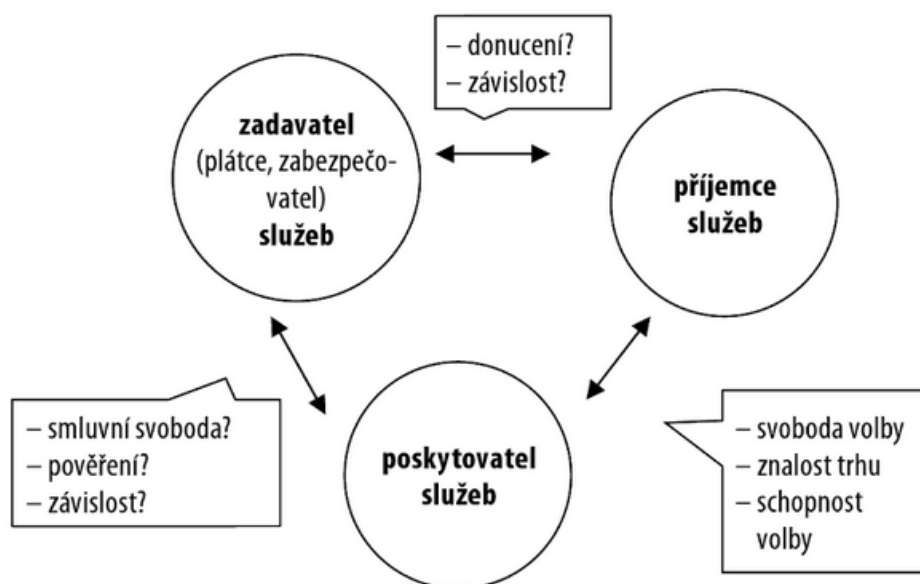
### 3.3 Uživatelé sociálních služeb

Uživatelem sociálních služeb je příjemce služby. V širším smyslu je zadavatelem, nebo zákazníkem služby. Jedná se o osobu, které jsou poskytovány sociální služby na základě její nepříznivé sociální situace. V oblasti sociální práce se za synonyma termínu uživatel používají výrazy zákazník, příjemce služby, klient.

Malík Holasová zdůrazňuje současný příklon k zákaznickému pojetí s akcentem na individuální potřeby klienta. „V sociální práci se mění dosavadní pojetí spíše pasivního klienta, který nedokáže vždy posoudit svou situaci a nemá informace o možnostech pomoci, v aktivního zákazníka, který zná své potřeby a možnosti služeb. Přínosem moderního pojetí klienta jako zákazníka je jistě posílení jeho role ve smyslu rovnoprávnějšího postavení klienta ve vztahu k sociálnímu pracovníkovi. Klient může aktivně vstupovat do utváření

intervencí k řešení své situace a může si sám volit poskytovatele služeb. Poskytovatelé pak lépe vnímají jeho přání a diskutují s ním o kvalitě služeb” (Malík Holasová, 2014, s. 13-14).

V oblasti sociálních služeb zpravidla vstupuje do vztahu mezi poskytovatelem služby a jejím uživatelem další subjekt, zadavatel, plátcе služby (např. obec, kraj). Dle zákona 108/2006 Sb. vzniká mezi poskytovatelem služby a jejím uživatelem smluvní vztah. Smlouva mezi těmito subjekty se uzavírá vždy písemně a poskytovatel nesmí uzavření smlouvy odmítnout, pokud mu v tom nebrání naplněná kapacita služby, nebo pokud požadovanou službu neposkytuje. Vztahy mezi jednotlivými subjekty „triády” jsou naznačeny na následujícím diagramu (viz obr. 1).



Obr. 1. Triáda sociálních služeb. (Malík Holasová, 2014)

### 3.4 Transformace, deinstitutionalizace a humanizace služeb sociální péče

#### 3.4.1 Transformace sociálních služeb

Transformace sociálních služeb je souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb. Představuje takové změny v sociálních službách, které

reflektují soudobé potřeby jejich uživatelů. Klade důraz na nepobytové služby, jako jsou osobní asistence a podporované bydlení. U pobytových služeb by mělo být výsledným stavem co největší přiblížení života klientů životu lidí bez postižení, tedy bydlení a život v běžných životních podmínkách. „Hlavní priority procesu transformace pobytových sociálních služeb v České republice zachycuje dokument Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127. Uvedená koncepce byla vypracována v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006–2008, Bílou knihou v sociálních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a je vytvořena v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod.“ (Vávrová 2010, s. 73)

### 3.4.2 Deinstitutionalizace sociálních služeb

Deinstitutionalizace je proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla. Cílem je, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů, a ne na potřeby formalizované organizace – instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v „komunitě“. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením doporučuje proces deinstitutionalizace posílit a vyčlenit dostatek prostředků, které by umožnily všem osobám se zdravotním postižením bez ohledu na jejich postižení, pohlaví nebo věk svobodně si zvolit s kým, kde a v jakých životních podmínkách budou žít (Frýdková in Hotová, 2016, s. 105).

Potřeba deinstitutionalizace vychází z nutnosti odbourání následků procesu institucionalizace lidí využívajících pobytových sociálních služeb. Vávrová popisuje institucionalizaci jako „proces, kdy se sociální role, hodnoty, představy a způsob chování jednotlivce stávají pevně spojené s organizací, sociálním systémem nebo společenstvím.“ Institutionalizovaný člověk se stává závislým na organizaci, která mu chtěla pomoci řešit jeho tíživou životní situaci. Autorka dále dodává, že znaky institucionalizace lze vysledovat právě u klientů pobytových sociálních služeb a důsledky tohoto procesu bývají velkou překážkou při jejich návratu do přirozeného sociálního prostředí. „Institutionalizovaný



člověk již zapomněl žít běžným způsobem života a pokud je navrácen do běžné vztahové sítě, nemusí tuto situaci zvládnout.” (Vávrová, 2009, s. 22)

### 3.4.3 Humanizace sociálních služeb

Humanizací se rozumí proces vedoucí k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů (Zlínský kraj, 2015). Humanistický pohled na člověka zmiňuje také Pörtner (2009, s. 22). Dle autorky vychází z předpokladu, že každý člověk je principiálně zaměřený na růst a sebeaktualizaci a má vlastní schopnosti ke změnám a k řešení problémů. „Principiálně ne my, nýbrž ten druhý sám ví, co je pro něj dobré, byť má snad omezený přístup ke svému vědění.”

Švarcová (2006, s. 168) uvádí v souvislosti s humanizací následující opatření pro zlepšení života každého jedince (z celkového výčtu jsou zde vybrána pouze ta doporučení, která jsou vhodná pro dospělé mentálně postižené lidi žijící v komunitních pobytových službách):

- Rozvíjet možnosti a schopnosti a posilovat jeho sebevědomí.
- Snažit se o integraci a o co nejnornálnější přístup ke klientům.
- Kultivovat bydlení, kde to podmínky dovolí, žít v samostatném pokoji, pro klienty s lehčím postižením zřizovat chráněná bydlení.
- Vyjít mezi lidi. Chodit do města na různé pochůzky, do obchodů, na poštu, do různých institucí.
- Provádět nácvik sebeobslužných činností za účelem dosažení co nejvyšší míry samostatnosti a jejich nezávislosti na péči. Nacvičovat lze zejména:
  - dodržování hygienických návyků a péči o zevnějšek
  - správné a samostatné stolování
  - přípravu jednoduchých jídel
  - drobné opravy oděvů
  - drobné nákupy
- Zavedení pracovní terapie, zřízení chráněných dílen.

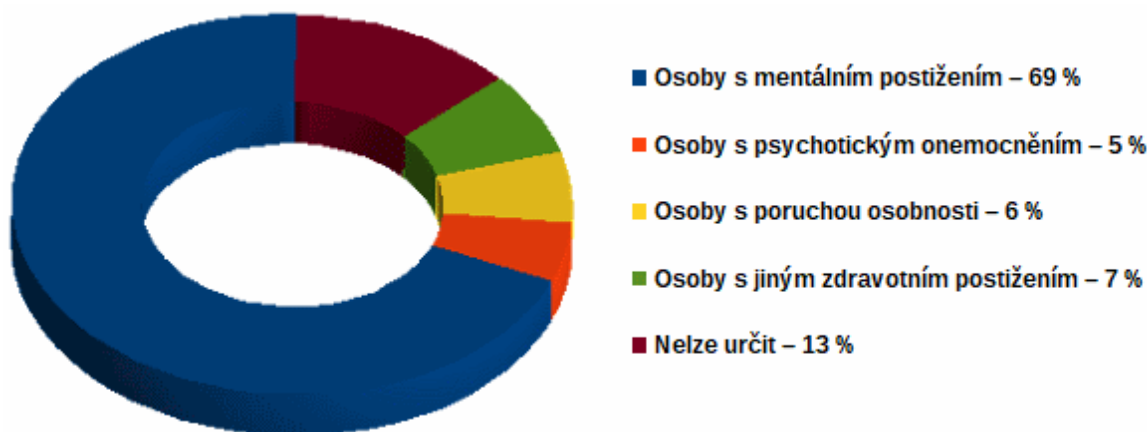
### 3.5 Zařízení sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením

Sociální služby se dělí na služby pobytové, ambulantní a terénní. Mezi pobytové řadíme služby, které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénní služby jsou osobně poskytovány v přirozeném sociálním prostředí klientů.

### 3.6 Pobytové služby

Pobytové služby pro osoby se zdravotním postižením tvoří pouze část sociálních služeb. Rozumí se jimi služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení, případně týdenní stacionáře). Pobytové služby se poskytují osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Klientům se zdravotním postižením slouží především domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněná bydlení a domovy se zvláštním režimem.

Z hlediska složení uživatelů pobytových služeb podle druhu zdravotního postižení tvoří největší část právě osoby s mentálním postižením, např. ve Zlínském kraji jich v roce 2015 bylo téměř 70 %. Ve Zlínském kraji jsou k dispozici sociální služby pro osoby s následujícím zdravotním postižením:



Obr. 2. Složení osob z hlediska druhu zdravotního postižení.

(Vlastní zpracování dle Zlínský kraj, 2015)

### 3.6.1 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

V domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP, § 48 Zákona č. 108/2006 Sb., § 14 vyhlášky č. 505/2006 Sb.) se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytovatel si může definovat pouze některý typ zdravotního postižení a specifikovat tak okruh osob, kterým je služba poskytována. Služba DOZP, kterou poskytují Sociální služby Vsetín je určena lidem s mentálním postižením (případně s přidruženým tělesným, zrakovým či sluchovým postižením) ve věku od 19 let, s potřebou vysoké míry podpory. Služba zajišťuje celoročně, 24 hodin denně nepřetržitou komplexní péči a podporu včetně ošetrovatelské služby (Sociální služby Vsetín).

### 3.6.2 Chráněná bydlení

Chráněné bydlení (§ 51 Zákona č. 108/2006 Sb., § 17 vyhlášky č. 505/2006 Sb.) je „pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Poskytovatel si může definovat pouze některý typ zdravotního postižení a specifikovat tak okruh osob, kterým je služba poskytována. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení” (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Služby typu chráněného bydlení, podobně jako služby DOZP, mají zpravidla na starosti tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- 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.

Chráněná bydlení by měla být přednostně zřizována v běžné zástavbě. Mají fungovat podobně jako standardní domácnost, v níž se její členové zapojují do běžných denních činností, zejména se jedná o zajišťování jejího chodu a s tím spojených činností, např. úklidem, vařením, nákupy. Je zde také respektováno jejich soukromí a důstojnost.

### 3.6.3 Domovy se zvláštním režimem

V domovech se zvláštním režimem (§ 50 Zákona č. 108/2006 Sb., § 16 vyhlášky č. 505/2006 Sb.) se poskytují služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Poskytovatel si může definovat pouze některý okruh osob, kterým je služba poskytována.

### 3.7 Návazné služby

Návazné služby zahrnují nabídku podpůrných činností, které síť sociálních služeb vhodně doplňují. Samotný termín návazné služby není v zákoně 108/2006 Sb. definován, nicméně, v síti sociálních služeb je běžně užíván. Za návazné služby lze považovat ambulantní sociální služby využívané klienty pobytových služeb, jejich cílem je především sociální začleňování klientů, jejich aktivizace a rozvojové aktivity.

Bez těchto aktivit by pomoc a podpora osobám v nepříznivé situaci nebyla úplná, nemohly by být naplněny (nebo pouze v omezené míře) potřeby sebeuplatnění, osamostatnění, pracovního uplatnění a přirozených sociálních kontaktů. Na poskytovatele pobytových služeb se při zajištění služby navazují různé typy spolupracujících subjektů, návazných služeb. Mezi nejběžnější činnosti směřující k naplnění výše uvedených potřeb klientů a zajišťované návaznými službami patří rozvojové činnosti v oblasti vzdělávání, osvojení si pracovních návyků, nácvik sebeobslužných činností a volnočasové aktivity.

### 3.7.1 Druhy návazných služeb

Nejdůležitějšími a zároveň nejčastěji zastoupenými druhy návazných služeb, kterých mohou využívat osoby se zdravotním postižením jsou služby sociální a pracovní rehabilitace, případně sociálně aktivizační služby.

Sociální a pracovní rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. (§ 70 Zákona č. 108/2006 Sb.) Jejím cílem je odstranění, překonání, nebo zmírnění důsledků nepříznivého zdravotního stavu, které člověka omezují v zapojení do společenského a ekonomického života. Služby sociální a pracovní rehabilitace se dělí na:

- sociální rehabilitace
- sociálně terapeutické dílny

### 3.7.2 Služby sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace se poskytuje formou návazných, terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Služby sociální rehabilitace jsou poskytovány zdarma, ve Zlínském kraji jsou financovány z projektu Podpora a rozvoj vybraných sociálních služeb. Tento projekt je součástí Operačního programu Zaměstnanost (OPZ) a jeho prioritou Aktivní začleňování, včetně začleňování s ohledem na podporu rovných příležitostí a zlepšení zaměstnatelnosti.

Činnost služeb se řídí základními principy, které jsou součástí doporučeného postupu Ministerstva práce a sociálních věcí. Těmito principy jsou zejména:

- Včasnost – Včasné zahájení rehabilitace jako základní předpoklad pro úspěšné naplnění jejího účelu.
- Komplexnost, návaznost a koordinovanost jako prevence nefunkčnosti nebo neúčelnému vynakládání prostředků.
- Dostupnost – zajištění co nejširší dostupnosti informací o rehabilitaci, přiblížení potřebným osobám.

- Individuální přístup – opatření, musí odpovídat konkrétním podmínkám a potřebám osoby se ZP.
- Multidisciplinární posouzení, zejména při stanovení a doporučení odpovídajících rehabilitačních opatření.
- Součinnost – úzká spolupráce všech zúčastněných stran (MPSV, 2016).

### 3.7.3 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou dle § 67 Zákona 108/2006 ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie (Zákon 108/2006).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- Návčik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- Podporu vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

Sociálně terapeutické dílny jsou tedy místem, kde může člověk bezpečně rozvíjet svůj potenciál v pracovní oblasti. Současně představují další stupeň v přechodu člověka směrem k následným úrovním, a to na chráněný nebo otevřený trh práce. To platí pro ty klienty sociálně terapeutických dílen, jejichž pracovní potenciál není z různých důvodů limitovaný do té míry, že by jim znemožňoval uplatnit se na chráněném nebo pak i na otevřeném trhu práce, udržet se na něm a obstát. Pro klienty, kteří nemohou postoupit na další úroveň, mohou sociálně terapeutické dílny představovat prostor, kde lze smysluplně provozovat pracovní činnosti, které sice neuplatní ani na chráněném nebo na otevřeném trhu práce, avšak

umožňují jistou seberealizaci v rámci maximální možné aktivace pracovního potenciálu člověka. (MPSV ČR)

### 3.8 Centrum bydlení pro osoby se zdravotním postižením

Transformací sociálních služeb velkokapacitního pobytového zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová vzniklo ve vsetínském okrese šest sociálních služeb pro tyto osoby o celkové kapacitě 70 osob s názvem Centrum bydlení pro osoby se zdravotním postižením (dále jen „Centrum bydlení“), které zahrnuje tyto služby:

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Chráněná bydlení.

Jedná se o dva domovy pro osoby se zdravotním postižením (ve Valašském Meziříčí a v Zašové, každý domov má celkovou kapacitu 18 uživatelů) a o čtyři služby chráněné bydlení, dvě v Rožnově pod Radhoštěm s kapacitou 5 a 9 uživatelů, ve Vsetíně s kapacitou 12 uživatelů a v Zubří s kapacitou 8 uživatelů.



Obr. 3. Sociální služby Centra bydlení po transformaci DOZP Zašová.  
(Sociální služby Vsetín)

#### 3.8.1 Chráněné bydlení Vsetín

Chráněné bydlení Vsetín je jednou ze čtyř služeb chráněného bydlení v okrese Vsetín. Další dvě se nacházejí v Rožnově pod Radhoštěm a jedno v Zubří. Ze všech zmíněných má

vsetínské chráněné bydlení největší ubytovací kapacitu – 12 osob. Má formu skupinového bydlení ve dvou domácnostech pro maximálně 6 osob. Každý klient má svůj vlastní pokoj. V současné době je zde ubytováno 8 mužů a 4 ženy s lehkým či středním mentálním postižením, případně i přidruženým duševním onemocněním s potřebou nízké či střední míry podpory. Klienti si své potřeby zajišťují v co největší míře samostatně, některé úkony však zatím nezvládají, nebo zvládnout nemohou, pracovníci jim s nimi proto dopomáhají. Tato pomoc se týká zejména zajišťování nákupů a hospodaření s penězi, péče o domácnost, dopomoc s přípravou stravy, jednání na úřadech a podobně. Právě osvojení si nejrůznějších dovedností klientům přispívá k tomu, aby zmíněných úkonů postupně zvládali co nejvíce a mohli se tak stát samostatnějšími a sebevědomějšími.



*Obr. 4. Chráněné bydlení Vsetín. Zdroj: Zlínský kraj*



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM VLIVU NÁVAZNÝCH SLUŽEB NA KVALITU ŽIVOTA KLIENTŮ POBYTOVÉ SLUŽBY CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ VSETÍN

### 4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak přispěly návazné služby, které navštěvují klienti pobytové služby Chráněné bydlení Vsetín, ke zvýšení kvality jejich života. Kvalitou života se pro účely této práce rozumí zejména možnost klientů ovlivňovat svůj vlastní život, odstranit omezení, která jim brání prožít jej dle svých představ, odhalit své možnosti, nacházet a realizovat své životní cíle.

Zkoumaným obdobím je období po transformaci Sociálních služeb Vsetín, tedy změně typu pobytové služby klientů z Domova pro zdravotně postižené v Zašové do Chráněného bydlení Vsetín v prosinci roku 2015. Vzhledem k tomu, že se jedná o více než dvouleté období, jeví se tato doba jako dostatečně dlouhá, aby již bylo patrné, jak se u klientů účast na aktivitách v návazných službách projevila.

Cíl výzkumu byl rozčleněn na tři partikulární cíle:

Prvním partikulárním cílem je zjistit, jakým způsobem se snaží návazné služby přispět k osamostatnění a deinstitucionalizaci klientů. Které aktivity v návazných službách jsou v tomto směru nejprínosnější.

Druhým partikulárním cílem je zjistit, jak vnímají a prožívají klienti pobytové služby Chráněné bydlení Vsetín změny, které s sebou přinesl přechod do této pobytové služby a zejména návštěva návazných služeb a aktivity v nich.

Třetím partikulárním cílem je získat poznatky pracovníků pobytových i návazných služeb za období po transformaci a využít je k formulování doporučení pro další možná zkvalitnění jejich činnosti.

Výzkum tohoto druhu nebyl dosud v organizaci Sociální služby Vsetín, ani v návazných službách, kterých se výzkum týká, proveden. Existoval proto předpoklad, že přinese nové poznatky, využitelné jak v uvedených sociálních službách, případně v dalších, podobných organizacích.

## 4.2 Výzkumné otázky

Pro dosažení cílů výzkumu byly zvoleny následující výzkumné otázky:

### Hlavní výzkumná otázka

Jak přispěly návazné služby, které navštěvují klienti pobytové služby Chráněné bydlení Vsetín, ke zvýšení kvality jejich života?

### Díličí výzkumné otázky

1. Jakým způsobem se snaží návazné služby přispět k osamostatnění a deinstitucionalizaci klientů?
2. Které aktivity nejvíce přispívají k využití rozvojového potenciálu klientů?
3. Jak vnímají klienti aktivity v návazných službách?
4. V čem je možné hledat rezervy v poskytovaných návazných službách?

## 4.3 Metodika výzkumu

Zvoleným typem výzkumu je kvalitativní výzkum. U tohoto typu výzkumů je možné využít několika designů, každý z nich je vhodný pro jiné typy výzkumů. Švaříček a Šed'ová (2007, s. 83) tyto designy popisují jako rámcová uspořádání nebo plány výzkumu, z nichž pak doporučují zvolit ten nejvhodnější, podle podmínek, v nichž bude výzkum realizován. Volba vhodného designu závisí jednak na předmětu výzkumu, jednak na přístupu výzkumníka. Je rovněž možné uvedené designy kombinovat, nebo si vytvořit svůj vlastní. Pro tento výzkum byl zvolen design zakotvené teorie podle Strausse a Corbinové (1999).

Výzkum byl realizován jako empirické šetření, použitou technikou sběru dat byly individuální polostrukturované rozhovory se třemi skupinami respondentů. Tento typ rozhovorů na jedné straně zachovává určitou standardizaci a tím i porovnatelnost jednotlivých výpovědí, poskytuje ale flexibilitu a možnost individuálního přístupu k respondentům.

Nejprve byl stanoven výzkumný problém, resp. cíle výzkumu. Na základě těchto cílů byla zvolena metoda výzkumu a formulovány výzkumné otázky. Byl definován výzkumný soubor a do něj vybráni vhodní respondenti. Dle cílů výzkumu, resp. výzkumných otázek sestaveno základní schéma polostrukturovaného rozhovoru. U respondentů ze skupiny

klientů Chráněného bydlení Vsetín bylo nutné vzít v úvahu jejich omezenou mentální kapacitu, zvolit pro ně vhodné otázky a způsob jejich kladení.

K ověření validity výzkumu bylo využito triangulace zdrojů, sbírána a vyhodnocována byla kvalitativní data z rozhovorů z následujících zdrojů:

1. Polostrukturované rozhovory s klienty pobytových služeb
2. Polostrukturované rozhovory s pracovníky pobytových služeb
3. Polostrukturované rozhovory s pracovníky návazných služeb

Dalšími možnými způsoby ověření validity, zde nevyužitými, jsou např. kontrola výsledků kolegy, dlouhodobé pozorování v terénu, přivolání externích auditorů apod. (Hendl, 2016, s. 149-150)

#### 4.3.1 Výzkumný soubor

Výzkum byl realizován v pobytové sociální službě Chráněného bydlení organizace Sociální služby Vsetín, a dále pak v návazných službách Sociálně terapeutická dílna Naděje Vsetín a službě Sociální rehabilitace organizace Elim Vsetín. Respondenti byli vybráni metodou záměrného výběru. Výběrový soubor je tvořen třemi skupinami respondentů. První cílovou skupinou jsou klienti s mentálním postižením, druhou skupinou pracovníci pobytové služby Chráněného bydlení. Poslední skupinu tvoří respondentky a návazných služeb Elim a Naděje.

Mezi klienty pobytové služby byli do výzkumného souboru vybráni tři jedinci v různých věkových kategoriích a s různou mírou mentálního postižení. Ve vzorku je zařazena jedna žena a dva muži. Základním požadavkem byla jejich schopnost se tohoto typu výzkumu zúčastnit, byli proto vybráni klienti, kteří jsou v rámci možností komunikativní, a zároveň jsou schopni porozumět položeným otázkám a odpovědět na ně.

Do skupiny respondentek z pobytové služby Chráněného bydlení byly zařazeny tři pracovníce této služby. Důležitým kritériem výběru respondentek ChB Vsetín byla působení ve službě od jejího počátku, tyto zaměstnankyně nejlépe a nejdéle znají své klienty a mohou poskytnout kvalifikované informace o změnách, které u nich za uplynulé dva roky nastaly.

Do skupiny Návazné služby byly vybrány dvě pracovnice Sociální rehabilitace Elim a tři pracovnice Sociálně terapeutické dílny Naděje. Kritériem pro výběr byla v obou případech dlouhodobá znalost klientů Chráněného bydlení Vsetín.

#### **4.3.2 Záznam a zpracování dat**

Jednotlivé rozhovory byly nahrávány v digitální podobě pomocí tabletu. Respondenti byli předem upozorněni, že jejich odpovědi budou zaznamenávány a byl od nich vyžádán souhlas se záznamem rozhovorů a zpracováním dat. Všichni respondenti byli rovněž ujistěni o tom, že jak samotné rozhovory, tak popis a výsledky výzkumu budou anonymizovány.

Pořízené záznamy byly následně přepsány do textové podoby a pokud to výjimečně bylo nutné, byla provedena redukce prvního řádu, tedy odstranění nadbytečných výplňových slov, výrazů a zvuků narušujících plynulost výpovědi. Kompletní přepisy uvedené v příloze této práce byly ponechány beze změn, ukázky v praktické části jsou dle potřeby přiměřeně kráceny. Pokud klient nebo pracovník během rozhovoru některého klienta jmenoval, bylo ve zvukovém záznamu z důvodu požadavku na ochranu jejich dat provedeno maskování pípnutím. V transkribovaných rozhovorech jsou všechna jména klientů odstraněna, u pracovníků jsou v přepisu ponechána pouze křestní jména.

#### **4.3.3 Vyhodnocení výzkumu**

Získaná data prošla třístupňovým kódováním (otevřené, axiální a selektivní), dle metodiky popsané Straussem a Corbinovou (1999). Při otevřeném a axiálním kódování bylo využito programu QDA Miner Lite, který slouží jako pomůcka pro zpracovávání dat získaných kvalitativními výzkumy. Data byla průběžně analyzována a vyhodnocována. Po vyhodnocení byla data interpretována.

#### **4.3.4 Průběh individuálních rozhovorů**

Požadavkem na místo pro rozhovory s klienty bylo, pokud možno, příjemné neutrální a zároveň důvěrně známé prostředí, na které jsou klienti zvyklí. Byly proto zvoleny prostory návazných služeb, které tyto požadavky splňovaly. Rozhovory s pracovníci sociálních služeb byly provedeny v prostorách organizací, v nichž působí.

Předpokládaná doba trvání jednoho rozhovoru s klientem byla odhadnuta na přibližně 10-15 minut. Tento čas se jeví jako dostatečně dlouhý pro rozhovor, u nějž se počítá s pomalejším průběhem, nutností pokládat jednoduché otázky, případně je vysvětlovat a přeformulovávat. Na druhou stranu není příliš dlouhý, aby klient dokázal udržet pozornost.

Doba trvání rozhovorů se zaměstnanci služeb nebyla předem stanovena, rozhovorům měl být ponechán volný průběh. Reálná doba jednotlivých rozhovorů se pak pohybovala přibližně mezi 15-35 minutami.

V průběhu výzkumu bylo nutné dodržování etických zásad. Během rozhovorů a při jejich zpracování a prezentaci výzkumník nakládá s velmi citlivými informacemi. Při návrhu výzkumu a volbě metod bylo nutné zvážit možný dopad výzkumu na jeho účastníky. Během samotného rozhovoru bylo třeba respektovat myšlení, city a důstojnost respondentů. V maximální míře musela být zajištěna anonymita respondentů a ochrana jejich osobních údajů.

Individuální rozhovory se třemi klienty pobytové služby Chráněné bydlení byly provedeny v prostorách návazných služeb. Před začátkem každého rozhovoru byl klientovi podrobně a srozumitelným způsobem vysvětlen účel výzkumu, byl rovněž seznámen s tím, že rozhovor bude nahráván, anonymizován, a to včetně výsledků. Na začátku rozhovoru byl do záznamu znovu požádán o souhlas s pořízením a zpracováním nahrávky. Hlavním cílem rozhovorů bylo zjistit, jak klienti vnímají účast na aktivitách v návazných službách.

Po rozhovorech s klienty následovaly individuální rozhovory s pracovníci Chráněného bydlení Vsetín. Informace získané z těchto rozhovorů byly vzájemně porovnávány a dávány do souvislosti s výpověďmi pracovníků návazných služeb a klientů.

Další část rozhovorů proběhla s pracovníci služby Sociální rehabilitace Elim. Rozhovory zde měly přinést pohled z jiné perspektivy, tedy, jak na zkoumanou problematiku nahlíží zaměstnankyně návazné služby. Měly by také odrážet jejich osobní zkušenosti z práce s klienty, odhalit silné a slabší stránky dosavadní praxe. Rozhovory byly vedeny tak, aby se respondentky „rozpovídaly“ a pokud možno uvedly konkrétní příklady z praxe.

Poslední část rozhovorů proběhla s pracovníci služby Naděje. Ačkoliv byly respondentky obou návazných služeb zařazeny do stejné skupiny, měly rozhovory přinést opět trochu jiný pohled, zejména proto, že aktivity realizované službou Sociálně terapeutická dílna Naděje mají poněkud jinou náplň a cíle, než má služba Sociální rehabilitace Elim. Protože zaměstnankyně obou služeb byly zařazeny do stejné skupiny respondentek, byla zachována stejná struktura rozhovoru, jako v případě předchozí návazné služby.

#### 4.4 Analýza a zpracování dat

Po prostudování přepisů rozhovorů byly v textech označovány relevantní části výpovědi a přiřazovány jim kódy technikou *otevřeného kódování*. Otevřeným kódováním rozumíme „část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 43) Kódy, resp. části výpovědi jim odpovídající, byly dále řazeny do kategorií na základě jejich významové blízkosti. V průběhu analýzy byly hledány významné skutečnosti a vztahy mezi nimi. Systematicky analyzovány byly nejen jednotlivé rozhovory, ale byly též srovnávány výpovědi jednotlivých respondentů mezi sebou, a to jak v rámci jedné skupiny, tak mezi skupinami vzájemně. Kategorie a kódy byly dle potřeby doplňovány, některé části rekódovány, část kódů a kategorií, které neměly pro další analýzu význam, byla v jejím průběhu vypuštěna.

V další fázi proběhlo *axiální kódování*, jehož cílem bylo nalezení všech významných skutečností a vztahů mezi nimi. Strauss a Corbinová definují axiální kódování jako „soubor postupů, pomocí nichž jsou údaje po otevřeném kódování znovu uspořádány novým způsobem, prostřednictvím vytváření spojení mezi kategoriemi.“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 70). Výsledkem je paradigmatický model, což je soubor vztahů určujících příčinné podmínky, jev (fenomén), intervenující podmínky, strategie jednání a následky (tamtéž, s. 72).



Obr. 5. Paradigmatický model dle Strausse a Corbinové. Vlastní zpracování.

Po dokončení axiálního kódování a vytvoření paradigmatického modelu následovalo *selektivní kódování*, Straussem a Corbinovou definované jako „proces, kdy se vybere jedna centrální kategorie, která je pak systematicky uváděna do vztahu k ostatním kategoriím. Tyto vztahy se dále ověřují a kategorie, u nichž je to třeba, se dále zdokonalují a rozvíjejí.“ (tamtéž, s. 86)

## 4.5 Individuální rozhovory s respondenty

### 4.5.1 Rozhovory s klienty pobytové služby Chráněné bydlení

**Klientem č. 1** je muž mladšího věku, který bydlí v pobytové službě Chráněné bydlení Vsetín od transformace služeb, přišel z DOZP Zašová. Na tomto klientovi jsou stále patrné znaky dlouhodobého pobytu v zařízeních ústavního typu, zejména poměrně nízká samostatnost, kterou se ale daří postupně rozvíjet. Naopak značného pokroku se v jeho případě se podařilo dosáhnout v oblasti pracovních návyků a praktických dovedností. Pravidelně dochází do služeb Sociální rehabilitace Elim a Sociálně terapeutická dílnu Naděje. Účastní se aktivit, které pořádá organizace nevidomých a slabozrakých SONS a navštěvuje program přípravy osob se zdravotním postižením na zaměstnání v Diakonii Valašské meziříčí. Klient má přátelskou povahu, především ve vztahu k lidem, jimž důvěřuje a které dobře zná.

V jeho výpovědi je patrné zejména to, že se aktivit v návazných službách účastní rád, protože se něco naučí, preferuje skupinové, především pracovní aktivity před individuálními. Sám chodí spíše na drobné nákupy do města, případně do kostela. Na druhé straně mu není příjemná přítomnost většího počtu neznámých lidí:

*„Do kostela jdu sám třeba, ale do kafárny, to ne, to ne.“*

*„To ne?“*

*„To ne, tam je moc lidí, a to radši ne.“*

Důležité pro něj je také to, že návštěvou návazných služeb vyplní svůj volný čas:

*„Jaký by byl (Váš život, pozn.), kdyby ty návazné služby nebyly?“*

*„Špatný život.“*

*„A v čem?“*

*„Že bych se nudil a tak, nuda.“*



**Klientkou č. 2** je žena středního věku, jako jedna z mála byla již zaměstnaná. Je poměrně samostatná a zručná především v rukodělných aktivitách, které ji také nejvíce baví. Stejně jako předchozí klient oceňuje vyplnění volného času v návazných službách, navštěvuje Sociální rehabilitaci Elim a Sociálně terapeutickou dílnu Naděje. Je velmi společenská, ráda navazuje přátelství:

*„A když by tady nebyly (návazné služby, pozn.), jak myslíte, že by se tady žilo? Bylo by to lepší, horší?“*

*„Horší.“*

*„Proč?“*

*„Neměli bysme co dělat.“*

*„Hm, a třeba i kamarády jste si tam našla?“*

*„Jo.“*

*„A kolik, hodně?“*

*„Dost.“*

**Klient č. 3** je muž staršího věku. Má velmi přátelskou povahu, je komunikativní a společenský. Ve srovnání s ostatními klienty zvládá poměrně velké množství potřebných dovedností. Umí např. bez problémů číst a psát, telefonovat, psát SMS, nedělají mu větší potíže základní početní operace (sčítání a odčítání dvouciferných čísel) a je manuálně zručný. Navštěvuje službu Sociální rehabilitace Elim, Sociálně terapeutickou dílnu U šikovných oveček Koordinačního a informačního centra Vsetín, účastní se aktivit organizace nevidomých a slabozrakých SONS a programu přípravy osob se zdravotním postižením na zaměstnání v Diakonii Valašské meziříčí:

*„... Jsem taky rád, že se dostanu mezi lidi a že si s nimi povyprávím.“*

*„Takže pro Vás je asi nejdůležitější to, že jste mezi lidma?“*

*„Ano, ano, přesně tak.“*

Přes svůj vyšší věk by se rád nechal zaměstnat. Aktivit návazných služeb se účastní v maximální možné míře. Velmi oceňuje, když se může něco dozvědět, naučit:

*„A co konkrétně třeba si myslíte že vás naučili? Co vás tak na to nejvíc těší? Na tom že tam chodíte?“*

*„Že mě naučili, že měli se mnou velkou trpělivost, a naučili mě teda jako hodně.“*

*„A co konkrétně?“*

*„Ty, co jsem tady jmenoval. Tu keramiku a mozaiku, pletení košíků papírem, z ruliček, papírových ruliček, komplet všecho, chodím po městě, všecho mě naučili.“*

*„Takže vy nerad jste sám doma? Ve svém pokoji?“*

*„Ne, jediné když, když je třeba nějaký svátek, zima venku, prší, tak v tom případě ano, jinak ne.“*

Uvědomuje si význam návazných služeb pro smysluplné vyplnění svého volného času, nedokáže si představit, co by dělal, kdyby nemohl navštěvovat návazné služby:

*„... Seděl bych od rána do večera doma a chodil jenom tam, sem, vlastně to bych ani nebyl na nic, v tom případě.“*

#### **4.5.2 Rozhovory s pracovníci Chráněného bydlení Vsetín**

##### **Pracovnice ChB 1**

Ve své výpovědi se respondentka několikrát vrací k významu sociálního začleňování klientů. Za jeden z největších přínosů návazných služeb považuje skutečnost, že se návazné služby věnují klientům v oblastech, kterým se pracovníci v pobytové službě příliš věnovat nemohou. Zmiňuje dobré zkušenosti se službou Sociální rehabilitace Elim, která přispívá k začlenění klientů do místní komunity a jejich osamostatňování. Velmi důležitý byl v tomto směru nácvik orientace ve městě a bezpečného pohybu po něm. U služby Sociálně terapeutické dílny Naděje oceňuje praktický nácvik rukodělných prací, jeho přínos pro rozvoj jemné motoriky a získání pracovních návyků. Největší význam přikládá socializaci a samostatnosti klientů, zejména těch, kteří po příchodu z DOZP měli v této oblasti potíže:

*„Dříve byl takový nekomunikativní, hodně uzavřený, teď už je to lepší, potkává zase nové lidi, a vidím, že se s nimi dává kontaktu, mluví s nimi, potkají se ve městě, což dříve vůbec neexistovalo, aby s někým promluvil. Potká se ve městě s člověkem, se kterým se potkává na službě. Pokecají si, jak se mají, kam jdou. Ten člověk prostě strašně roste.“*

##### **Pracovnice ChB 2**

Druhá respondentka má na význam návazných služeb velmi podobný pohled, oproti ní ale více vyzdvihuje význam v oblasti samostatnosti klientů a zejména rozvoje jejich jemné motoriky, kterou v průběhu rozhovoru několikrát zmiňuje. Za hlavní cíl pak označila vytváření společenských kontaktů:

*„Cílem je hlavně aby si klienti vytvořili společenské kontakty, aby se zařadili do nejbližšího okolí a tady vůbec Vsetína a zlepšovali si tu jemnou motoriku. Víc společensky žili, než to, co měli předtím.“*

Vnímá zlepšení u klientů za dobu, po kterou s nimi pracuje, a to ve všech oblastech, které považuje za klíčové:

*„Určitě jsou víc samostatnější, určitě jsou víc komunikativnější, nemají takové ty strachy, obavy... V domácnosti tady určitě při těch běžných domácích pracích jsou takoví šikovnější, i u toho vaření, a hlavně, co jsem si všimla, jsou víc zařazení tady ve městě.“*

Přínosem v oblasti socializace a začlenění klientů dle respondentky je jak jejich docházení do návazných služeb, tak běžné denní aktivity a život v Chráněném Bydlení:

*„Řekla bych, že je to tak půl na půl. Protože my, tady doma s nimi pracujeme pořád, a ty návazné služby pokrývají ty věci, které nejsou v našich silách.“*

### **Pracovnice ChB 3**

Tato respondentka ve své výpovědi uvádí velmi mnoho konkrétních příkladů práce s klienty. Vyzdvihuje především jejich pokroky v oblasti samostatnosti, soběstačnosti a sebedůvěry. Několikrát zmiňuje spolupráci se službou Sociální rehabilitace Elim, zejména převzetí činností s klienty, které z časových a personálních důvodů nemůže zvládnout služba Chráněné bydlení, což uvádí v souvislosti se smysluplným využitím volného času klientů. Zajímavá je část rozhovoru, v níž respondentka mezi sebou srovnává jednotlivé klienty, jejichž klíčovým pracovníkem je, a všímá si individuálních přínosů návazných služeb pro každého z nich.

O jedné své klientce např. uvádí: *„... služba jí dala to, že je sebevědomá, nebojí se, navázala spoustu přátelství, naučila se hodně nové práce.“*

U další klientky vyzdvihuje přínos v její možné zaměstnatelnosti:

*„... služba jí za chvíličku umožní i to, že bude moct chodit do práce a vydělat si vlastní peníze.“*

Podobně u třetího klienta: *„... je taky takový, že by celý den odpočíval a neví, co s volným časem... takže taky dochází každý den na návazné služby, kde vlastně pracuje.“*

Na konci rozhovoru mluví o pozitivních změnách u klientů, které nastaly od transformace sociálních služeb:

*„Moc jsem tomu nevěřila, protože jsem hodně klientů znala z té Zašové, kde většina bydlela, ale postupem času musím říct, že jim to moc pomohlo. Každému. Každému individuálně, každému jinak, ale pomohlo.“*

#### **4.5.3 Rozhovory s pracovníci sociální rehabilitace Elim**

##### **Pracovnice Elim 1**

Respondentka identifikuje největší přínosy v sociální rehabilitaci a začleňování klientů. Hovoří o určité přetrvávajících následcích dlouhodobého pobytu v zařízeních ústavního typu některých klientů Chráněného bydlení, kterou se daří postupně odbourávat, také díky spolupráci s touto pobytovou službou:

*„Klient z ústavu si vůbec nedokázal představit, jak jídlo putuje na jeho stůl, na jeho talíř. Takže on vlastně každý den dostal porci, dostal třeba krajíc chleba s něčím, a je možné, že nikdy neviděl bochník chleba.“*

V poslední části rozhovoru respondentka hodnotí svou práci, resp. práci své organizace jako velmi smysluplnou, zejména díky tomu, že vidí její konkrétní přínos pro klienty a pozitivní výsledky práce s nimi:

*„Mě hrozně na té práci baví, a i proto to tak dlouho dělám, že vidím, že to má smysl. Prostě mám zpětnou vazbu, vidím, jak se ti klienti posouvají, oni mají neuvěřitelný potenciál. Možná je to tím, že byli v ústavu... Vidíme spoustu splněných cílů, spoustu věcí, co se povede, už to, že já teď nevím, kolik přesně uživatelů bude chodit do práce, to je naprosto úžasná věc.“*

##### **Pracovnice Elim 2**

Respondentka klade důraz především na rozvoj kompetencí a dovedností, dále pak na sociální začleňování klientů a zvýšení jejich samostatnosti, soběstačnosti a sebevědomí. Cílem je, aby klienti získali nezávislost a dosáhli tak stavu, kdy se jejich život přiblíží životu ostatních lidí:

*„Tak, jak je to v každodenním životě, že si můžou jít sami kam chtějí po městě, že jsou schopni si nakoupit, našli si nějaké přátele, se kterými se můžou sami někam vydat, aniž by byli závislí na té službě.“*

Kromě činností v Sociální rehabilitaci Elim směřujících k naplnění těchto cílů zmiňuje také volnočasové aktivity pro klienty.

Podstatnou myšlenkou, která se týká ústavnosti klientů, kteří přišli z DOZP Zašová je odpověď na otázku rozdílů mezi klienty z ústavů a z rodin. Přirovnává zde kompetence klientů v ústavu ke kompetencím klientů žijících ve špatně fungující rodině, v níž schopnosti a dovednosti člověka nejsou rozvíjeny a v tomto směru dochází ke stagnaci:

*„Pokud je funkční ta rodina, tak tam ti klienti jsou takoví, bych řekla, socializovaní, nebo schopnější, protože ta rodina je vlastně jakoby zajistí, ale ve chvíli, kdy nemají nějaké to zázemí, nebo ta rodina je taková víceméně nefunkční, tak tam nevidím nějaké velké rozdíly.“*

#### 4.5.4 Rozhovory s pracovníci Sociálně terapeutické dílny Naděje

##### Pracovnice Naděje 1

První respondentka této návazné služby se v rozhovoru zaměřuje zejména na pracovní a vzdělávací aktivity ve službě Naděje a s nimi související rozvoj kompetencí a dovedností klientů. Služba má připraveny tři programy rozvíjející tyto dovednosti, používá propracovaný systém plánování s vysoce individuálním přístupem ke klientům. Pracovnice zdůrazňuje nutnost osamostatňování klientů, jejich zodpovědnost a pracovní návyky:

*„Důležité je asi to, že ti klienti mají zodpovědnost do té dílny přijít, mají zodpovědnost si zapsat, kdy přišli, kdy odešli, mají v podstatě nějaký program a plán a v případě, že přijít nemůžou, tak se musí omluvit, máme nastaven systém dovolenek, takže máme klasické dovolenky, jaké se vypisují normálně v běžném zaměstnání.“*

Podle respondentky by bylo také vhodné, aby klienti navštěvovali terapeutickou dílnu častěji. Dále ve své výpovědi podrobně popisuje příklady zlepšení u jednotlivých klientů. Vnímá také rozdíl mezi klienty z rodinného prostředí a z pobytových služeb:

*„Řekla bych, že problém je malinko v komunikaci. Přijdou mi, že z chráněnka se neumí vyjádřit sami za sebe. Že spoustu informací z nich musíme nějakým způsobem dolovat, nedokáží projevit svůj vlastní názor tak, jak klienti, kteří jsou z rodin. To je asi ten největší, nejvýraznější rozdíl.“*

##### Pracovnice Naděje 2

Tato pracovnice návazné služby projevuje velkou orientaci na potřeby klientů, všímá

si zejména přínosů v jejich sociálním začleňování, samostatnosti, sebeobslužnosti a pracovními návykům. Opět uvádí konkrétní příklady klientů, u nichž se podařilo dosáhnout žádoucího posunu. Věřící, že je přitom velmi důležitá vůle, kterou se snaží u klientů posilovat.

Kromě pracovně terapeutických činností se služba snaží klienty vtáhnout i do dalších činností, kulturních, zájmových a podobně. Stejně jako předchozí respondentky často zmiňuje nutnost co největšího osamostatnění se, posílení kompetencí, komunikace a socializace. Na otázku, jaký by byl život klientů bez návazných služeb, odpovídá:

*„Nijaký. Nudný, prázdný, šedý. Kam by chodili? Nakupovat jenom, na procházky, ale pořádku, podle mě, by se neseťkávali s těma ostatníma lidma, nebyli by v té společnosti takto zapojení.“*

### **Pracovnice Naděje 3**

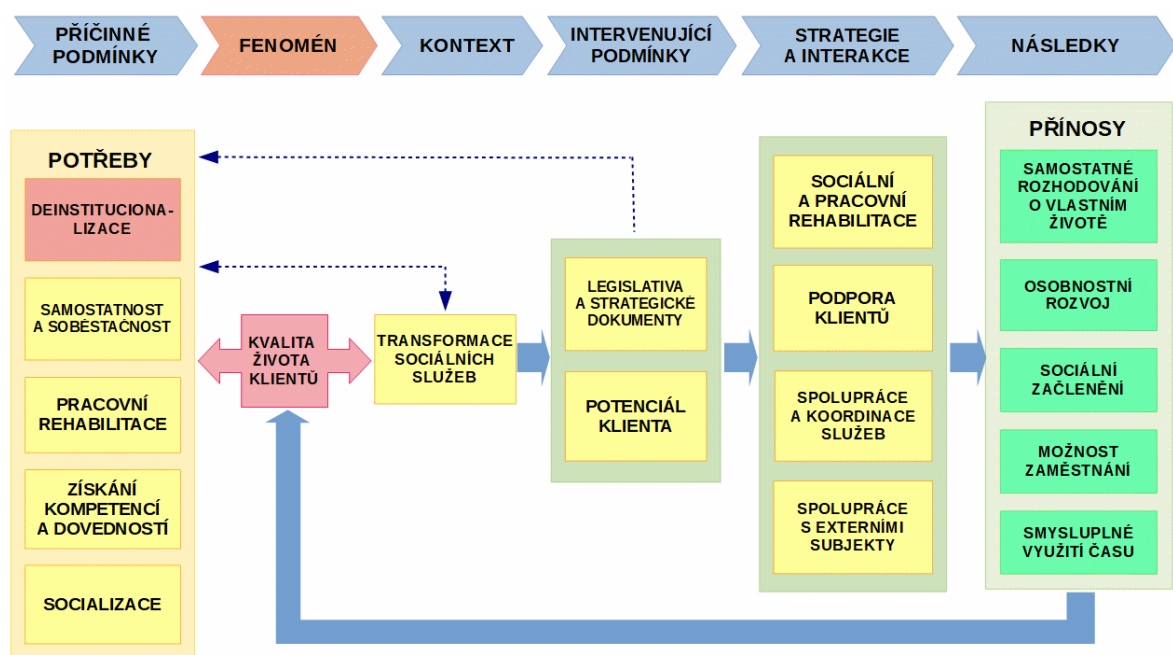
Poslední respondentka pracuje v Sociálně terapeutické dílně Naděje na pozici sociální pracovnice a vedoucí osobní asistence. Do problematiky vnáší poněkud jiný, manažerský pohled. Její výpověď je velmi orientovaná na cíle a strategie, pomocí nichž chce těchto cílů dosáhnout. Ve výpovědi je patrná i orientace na budoucí možnou zaměstnatelnost klientů a jejich co největší samostatnost. Klade důraz na nutnost spolupráce mezi jednotlivými službami, ať již pobytovými, nebo návaznými. Během rozhovoru několikrát zmiňuje potřebu spolupráce s jinými subjekty, kterými jsou například opatrovníci klientů, nebo jejich rodiny. Zdůrazňuje zaměření na člověka – klienta a nutnost individuálního přístupu k němu: *„Mluvíme vůbec o tom jeho životě, že se ho ptáme na věci, na které se ho nikdy v životě nikdo neptal, to znamená, jaké má přání, co by chtěl, kde by se viděl a podobně a snažíme se jim ukazovat ty možnosti. Můžeš tohle, můžeš tohle, můžeš tohle. Na druhou stranu, když jim ukazujeme ty možnosti, tak zároveň se s ním bavíme o tom, jaká je jejich zodpovědnost, nebo jaké jsou následky. To znamená, my je vlastně pouštíme do přiměřeného rizika, necháme je dělat chyby, protože chybami se člověk učí a naším cílem je, aby si oni uvědomili sami sebe, tu jejich pozici v životě a čeho můžou dosáhnout.“*

V další části respondentka hovoří o nutnosti dlouhodobé, systematické práce s klientem, zejména u klientů pobytových služeb a nutnosti spolupráce mezi zainteresovanými subjekty:

„U těch lidí z těch pobytových služeb je to hodně běh na dlouhou trať, že to, co my třeba uděláme s klientama z rodin za rok, tak s klientem z pobytové služby se to třeba udělá za tři roky. Takže nevzdávat to, ale jet prostě tím směrem. Ale říkám, důležitá je tam ta spolupráce všech subjektů, kteří jsou v tom životě toho člověka, ať je to rodina, opatrovník, chráněnko, sociální rehabilitace, my, veřejnost, cokoliv.“

## 4.6 Paradigmatický model

Po důkladné analýze a kódování rozhovorů byl na základě přiřazených kódů a kategorií a nalezení vztahů mezi nimi sestaven paradigmatický model zakotvené teorie, reprezentovaný následujícím schématem (obr. 6).



Obr. 6. Paradigmatický model zakotvené teorie. Vlastní zpracování.

### 4.6.1 Centrální kategorie – fenomén

Fenoménem v paradigmatickém modelu je kvalita života klientů. Vlivy činností návazných služeb na kvalitu života jsou předmětem výzkumu, tvoří proto přirozenou centrální kategorii, kolem níž se soustředí všechny ostatní. Je konečným cílem veškerých zkoumaných aktivit návazných služeb – v paradigmatickém modelu strategií a interakcí.

#### 4.6.2 Příčinné podmínky

Příčinnými podmínkami jsou dle Strausse a Corbinové (1999, s. 73) „události nebo případy, které vedou k výskytu, nebo vzniku jevu.“

Dlouhodobý, mnohdy celoživotní pobyt ve službách ústavního typu zanechal na klientech negativní následky – institucionalizaci, která má být odstraněna. Život klientů byl do značné míry řízen institucí, v níž žili a kde se stýkali jen s velmi omezeným počtem lidí. Neměli téměř žádnou možnost rozvoje. *„Možná je to tím, že byli v ústavu. A byli brždění. Co si budeme povídat, prostě byli brždění. Ten klient, který vyrůstal v domácnosti, třeba s rodiči, tak přišel o rodiče, prostě ocitl se v sociální rehabilitaci, má úplně jiné kompetence.“* (Elim 1) Jejich sebedůvěru a schopnost rozhodování se o vlastním životě je třeba postupně budovat. *„Mají potíže v komunikaci, mají potíže při nějakém začleňování do kolektivu, tím že si nevěří, a že ani neznají ty možnosti jaké můžou být, nevěří si v tom co zvládnou, v čem jsou dobří, v čem se můžou posunout“* (Naděje 3).

Během analýzy s pomocí otevřeného a axiálního kódování bylo nalezeno celkem pět příčinných podmínek. Potřeba *deinstitutionalizace* tvoří nejdůležitější z nich, která se v paradigmatickém modelu rozpadá na čtyři samostatné příčinné podmínky, které lze souhrnně nazvat *potřebami*. Na tyto potřeby lze nahlížet jako na samostatné (existovaly by, byť patrně v menší míře, i u klientů, kteří netrpí ústavním postižením), nebo jako na přirozené součásti potřeby deinstitutionalizace.

#### Potřeba samostatnosti a soběstačnosti

Potřeba zvýšení samostatnosti a soběstačnosti je klíčová u klientů, kteří dlouhodobě pobývali v ústavech. V rozhovorech se o této potřebě zmiňují pracovníci všech typů služeb, přičemž uvádějí aktivity, které klientům v této nejvíce pomáhají. *„Co se týká nácviku vůbec samostatného bydlení, to se podařilo u všech. Že dneska jsou, možná do omezené míry, ale v podstatě všichni, do nějaké míry jsou schopni se sami o sebe postarat, sami se rozhodnout co budou jíst na snídani, na večeře. Vůbec ta sebeobsluha, nebo kolem domácnosti už probíhaly nácviky úklidu, nácviky vytírání, vysávání, utírání prachu, nácviky v kuchyni, umývání nádobí.“* (ChB 1)

Podobně pracovníce Sociálně terapeutické dílny Naděje odpovídá na otázku, v čem u klientů



došlo k nejvýraznějšímu zlepšení: „... samostatnost a sebeobsluha, protože tady v dílně si vlastně všichni všechno dělají sami, klienti mají své čaje, kávu ve skřínkách popsané, každý si všechno připravuje sám. Takže vlastně samostatnost.“ (Naděje 1)

### **Potřeba pracovní rehabilitace**

Tato kategorie souvisí především s možnou zaměstnatelností klientů ať již na běžném, nebo chráněném trhu práce. Rozvojové aktivity jsou převážně zaměřeny na osvojení si pracovních návyků, přičemž zároveň klienti získávají praktické znalosti, které jsou uplatnitelné jak v běžném životě, tak případně i v zaměstnání. „Naším cílem je, aby v naší dílně do budoucna, v nějakém časovém horizontu, jsme měli klienty, kteří chodí každý den, aby byli zaměstnatelní na tom trhu práce, pokud to teda nějakým způsobem půjde... My to máme nastavené u nás v dílně tak, aby se toto naučili, aby to pro ně nebylo těžší, kdyby nastoupili do nějakého zaměstnání chráněného, nebo jakéhokoliv jiného.“ (Naděje 2)

„Tak samozřejmě že to, co se naučí v těch návazných službách, tak používají. A hodně jich věří v to, že budou mít tu práci někde placenou.“ (Naděje 3)

Za dobu docházení do návazných služeb jsou u klientů patrné značné pokroky právě v oblasti rozvoje pracovních návyků: *Konkrétní přínos mám tady třeba z klienta, který měl šílený problém přijít včas. Nechodil nikde včas, na žádnou aktivitu nepřišel včas, ještě navíc je to kuřák, takže chodil na přestávky, přestávky nedodržel, pořád jsme to řešili dokolečka... A postupem času... dnes ten klient přijde přesně v osm, nebo už čeká, když třeba přijde těsně před osmou. Když jde na přestávku, přesně dodrží deset minut a v tom čase se daleko líp orientuje než předtím, než na začátku. To, že se tento cíl splnil. Vidím přínos hlavně v tom, že teď se chystá do práce. (Elim 1)*

Aktivity ve službě pracovní rehabilitace kladně hodnotí i sami klienti. „No řekl, chtěl bych říct že, že hodně mě jako naučili a chtěl bych jim být také za to aj vděčnej.“ (Klient 3)

### **Získání kompetencí a dovedností**

Tato kategorie úzce souvisí s předchozí kategorií, její záběr je ale širší. Nejedná se jen o potřebu získání praktických dovedností, ale také například sebeobslužných činností, orientace v okolí, plánování času a činností, nakládání s penězi apod. Kategorie rovněž zahrnuje sociální dovednosti. Získáním všech zmíněných dovedností se snižuje závislost

klientů na sociální službě, posiluje se jejich sebevědomí a uvědomění si vlastních možností. Pracovnice zmiňují velký pokrok za dva roky po transformaci, zmiňují dovednosti, které klienti postrádali v době změny pobytové služby po transformaci, a které v současné době již mají, nebo je postupně získávají.

*„Určitě se zlepšili v komunikační dovednosti... A tady u těch klientů toho ústavu, oni mají strašně velký potenciál a věci se učí. A dokážou se to naučit. Vidíme spoustu splněných cílů.“*

(Elim 1)

*„Naučili vlastně docházet na ten Městský úřad a vyhledat svého opatrovníka, takže když něco potřeba zařídít, neříkám, že každý, ale hodně si jich dokáže sama za ním zajít a vyřídít si určité věci.“* (ChB 3)

*„Ale co je důležité, nebudu mluvit teď o konkrétních činnostech, ale aby tu činnost si dokázal ten klient i zařadit do nějakého významu, že je důležitá, že není udělaná jen tak, aby se zabavil, a aby byla dělaná od začátku do konce. Takže s přípravou, s tím, že ten klient ví, co dělá, proč to dělá, dokáže si to pak po sobě sklídit, a vlastně ta náplň jakoby procvičování motorických vlastností, dovedností, procvičování toho systému, aby ta práce měla začátek, trvání a konec.“* (Naděje 1)

Velmi důležité pak je, že získávání dovedností je uspokojující pro samotné klienty. Baví je zejména rukodělné činnosti, zmiňují např. keramiku, drobné opravy nábytku, vaření, šití a podobně. *„Dělám různou keramiku, lepení mozaik, no, a to dělám, se šlikrem, vlastně co se, naučil jsem se a baví mě to.“*

## Socializace

Po změně typu pobytové služby se klientům otevřela možnost navazování vztahů jak s lidmi z místní komunity, tak s klienty návazných služeb, které společně s nimi navštěvují. Výrazně jim v tomto směru pomáhají také různé skupinové socializační aktivity. Důležitým předpokladem bylo zvládnutí základních sociálních a komunikačních dovedností, orientace a bezpečný pohyb ve městě. Klienti dnes samostatně dokáží docházet kam potřebují, díky tomu se zlepšily i možnosti navazování kontaktů s běžnou společností. Sami také vyhledávají změnu prostředí a nové vztahy.

*„Teď spoustu uživatelů chodí sem za účelem jakoby, v uvozovkách, jít pryč z toho domu, z toho stejného prostředí, jakoby dostat se mezi lidi, mezi cizí lidi, nové lidi, poznávat nové*

*lidi, získat třeba nové kamarády, jo, ono to potom i vyplývá z těch individuálních plánů, že vlastně ten cíl, zapojení do společnosti ten klient pojmenuje „chci kamaráda“ (Elim 1).*

Specifickou pozici má kategorie **kontext**, kterou je *transformace sociálních služeb*. Tato kategorie by zdánlivě mohla stát ve skupině příčinných podmínek, neboť právě transformace sociálních služeb byla určitým spouštěcím mechanismem, který nutnost uspokojit skutečné potřeby klientů vynesl na povrch. Samotná transformace sociálních služeb je však pouze technickou záležitostí, nejedná se o potřebu klienta, nebyla tedy zařazena mezi příčinné podmínky. Na druhou stranu, právě v kontextu transformace, a zejména období po ní, dochází ke všem změnám, které mají vliv na kvalitu života klientů a které jsou popisovány v této práci.

#### 4.6.3 Intervenující podmínky

Intervenujícími podmínkami podle Strausse a Corbinové (1999, s. 75) jsou podmínky, které „usnadňují, nebo naopak znesnadňují použití strategií jednání nebo interakce v určitém kontextu.“ V tomto případě jsou intervenujícími podmínkami *Legislativa a strategické dokumenty*. V rozhovorech jsou tyto podmínky zmiňovány pouze okrajově. Představují však na jedné straně určité limity, mantinely, do nichž se musí činnost sociálních služeb vejít, tak na straně druhé formou doporučení napomáhají v uskutečňování jejich cílů.

Jako *potenciál klienta* jsou chápány zejména individuální možnosti každého jedince, které je nutné při snaze o jeho rozvoj brát v úvahu. Jedná se zejména o klientovu intelektuální kapacitu, úroveň jeho kognitivních schopností, osobnostní charakteristiky, věk, pohlaví a podobně, ale také o soubor dovedností, které již klient ovládá, a které je vhodné rozvíjet. Právě individuální posouzení klientova potenciálu umožňuje přesnější zaměření a plánování pro něj vhodných aktivit tak, aby bylo maximálně využito jeho potenciálu. S rostoucími schopnostmi klienta pak dále hledat nové (dosažitelné) cíle.

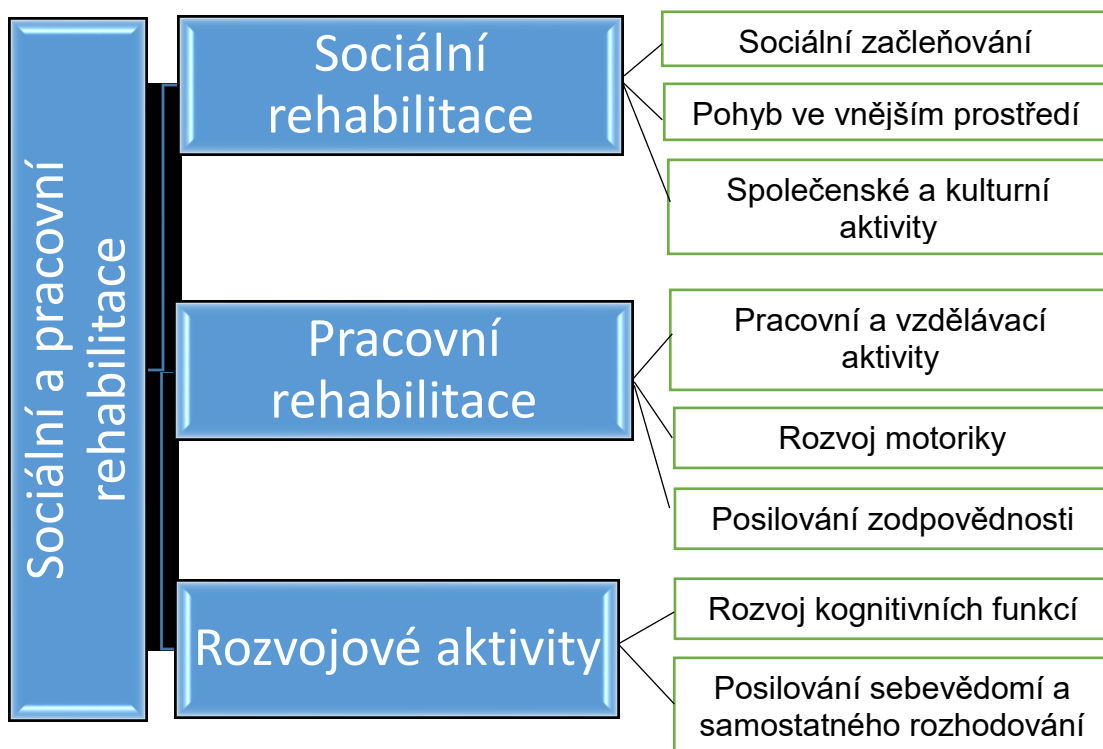
*„Jsou klienti, kteří jsou podle mě v Chráněném bydlení, ale do budoucna, za několik roků by třeba mohli bydlet samostatně s podporou jiné služby, terénní a zvládli by ten život, jak kdyby mají ty předpoklady ten život posunovat ještě dál, než kde jsou teďka.“ (Naděje 3)*

#### 4.6.4 Strategie a interakce

Strategie, nebo interakce je jednání „záměrné, zacílené, činěné z nějakého důvodu a je reakcí na jev, nebo pokusem o jeho zvládnutí.“ Reakcí na příčinné podmínky, jimiž jsou deinstitutionalizace a dílčí potřeby od ní odvozené, jsou aktivity vyvíjené v návazných službách, které mají za cíl tyto potřeby naplnit. Vzhledem k cíli této práce jsou právě strategie a interakce klíčové, neboť jedním z cílů výzkumu je zjistit, které aktivity v návazných službách mají největší přínos pro kvalitu života klienta.

##### 4.6.4.1 Sociální a pracovní rehabilitace

Tato kategorie je velmi široká, spadá do ní mnoho různých činností, které se vztahují k naplnění potřeb, definovaných v paradigmatickém modelu jako příčinné podmínky. Kategorii byla rozdělena na tři subkategorie, každá z nich je reprezentována dvěma až třemi kódy, viz obr. 6.



Obr. 7. Kategorie Sociální a pracovní rehabilitace. Vlastní zpracování.

## Sociální rehabilitace

Sociální začleňování je jedním ze stěžejních cílů sociální rehabilitace. Za jeden z největších přínosů návazných služeb považují respondentky skutečnost, že se návazné služby zaměřují na oblasti, kterým se pracovníci v bytové službě z časových důvodů věnovat nemohou.

V oblasti sociálního začleňování zaznamenávají výrazný posun pracovníce všech typů služeb i sami klienti. Pracovnice považují za velký přínos to, že se klientům již podařilo navázat kontakty s místní komunitou a sít se s ní.

*„Dneska si myslím, že naprosto zapadli, dokonce se dávají do řeči třeba tam s někým, s kým jezdí furt v autobuse a už se znají od vidění.”* (Elim 1)

*„Jeden z klientů se účastní zpívání, jezdí na soutěže, taky se tam setkává, poznává nové lidi, on je hrozně takový komunikativní, takže pro něj je to velkým přínosem.”* (ChB 1)

*„Dokonce tady navázala vztah s klientem a řešíme, že by ho chtěla pozvat do kina. A už se domlouvala ještě i s jinou klientkou, že by šly do plavání nebo do kina. Což je taková zajímavá, prostě výborná věc, protože ona se opravdu bála, oni to řešili tou rehabilitací, že se bojí chodit po městě, že původně je z jiného města, a teda tady takový krůček, že by třeba chtěla s někým do kina nebo na kávu nebo někam, tak to teda jako považujeme za velký krok kupředu.”* (Naděje 1)

*„...už to tam znají, i paní za přepážkou, výpravčí, strojvedoucí a půl personálu, nebo tři čtvrtě, takže když je příležitost, tak se tam jsou za nima podívat, vždycky si popovídají, dokonce když něco sem tam se peče tady, tak jim donesou, a dokonce jsem si všimla, že oni jim dávají nějaké drobné dárky, ti zaměstnanci.”* (ChB 2)

*„Ano, ano a jsem taky rád že se dostanu mezi lidi a že a že se s nimi povyprávím.”* (Klient 3)

Pokud jde o pohyb ve vnějším prostředí, za nejdůležitější lze považovat nácvik orientace a pohybu ve městě, který dává klientům určitou svobodu a nezávislost na službách. Značný posun v této oblasti zmiňují pracovníce Chráněného bydlení a služby Sociální rehabilitace Elim.

*„Většina se naučili sami pohybovat po městě, jezdit autobusem, dostat se tam, kam chtěou, naučili jsme je chodit do knihovny třeba, do hudebního oddělení, kde si sami dojedou, půjčí si cédéčko, které si doma poslechnou, nebo tam si poslechnou, vlastně i do knihovny jsme s nima chodili.”* (Elim 2)

Součástí sociální rehabilitace jsou také společenské a kulturní aktivity, které doplňují předchozí aktivity a jsou zaměřeny na socializaci formou zábavy a smysluplného vyplnění volného času. Tyto činnosti zajišťuje pro klienty Chráněného bydlení Vsetín především služba sociální rehabilitace Elim.

*„Elim je hodně o tom, že hodně s klientama chodí do různých míst, jezdí s nima na výlety, což my nemáme tolik pracovníků, abychom s nima takto jezdívali.“ (ChB 3)*

*„Pořádáme i další akce, a to v přirozeném prostředí. Protože tady toto je jaksi takové chráněné prostředí, že ten člověk sem přijde, ale pořád se tady potká jenom s ostatníma klientama. Takže občas vyrážíme i do ulic, do takového normálního, běžného prostředí, chodíme například do restaurace, chodíme na bowling, byli jsme na minigolfu, kde vlastně ten uživatel přijde do kontaktu i s normálním, klasickým prostředím, nejenom tady s tím sociálním, chráněným.“ (Elim 1)*

### **Pracovní rehabilitace**

Činnostmi, které je možné považovat za pracovní rehabilitaci klientů se zabývá jak pobytová služba, tak služby návazné. Zdaleka největší podíl nese služba Sociálně terapeutická dílna Naděje, pro niž je pracovní rehabilitace hlavní náplní činnosti. Pracovní a vzdělávací aktivity, jejich průběh, přínos a rozvoj jsou proto častým námětem v rozhovorech s respondentkami služby Naděje. Služba má připraveny tři programy rozvíjející tyto dovednosti, používá propracovaný systém plánování s vysoce individuálním přístupem ke klientům.

*„Od nového roku máme nový systém, který se nám zatím velice osvědčuje, trvá to teďka tři měsíce, a je to o tom, že máme všechny klienty rozdělené na skupinky, zhruba po čtyřech až pěti klientech a každý pracovník v sociálních službách má na starosti svůj vlastní program, na čtyři měsíce, než se to všechno otočí, a vlastně celý ten jeden měsíc je s těmi pěti klienty v jednom programu.“ (Naděje 1)*

*„Klienti z Chráněného bydlení jsou zařazeni ve třech programech, které tady máme: Hospodář, Výtvarník a Řemeslník, v každém programu trénují pracovní schopnosti a dovednosti plus další věci, jako je procvičování jemné motoriky, učí se procesy od začátku do konce, to znamená, že pokud se tu vyrábí nějaký výrobek, ať už v řemeslné dílně nebo ve výtvarné dílně, tak se nepodílejí na tom, na části toho procesu, ale od začátku do konce.“ (Naděje 3)*

Již zmíněný rozvoj motoriky považují za velmi přínosný pracovníce ChB i návazných služeb.

*„Další příklad uvedu, i co se týká rukodělných prací, jemná motorika, ti klienti mají strašně špatnou jemnou motoriku, a tam se to aspoň trošičku učí a cvičí ty prsty, aby jim to nezakrnělo úplně.“ (ChB 1)*

*„To byl klient, který se nám posunul tady v té jemné motorice, bych řekla za tu dobu, jo, že byl velice nešikovný, nic neudržel v podstatě v ruce, všechno mu padalo. Takže tím tréninkem asi v té dílně... ho to posunulo, že se zapojuje do vaření, do úklidu, do různých prací v domácnosti a postupně se učí takovou tu sebeobsluhu, pořádnou hygienu kolem sebe, uložit si věci, poskládat, zapínání knoflíků, což dřív v podstatě u něj nebylo možné.“ (ChB 2)*

*„Ze začátku tvrdil: „Ne, já šít nemůžu, protože to neumím, neznám, neviděl jsem, nechci to dělat, ale postupně, zase tím individuálním plánováním a přístupem pracovníků, se nám podařilo, že třeba zvládl něco udělat.“ (Naděje 3)*

Posilování zodpovědnosti souvisí především s přípravou na případné zaměstnání. Cílem je dosáhnout co největší samostatnosti klientů, posilování jejich zodpovědnosti a budování pracovní návyků. Klienti si mají zvyknout na určitý pravidelný režim a dodržování dohodnutých pravidel.

*„Důležité je asi to, že ti klienti mají zodpovědnost do té dílny přijít, mají zodpovědnost si zapsat, kdy přišli, kdy odešli, mají v podstatě nějaký program a plán, a v případě, že přijít nemůžou, tak se musí omluvit, máme nastaven systém dovolenek, takže máme klasické dovolenky, jaké se vypisují normálně v běžném zaměstnání.“ (Naděje 3)*

Podle stejné respondentky by bylo také vhodné, aby klienti navštěvovali terapeutickou dílnu častěji, nejlépe každý pracovní den. Dále ve své výpovědi podrobně popisuje příklady zlepšení u jednotlivých klientů. Vnímá také rozdíl mezi klienty z rodinného prostředí a z pobytových služeb.

*„Řekla bych, že problém je malinko v komunikaci. Přijdou mi, že z chráněnka se neumí vyjádřit sami za sebe. Že spoustu informací z nich musíme nějakým způsobem dolovat, nedokáží projevit svůj vlastní názor tak, jak klienti, kteří jsou z rodin. To je asi ten největší, nejvýraznější rozdíl.“*

### **Rozvojové aktivity**

Tuto subkategorii tvoří aktivity, nezahrnuté v předchozích dvou subkategoriích. Jedná se především o rozvoj kognitivních funkcí a aktivity směřující k posilování sebevědomí a samostatného rozhodování. Rozvoj kognitivních funkcí je zmiňován všemi skupinami respondentek především v souvislosti s jinými druhy aktivit, u nichž je důležitá schopnost klientů přemýšlet (především o práci). Samostatně se téma v rozhovorech vyskytuje v souvislosti s činnostmi, které mají za cíl procvičování paměti.

*„Je pro nás důležitá práce s chybou. Víme, že to nejde hned, že každý klient má jinou schopnost se adaptovat, jinou schopnost se do toho procesu zapojit, ale co je důležité... aby tu činnost si dokázal ten klient i zařadit do nějakého významu, že je důležitá, že není udělaná jen tak, aby se zabavil, a aby byla dělaná od začátku do konce.“* (Naděje 1)

*„Probíhají cvičení paměti, buď individuálně, nebo ve skupině, kde zase procvičují se kognitivní funkce, paměť... Máme buď různé hry, nebo si pracovník nachystá různé úkoly, hrajeme třeba kimonovou hru, nějaké předměty, kartičky, cokoli si mají zapamatovat a trénujeme i dlouhodobou paměť, třeba opakujeme názvy měsíců, jaké je datum, kdy se narodil uživatel a tak. Na individuálních schůzkách jsme uživatele učili třeba podepsat se, což je pro ně velmi důležité, učili se napsat adresu, zapamatovat a takové ty běžné ty, jako kdy jsem se narodil, kde vůbec bydlím.“* (Elim 2)

Posilování sebevědomí a samostatného rozhodování je důležitou strategií, která má vést k postupné deinstitucionalizace klientů. Problém reflektují respondentky všech zkoumaných služeb, pobytové i návazných a v této souvislosti hovoří především o posilování schopnosti vlastního rozhodování. V praxi jde především o rozhodování či spolurozhodování o aktivitách, které bude klient navštěvovat a o samotném průběhu těchto aktivit, případně o rozhodování o běžných, každodenních záležitostech.

*„Každý, jak chce, co ho baví, co ho táhne, tak si vybere a vlastně ta spolupráce probíhá tak, že klient si řekne, co by chtěl, pak se sestavuje individuální plán, domlouváme se, na které aktivity by chodil podle jeho i našich možností.“* (Elim 1)

*„My tady chceme, aby si zaprvé donesli svůj vlastní čaj, takže si ho šli koupit, vybrali, rozhodli se jaký chtějí, aby tady si ho sami uvařili, aby tady sami měli zodpovědnost za to, že mají tu svoji krabičku, kterou si prostě podepíší, či jsou a aby tady ten proces zvládli od začátku do konce. Tohle mohou uplatnit v Chráněném bydlení, můžou to uplatnit potom dále v životě.“* (Naděje 3)



#### 4.6.4.2 Podpora klientů

Klienti s mentálním postižením potřebují po přechodu do Chráněného bydlení získat mnoho nových dovedností a schopností. Nemohou to však zvládnou sami, velmi důležitá je v tomto ohledu role pracovníků v sociálních službách, jejich neustálá podpora, která může tento proces usnadnit a urychlit. Nejedná se přitom jen o dopomoc s činnostmi, které klienti chráněného bydlení sami nezvládají. Podpora spočívá především v tom, že klient, musí cítit, že za ním pracovník stojí, že, pokud je v nejistotě, mu s jeho rozhodováním pomůže. Tato podpora mu dodává potřebnou jistotu a oporu. Podpora klientů je pracovníci často zmiňována právě v souvislosti s institucionalizací klientů.

*„Nevěří si ani v tom, že by mohli spoustu věcí zvládnout samostatně a zvládat ten život, prostě posunovat ho někde. Stejně tak jako u role dospělého člověka, protože pro mnoho lidí ve veřejnosti jsou to lidé s postižením... Takže je hodně směřujeme, podporujeme v té roli dospělého člověka, dospělého muže a podobně.“*

#### 4.6.4.3 Spolupráce a koordinace služeb

O nedostatečné koordinaci a spolupráci služeb hovoří zejména respondentka Sociálně terapeutické dílny Naděje. Její výpověď je velmi orientovaná na cíle a strategie, pomocí nichž lze těchto cílů dosáhnout. Patrná je orientace na budoucí možnou zaměstnatelnost klientů a jejich co největší samostatnost. Klade důraz na nutnost spolupráce mezi jednotlivými službami, ať již pobytovými, nebo návaznými. Během rozhovoru několikrát zmiňuje potřebu spolupráce s jinými subjekty, kterými jsou například opatrovníci klientů, nebo jejich rodiny. Zdůrazňuje zaměření na člověka – klienta a nutnost individuálního přístupu k němu: *„Mluvíme (s klientem, pozn.) vůbec o tom jeho životě, že se ho ptáme na věci, na které se ho nikdy v životě nikdo neptal, to znamená, jaké má přání, co by chtěl, kde by se viděl a podobně a snažíme se jim ukazovat ty možnosti. Můžeš tohle, můžeš tohle, můžeš tohle. Na druhou stranu, když jim ukazujeme ty možnosti, tak zároveň se s ním bavíme o tom, jaká je jejich zodpovědnost, nebo jaké jsou následky. To znamená, my je vlastně pouštíme do přiměřeného rizika, necháme je dělat chyby, protože chybama se člověk učí a naším cílem je, aby si oni uvědomili sami sebe, tu jejich pozici v životě a čeho můžou dosáhnout.“* (Naděje 3)

#### 4.6.4.4 Spolupráce s externími subjekty

Externími subjekty jsou myšleny organizace a jednotlivci, jiní než sociální služby, kteří jakýmkoliv způsobem ovlivňují život klienta.

O nutnosti dlouhodobé, systematické spolupráce hovoří opět pracovnice STD Naděje. Tuto spolupráci hodnotí jako naprosto nedostatečnou, především v souvislosti s možným zaměstnáváním lidí s mentálním postižením.

*„Tady je problém jenom v tom že prostě Úřad práce, kde mají provádět pracovní rehabilitaci, tak to sice dělají, ale ne pro lidi s mentálním postižením. S nima oni si neví rady a nechcous s nima, jak kdyby pracovat. Takže nefunguje taková ta návaznost v tom širším okruhu. A když se přímo bavíme o tom zaměstnávání lidí s mentálním postižením, tak prostě to není a nefunguje to.“*

Dlouhodobá a systematická spolupráce jak sociálních služeb mezi sebou, tak sociálních služeb s externími subjekty je důležitým předpokladem k tomu, aby bylo možné u klientů dosáhnout viditelných pozitivních změn. Institucionalizace klientů je komplikací, kterou je nutné překonat.

*„U těch lidí z pobytových služeb je to hodně běh na dlouhou trať, že to, co my třeba uděláme s klientama z rodin za rok, tak s klientem z pobytové služby se to třeba udělá za tři roky. Takže nevzdávat to, ale jet prostě tím směrem. Ale říkám, důležitá je tam ta spolupráce všech subjektů, kteří jsou v tom životě toho člověka, ať je to rodina, opatrovník, chráněnko, sociální rehabilitace, my, veřejnost, cokoliv.“ (Naděje 3)*

#### 4.6.5 Následky – přínosy

Dle Strausse a Corbinové má jednání nebo interakce reagující na jev určité výsledky, nebo následky (Strauss a Corbinová, 1999, s. 78). V paradigmatickém modelu tohoto výzkumu jsou jako následky definovány přínosy ke kvalitě života klientů, které vznikají jako výsledky působení strategií a interakcí popsanych v předchozí podkapitole.

**Rozhodování o vlastním životě** je neoddělitelnou součástí deinstitutionalizace klienta, omezení závislosti na službě. Proces, během nějž klient schopnost tohoto rozhodování získá není snadný, lze vypořádat, že se mu klient do jisté míry může i bránit. Ze samostatného rozhodování má zpočátku strach a v jistém smyslu je pro něj i pohodlnější, když za něj

o všem rozhoduje někdo jiný, navíc je na tento způsob života dlouhodobě zvyklý. Za dva roky po transformaci je pozorovatelný značný posun v této oblasti. Největší zásluhu na tom mají právě návazné služby.

*„Bez návazných služeb si myslím, že ti klienti by nebyli posunuti tam, kam jsou dneska. Jakože to hodně, hodně bylo přínosem pro ně. Jsou akčnější, jsou šikovnější, jsou sebejistější, jsou otrkanější, nebojácnější. Opravdu musím říct, že je to posouvá a že jsme rádi, že je můžou navštěvovat, tady ty služby, že to je pro ně fajn.“* (ChB 2)

*„Vlastně byli několik let zavření, měli přesný režim, když chtěli na záchod, museli se prostě ptát, takže postupně spoustu takových věcí jako odbouráváme. Nemohli se rozhodovat sami o sobě a podobně, takže všem klientům dáváme takovou tu možnost se rozhodovat i u těch, v uvozovkách, banálních věcech třeba pro nás, které nejsou banální věci pro ně.“* (Naděje 3)

*„Povzbuzujeme a dodáváme jim trošku i to sebevědomí, aby si více věřili. Celý život je někdy někdo srážel nebo jim nedal ten prostor, tak tady jim dáváme ten prostor citový.“* (Naděje 2)

Možnosti **osobnostního rozvoje** se týkají člověka jako celku, souvisí s jeho vrozenými dispozicemi, ale také se zkušenostmi získanými během života. Osobnost lze aktivně rozvíjet, především učením. V návazných službách je osobnost klientů ovlivňována v průběhu prakticky všech aktivit. Rozvíjeny jsou jejich komunikační dovednosti, stejně jako praktické dovednosti a návyky, které mají přímý vliv na soběstačnost a sebeobsahu, sociální kompetence a řada dalších schopností. Jednou z klíčových vlastností je smysl pro zodpovědnost, který se návazné služby snaží systematicky budovat.

*„Musí komunikovat, musí zdokonalovat svoje komunikační dovednosti, aby si prostě dokázali vyřídit ty svoje záležitosti, i když my tam nejsme, což oni už dokážou.“* (ChB 1)

*„Určitě se zlepšili v komunikační dovednosti, ze začátku byli takoví bázlivi. Působili tak i třeba když chodili po městě, tak hodně lidí si všimlo, že jsou jiní. Dneska si myslím, že naprosto zapadli.“* (Elim 1)

*„Výborné je to, že oni prostě ví, že kdy mají jaké aktiviy, kdy mají ty návazné služby a že už to, že musí vstanout na ten čas, že si to musí rozplánovat, že musí třeba si jít lehnout dřív den předem, aby vstnul třeba v sedm, protože na osm už má někde být, tak už tohle je jako velký posun pro ně, to je velká škola.“* (ChB 2)

*„To znamená že se můžou posunout třeba v tom, že budou schopni někde chodit sami, že budou schopni hospodařit s penězi, že ví, jaké ty bankovky mají hodnotu, ví co můžou dělat, můžou přemýšlet o tom, že je fajn mít placené zaměstnání.“* (Naděje 3)

**Sociální začlenění** (inkluze) je dalším z přínosů aktivit v návazných službách. U některých z nich je sociální začlenění primárním cílem, v dalších se jedná o socializaci v rámci skupinových aktivit, rozvíjejících dovednosti, které jsou pro sociální začlenění klientů předpokladem (např. zvládání péče o vlastní osobu, nácvik pohybu ve vnějším prostředí atd.). Sociálnímu začleňování v jistém smyslu napomáhají i aktivity, které mají jiné cíle (např. osvojování si pracovních návyků), ale klienti se v rámci nich setkávají s jinými klienty i s lidmi z běžné populace. V rozhovorech s pracovníky sociálních služeb je toto téma poměrně frekventované, pozitivní odezvu má i u samotných klientů.

*„Důležitou věcí si myslím, že je, začleňování se do společnosti, že ti klienti se můžou tady potkat s ostatními kolegy a nějakým způsobem se socializovat. Což zejména pro ty naše klienty, na které se ptáte, z Chráněného bydlení, jsou určitě důležité, aby nebyli jen s tou svojí komunitou.“* (Naděje 1)

*„Když sem přišel ze Zašové, tak mluvil v podstatě jenom tak možná se dvěma pracovníci, s nikým moc nekomunikoval, a dneska už teda, řekla bych, tu pusu nezavře, že teda hodně mluví, mluví se všema a nemá problém mluvit i s cizíma lidma. A už není takový vystrašený, že, když ho někdo potká z návazné služby, tak se s ním na chodbě zdraví a je rád, že ho potkal.“* (ChB 2)

*„Přináší mi to velkou, velkou úlevu a rad se dostanu mezi lidi. Vím, že se něco naučím.“* (Klient 3)

**Možnost zaměstnání** je v případě mentálně postižených klientů poměrně problematická. Limitující jsou možnosti a schopnosti jednotlivých klientů, což je velmi komplexní problém, který ovlivňuje mnoho faktorů. Proto je jak při jejich přípravě na zaměstnání, tak při vyhledávání vhodného zaměstnání a zaměstnávání samotném nutný vysoce individuální přístup. Klíčová je přitom úloha návazných sociálních služeb ve snaze o neustálý rozvoj klienta, ať již jde o rozvoj jeho osobnosti, učení se novým praktickým dovednostem, nebo získávání a upevňování pracovních návyků. Návazná služba Sociálně terapeutická dílna Naděje plní svoji úlohu velmi dobře. Některé klienty se jí již podařilo na trhu práce umístit, u ostatních na přípravě na jejich zaměstnání systematicky pracuje.

*„Učili jsme třeba, nebo učíme hledat práci, připravit se na pohovor, napsat životopis. Spoustě uživatelů se nám povedlo pomoci jim najít práci.“ (Naděje 1)*

*„Dáváme jim tu zkušenost, jak dlouho můžou pracovat, oni prostě sami tu zkušenost získávají. Když se nějakého klienta zeptáte, jak dlouho by dokázal pracovat, tak nedokáže ani odpovědět, protože to sám nikdy nezažil, takže prostě nedokáže i říct. Takže vlastně my to máme nastavené u nás v dílně tak, aby se toto naučili, aby to pro ně nebylo těžší, kdyby nastoupili do nějakého zaměstnání chráněného, nebo jakéhokoliv jiného.“ (Naděje 2)*

*„Další klient, tak ten už je dokonce zaměstnaný, tam se ho podařilo zaměstnat, pracuje na DS Jasénka, je tam k ruce panu údržbářovi, takže výborné nácviky na zaměstnání případné. Ví, že musí odejít, ví, že bude pracovat, ví, že se na to musí připravit. Dokonce si sám kupuje svačtinu, když je v práci...“*

Druhým limitujícím faktorem je neochota zainteresovaných organizací, zejména Úřadu práce podílet se na vyhledávání vhodného zaměstnání. Velkou roli hraje také neochota potenciálních zaměstnavatelů zaměstnávat osoby s mentálním postižením, často spojená s určitými obavami a předsudky.

*„Tady je problém jenom v tom že prostě Úřad práce, kde mají provádět pracovní rehabilitaci, tak to sice dělají, ale ne pro lidi s mentálním postižením. S nima oni si neví rady a nechcú s nima jak kdyby pracovat. Takže nefunguje taková ta návaznost potom už v tom širším okruhu. A když se přímo bavíme o tom zaměstnávání lidí s mentálním postižením, tak prostě to není a nefunguje to.“ (Naděje 3)*

Možnosti zaměstnání zvyšují také různé rekvalifikační kurzy, pořádané např. Diakonií ve Valašském Meziříčí. Úlohou návazných služeb je klienty na vstup do takového kurzu připravit.

*„Doufáme, že se bude moc zařadit do programu nějaké rekvalifikace pro postižené a bude moct dojíždět třeba do Valašského Meziříčí, kde je nějaká nabídka učit se do pralinkárny, nebo něco takového.“ (ChB 2)*

*„V Elimu se naučilo hodně klientů, co zde začalo poznávat tady toto město, poznávat okolí, aby mohli docházet do různých míst sami a v Diakonii ve Valašském Meziříčí, tak tam jezdí klienti rádi, že si vydělají své vlastní peníze.“ (ChB 3)*

**Smysluplné využití volného času** lze chápat jako důsledek aktivit jak v návazných službách, tak ve službě pobytové, a to především z pohledu samotných klientů.

Jako smysluplná alternativa nečinnosti, využití svého času užitečným způsobem, odstranění nudy, příležitost k setkávání se s lidmi, navazování vztahů.

*Tazatelka: „A myslíte si, že když by ty návazné služby nebyly... tak že by ten váš život byl stejný? Jaký by byl, kdyby ty návazné služby nebyly?“*

*Klient 1: „Špatný život.“*

*Tazatelka: „A v čem?“*

*Klient 1: „Že bych se nudil a tak, nuda.“*

—  
*Klient 3: „Ano, ano a jsem taky rád že se dostanu mezi lidi a že a že se s nimi povyprávím.“*

*Tazatelka: Takže pro vás je asi nejdůležitější to, že prostě jste mezi těma lidma?“*

*Klient 3: „Ano, ano, přesně tak.“*

*Tazatelka: „Takže kdybyste tam nechodil...“*

*Klient 3: „A seděl bych od rána do večera doma a chodil jenom tam, tam, tam sem byl, tam sem byl, tak to... vlastně to bych ani nebyl na to, na nic v tom případě.“*

#### 4.6.6 Vztah kategorií k centrální kategorii

Centrální kategorií v paradigmatickém modelu je *kvalita života klientů*. Všechny ostatní kategorie jsou uvedeny do vztahu s touto kategorií. Kategorie *příčinných podmínek*, které byly označeny jako *potřeby*, jsou souhrnem nejdůležitějších požadavků, jejichž uskutečněním dochází k žádoucím změnám ve vztahu k centrální kategorii. Zásadní pozici má zde kategorie *deinstitutionalizace klientů*, která se v paradigmatickém modelu rozpadá na *potřeby získání samostatnosti a soběstačnosti, pracovní rehabilitace, získání kompetencí a dovedností a socializace*. Během kódování rozhovorů byly tyto kategorie identifikovány jako klíčové. Změny jsou realizovány prostřednictvím *strategií a interakcí*, kterými jsou jak aktivity v návazných službách, které jsou zastoupeny převážně v kategorii označené jako *sociální a pracovní rehabilitace*, tak další interakce, nalezené prostřednictvím otevřeného a axiálního kódování rozhovorů. Těmito interakcemi jsou *podpora klientů, spolupráce a koordinace služeb a spolupráce s externími subjekty*. Důsledkem změn způsobených

interakcemi jsou přínosy ke kvalitě života klientů. Jedná se o pozitivní vlivy na *samostatné rozhodování o vlastním životě, osobnostní rozvoj klientů, jejich sociální začlenění, zvýšení šancí na možnost zaměstnání* a v neposlední řadě *smysluplné využití času*.

## 4.7 Odpovědi na výzkumné otázky

Výzkum se týkal vlivu návazných služeb na kvalitu života klientů pobytových služeb.

Hlavní výzkumná otázka zněla: *Jak přispěly návazné služby, které navštěvují klienti pobytové služby Chráněné bydlení Vsetín, ke zvýšení kvality jejich života?*

Tato výzkumná otázka je zodpovězena prostřednictvím dílčích výzkumných otázek.

### 4.7.1 Odpověď na první dílčí výzkumnou otázku

**Jakým způsobem se snaží návazné služby přispět k osamostatnění a deinstitucionalizaci klientů?**

V rozhovorech jak s respondentkami návazných služeb Elim a Naděje, tak také pobytové služby Chráněné bydlení je patrná snaha o to, aby klienti postupně nabyli schopností a dovedností, které dlouhodobým pobytem v ústavu nebyly rozvíjeny a ustupovaly do pozadí. Každá z oslovených služeb má jiné zaměření a k řešení tohoto problému má proto odlišný přístup, liší se tedy i aktivity, s jejichž přispěním chtějí se tyto služby snažit svého cíle dosáhnout.

Služba Sociální rehabilitace Elim se zaměřuje především na činnosti, které mají klientům pomoci v každodenním životě. Jedná se zejména o orientaci ve městě a aktivity socializačního charakteru. V tomto směru lze za největší přínos návazné služby považovat zejména **nácvik pohybu ve vnějším prostředí**. Služba v období po transformaci svou systematickou prací s klienty a individuálním přístupem k nim zásadním způsobem přispěla k tomu, aby se klienti dokázali orientovat, volně a bezpečně se pohybovat ve městě Vsetín. Tato dovednost tvoří nezbytný předpoklad k rozvoji dalších dovedností. Je nepostradatelná pro přípravu na budoucí zaměstnání klientů a výrazně přispěla k jejich samostatnosti a soběstačnosti.

Sociálně terapeutická dílna Naděje má za cíl rozvoj takových kompetencí klientů, které by v budoucnu umožnily zaměstnání alespoň některých z nich. Jedná se například o **získání**

**pracovních návyků**, zodpovědnosti ve vztahu k možnému budoucímu zaměstnavateli. Příkladem může být požadavek na dodržování dohodnutých pravidel, pravidelné docházce apod. U klientů, které se nepodaří zaměstnat, ať již na nechráněném, nebo chráněném trhu práce je cílem alespoň **získání praktických návyků**, které mohou v životě využít. Služba Naděje se snaží podporovat klienty v **samostatném rozhodování** o svém životě, v záležitostech, které se týkají jich samotných.

#### 4.7.2 Odpověď na druhou dílčí výzkumnou otázku

##### **Které aktivity nejvíce přispívají k využití rozvojového potenciálu klientů?**

Ze všech aktivit v obou zkoumaných návazných službách vystupují do popředí aktivity, které mají za cíl **přípravu klientů na budoucí zaměstnání**. Nedá se přitom identifikovat jedna aktivita, jde o celý komplex vzájemně provázaných činností, které návazné služby k dosažení tohoto cíle používají. Klíčová je přitom úloha Sociálně terapeutické dílny Naděje, která využívá vysoce individuálního přístupu, individuálního plánování rozvojových aktivit na základě možností, schopností a již získaných dovedností klientů.

U služby Sociální rehabilitace Elim jde především o činnosti, které se zabývají **sociálním začleňováním** klientů, které je pro klienty Chráněného bydlení velmi důležité pro **odstranění následků institucionalizace**. Jedná se o činnosti mající za cíl zlepšení komunikačních dovedností klientů a jejich začleňování do místní komunity.

#### 4.7.3 Odpověď na třetí dílčí výzkumnou otázku

##### **Jak vnímají klienti aktivity v návazných službách?**

Klienti s mentálním postižením žijící v pobytové službě Chráněné bydlení Vsetín vnímají návazné služby a aktivity v nich velmi pozitivně. Vzhledem k jejich mentálním možnostem nelze očekávat, že by si uvědomovali přínos návštěv návazných služeb v plné šíři a souvislostech, přesto je v rozhovorech podstata vystižena velmi dobře. Oceňují zejména **získávání nových dovedností**, v pojetí klientů jde o radost z toho, že se stále něco nového učí. Jeden z dotazovaných klientů má za cíl budoucí zaměstnání, na které se dlouhodobě připravuje. Stranou pozornosti klientů nezůstávají přínosy návazných služeb v oblasti **socializace**, které klienti formulují jako nalezení nových přátel, kamarádů, setkávání se s lidmi. V neposlední řadě je pro ně důležitá aktivizační funkce služeb, tedy **smysluplná činnost** nejčastěji chápaná jako odstranění nudy.



#### 4.7.4 Odpověď na čtvrtou dílčí výzkumnou otázku

##### V čem je možné hledat rezervy v poskytovaných návazných službách?

Odpověď na tuto otázku je nejméně očekávanou odpovědí na dílčí výzkumnou otázku tohoto výzkumu. Ačkoliv bylo cílem nalézt konkrétní aktivity, které by bylo vhodné více rozvíjet, případně které zcela absentují, spočívá odpověď poměrně překvapivě v samotné organizaci sociálních služeb ve Vsetíně. V průběhu rozhovorů byla několikrát zdůrazněna potřeba větší **spolupráce** mezi jednotlivými službami a pravidelné **koordinace** jejich aktivit. Tato spolupráce se ukazuje jako nedostatečná.

Lepší koordinace práce návazných služeb s pobytovou službou a mezi návaznými službami navzájem by měla přinést větší efektivitu při práci s klienty a lepší využití jejich potenciálu. Umožnila by zároveň přesnější individuální nastavení aktivit dle přání klienta s ohledem na jeho možnosti a schopnosti.

Další vhodnou strategií by bylo navázání širší **spolupráce s externími subjekty**, kterými jsou například Úřad práce, organizace města, nebo potenciální zaměstnavatelé. Cílem by mělo být především odstranění bariér, které této spolupráci brání. Jedná se zejména změnu přístupu úřadů, který v současné době lze označit za pasivní, a to především v oblasti vyhledávání vhodných pracovních příležitostí pro klienty s mentálním postižením. U potenciálních zaměstnavatelů jde o prolomení bariér předsudků a stereotypů, spočívajících zejména v zakořeněné představě, že klient s mentálním postižením nebude přínosem, nebude dostatečně výkonný, spolehlivý, jeho práce nebude kvalitní apod.

#### 4.7.5 Odpověď na hlavní výzkumnou otázku

Odpovědi na dílčí výzkumné otázky lze shrnout a odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: *Jak přispěly návazné služby, které navštěvují klienti pobytové služby Chráněné bydlení Vsetín, ke zvýšení kvality jejich života?*

Výsledky výzkumu ukazují, že role návazných sociálních služeb je v oblasti zvyšování kvality života klientů s mentálním postižením, žijícím v pobytové službě Chráněné bydlení Vsetín klíčová, zejména v období po transformaci sociálních služeb měla výrazně pozitivní efekt. Za dva roky, které uplynuly od přestěhování klientů z DOZP Zašová do zařízení rodinného typu – Chráněného bydlení Vsetín se v důsledku realizovaných rozvojových aktivit viditelně snížila míra jejich institucionalizace, tedy závislosti na službě,

nesamostatnosti. Návazné služby, zejména služba sociální rehabilitace Elim a Sociálně terapeutická dílna Naděje úspěšně napomáhají klientům při jejich návratu do přirozeného sociálního okolí. Vlivem činnosti návazných služeb se velmi dobře adaptovali na nové prostředí a postupně se zvyšuje míra jejich soběstačnosti, sebevědomí a sociálního začlenění.

Nejdůležitějšími aktivitami, které přispívají ke zvýšení kvality života klientů pobytové služby Chráněné bydlení Vsetín jsou činnosti spojené s přípravou na budoucí zaměstnání, které zajišťuje služba Sociálně terapeutická dílna Naděje. Tyto aktivity zahrnují více provázaných činností a rozvíjejí tak potenciál klientů v mnoha směrech. Vyzdvihnout lze zejména nácvik pracovních a praktických dovedností, zapojení klientů do rozhodování, budování odpovědnosti. Podstatná je přitom systematická práce s klientem, vysoce individuální přístup a plánování činností.

Služba Sociální rehabilitace Elim výrazně přispěla (a nadále přispívá) ke zvýšení kvality života klientů zejména socializačními aktivitami, rozvojem komunikačních dovedností a nácvikem pohybu ve vnějším prostředí.

Klienti nejvíce oceňují socializační aktivity, které jim umožňují bližší kontakt s okolím a nácvik praktických dovedností. Pozitivně vnímají také využití svého volného času.

Rezervy lze hledat v nedostatečné provázanosti jednotlivých služeb, koordinace jejich aktivit a spolupráci s externími subjekty.

Nejdůležitějšími přínosy ke kvalitě života klientů, kterých se podařilo dosáhnout působením aktivit v návazných službách během dvouletého období po transformaci sociálních služeb jsou: větší podíl samostatného rozhodování klientů o vlastním životě, neustálý osobnostní rozvoj, velká míra sociálního začlenění do místní komunity, zvýšení možnosti zaměstnání a s tím spojené získávání praktických a sociálních dovedností. V neposlední řadě je to také smysluplné využití volného času klientů.

## ZÁVĚR

Návazné služby mají pro kvalitu života klientů s mentálním postižením, žijících v pobytových službách mimořádný význam. Dva roky po transformaci sociálních služeb a přestěhování klientů z Domova pro osoby se zdravotním postižením v Zašově do Chráněného bydlení ve Vsetíně již lze u klientů pozorovat poměrně značný pokrok jak v oblasti socializace a začlenění se do místní komunity, tak také v oblasti rozvoje jejich kompetencí, návyků, a především mnohem vyšší samostatnosti a soběstačnosti. Zásahu na tom mají oba typy služeb.

V pobytové službě je kladen důraz především na rozvoj těch kompetencí a návyků, které klient potřebuje v běžném životě. Jedná se zde především o oblast hygieny, sebeobsluhy, přípravy jídel a nakupování, zacházení s penězi, udržování domácnosti, a mnoho dalších. Pobytová služba se v rámci svých možností snaží učit klienty dovednostem, které souvisejí s jejich soběstačností, sebeobsluhou a životě v domácnosti. Pro širší spektrum rozvojových aktivit ale nemá dostatek prostoru ani personálního zajištění.

Role návazných služeb je poněkud jiná. Jejich úkolem je snaha o rozvoj klientových schopností v oblastech, které nemohou být rozvíjeny v pobytové službě. Bez těchto aktivit by však nemohlo docházet k osobnostnímu, sociálnímu a intelektuálnímu rozvoji klientů, nebo jen v omezené míře, limitované rozsahem činností v pobytové službě.

Cílem rozvojových aktivit v obou typech služeb je dosáhnout snížení závislosti klientů na sociálních službách, které povede k co největšímu přiblížení jejich života k běžnému způsobu života, jaký vedou lidé bez postižení. K dosažení tohoto cíle ovšem vede dlouhá cesta a nebylo by to vůbec možné bez postupného získání sebedůvěry, nových dovedností a schopností. Velmi důležitá je individuální komunikace pracovníků sociálních služeb s klientem, kteří mu mohou pomoci najít jeho místo v životě, naučit jej vyjádřit svá přání a očekávání. Velmi přesně se v tomto směru vyjádřila respondentka služby Naděje: *„Ptáme se ho na věci, na které se ho v životě nikdo neptal, to znamená, jaká má přání, co by chtěl a snažíme se mu ukazovat jeho možnosti...”* Naslouchání klientům, aktivní komunikace s nimi, jejich podněcování k samostatnému rozhodování vede k tomu, že si klienti více uvědomují sami sebe, své možnosti. Dokáží lépe formulovat svá přání a získávají vnitřní motivaci pro svůj další rozvoj a realizaci svých životních cílů.

V teoretické části této diplomové práce jsou shrnuta teoretická východiska, která se týkají problematiky zdravotního a zejména mentálního postižení a takto postižených osob. Zabývá se rovněž vymezením pojmu kvalita života, zejména v souvislosti se zdravotním postižením. V práci je dále popsána problematika sociálních služeb. Zdůrazněny jsou zde především služby, které se zabývají poskytováním pobytových a návazných služeb občanům se zdravotním postižením.

Praktická část práce se zabývá kvalitativním výzkumem, který si kladl za cíl odhalit roli návazných služeb pro zvyšování kvality života klientů s mentálním postižením, žijícím v pobytové službě Chráněné bydlení Vsetín. Sběr dat pro výzkum byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty, zpracování a interpretace dat metodou zakotvené teorie. Vzhledem k typu výzkumu a z něj vyplývajících omezení není možné jeho závěry zobecnit. Výzkum přinesl odpovědi na položené výzkumné otázky v souladu s cíli výzkumu. Cíle práce bylo dosaženo.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Akční plán rozvoje sociálních služeb na období 2017-2018. *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR* [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/29620>

BRUTHANSOVÁ, Daniela a Věra JEŘÁBKOVÁ. *Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení – synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy*. Praha: VÚPSV, 2012. ISBN 978-80-7416-103-2. Dostupné také z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_345.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_345.pdf)

*Doporučený postup č. 1 /2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2016. Dostupné také z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/23591/Doporuceny\\_postup\\_c.1-2016\\_na\\_podporu\\_realizace\\_prostupneho\\_systemu\\_socialni\\_a\\_pracovni\\_rehabilitace\\_osob\\_se\\_zdravotnim\\_postizenim.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/23591/Doporuceny_postup_c.1-2016_na_podporu_realizace_prostupneho_systemu_socialni_a_pracovni_rehabilitace_osob_se_zdravotnim_postizenim.pdf)

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DRAGOMIRECKÁ, Eva et al. *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-47-6.

DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. Skúsenosti so subjektívnymi metódami merania kvality života. In: TOKÁROVÁ, Anna, Jozef KREDÁTUS a Vladimír FRK. *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, ktorá sa konala 24. a 25. novembra 2004 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Filozofická fakulta, 2005, s. 82-89. ISBN 80-8068-425-1.

ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: Aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 80-271-0080-1.

Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením (2010–2020). *EUR-Lex: Přístup k právu Evropské unie* [online]. 13. 10. 2015. Dostupné z: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/?uri=legissum:em0047>

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HENDL, Jan, 2009. *Kvalitativní výzkum*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HEŘMANOVÁ, Eva. Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu. *Sociológia - Slovak Sociological Review*. Vol. 44. Sociologický ústav – Slovenská akadémia vied, **2012**(4), 478-496. Dostupné také z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>

HOTOVÁ, Veronika, ed. *Sociální služby: Užitečné informace pro manažery*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, 232 s. ISBN 978-80-906320-4-2.

CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP - Společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

CHRÁSKA Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

*Koncepce rozvoje sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením poskytovaných příspěvkovými organizacemi Zlínského kraje na období 2015 - 2020: Příloha č. 0674-15-P02.* Zlínský kraj, 2015 [cit. 2018-01-24]. Dostupné také z: <https://www.kr-zlinsky.cz/docs/clanky/dokumenty/8984/koncepce-rozvoje-ssl-pro-osoby-se-zp.pdf>

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Lucia PASTIERIKOVÁ a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3714-9.

LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.

LEČBYCH, Martin. O vyrovnávání se s postižením aneb „Proč na mě tak divně koukáte?“. In: MASARYKOVA UNIVERZITA. *Sborník Psychologické dny 2008.* Brno: Já & my a oni, 2008. Dostupné také z: <https://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/lecbych.pdf>

*Listina základních práv a svobod: Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.* Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. Dostupné z: <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kvalita života osob se speciálními potřebami.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách.* Praha: Grada, 2014, 160 s. ISBN 8024791021.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce.* Vydání třetí. Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.

Mentální postižení. *Práce OZP* [online]. [cit. 2018-03-24]. Dostupné z: <https://www.praceozp.cz/content/ment-ln-posti-en>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.

1. vydání. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*.

Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. ISBN 978-80-87240-33-5.

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

ROGALEWICZ, Vladimír, Miroslav BARTÁK a Milena SIHELNÍKOVÁ. Poznámka k použití dotazníku kvality života WHOQOL-BREF v českém prostředí. *Časopis lékařů českých*. Ústav sociálního a posudkového lékařství LF UK v Plzni, 2017, 156(2), s. 88-91. ISSN 1805-4420.

Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR* [online]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/13929>

*Sociální služby Vsetín* [online]. Vsetín [cit. 2018-01-19]. Dostupné z: <http://www.sluzbyvsetin.cz/>

STRAKOVÁ, Martina a Kristýna ČERMÁKOVÁ. *Standardy kvality sociálních služeb: Příručka pro uživatele*. Ministerstvo práce a sociální věci ČR, 2008. Dostupné také z: [https://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss\\_final\\_web.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/5965/skss_final_web.pdf)

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice Albert, 1999. ISBN 80-858-3460-X.



ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

*Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [online]. [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/28419>

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a MARTIN LEČBYCH A KOLEKTIV. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. ISBN 8024738295.

VÁVROVÁ, Soňa. Deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti. *Kontext transformace pobytových sociálních služeb: monografie*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009, s. 8-24. ISBN 978-80-7318-869-6.

VÁVROVÁ, Soňa. Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením. *Sociální práce/Sociálna práca*. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2010(4), 67-75. ISSN 1213-6204.

*Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách*. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-10>

*Zákon č. 435/2004 Sb.: Zákon o zaměstnanosti*. In: *Sbírka zákonů České Republiky*. 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DS	Domov pro seniory
HRQoL	Health related Quality of Life – dotazník pro měření kvality života v souvislosti se zdravím
ChB	Chráněné bydlení
NSRSS	Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost
OSN	Organizace spojených národů
OPZ	Operační program Zaměstnanost
PAS	Poruchy autistického spektra
QoL	Quality of Life – kvalita života
SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – model subjektivní kvality života
SONS	Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR
STD	Sociálně terapeutická dílna
WHO	World Health Organization – Světová zdravotnická organizace
WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment – dotazník WHO pro měření kvality života
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality of Life Assessment – dotazník WHO pro měření kvality života – zkrácená verze
ZP	Zdravotní postižení

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obr. 1. Triáda sociálních služeb.....	30
Obr. 2. Složení osob z hlediska druhu zdravotního postižení.....	33
Obr. 3. Sociální služby Centra bydlení po transformaci DOZP Zašová.....	38
Obr. 4. Chráněné bydlení Vsetín.....	39
Obr. 5. Paradigmatický model dle Strausse a Corbinové.....	47
Obr. 6. Paradigmatický model zakotvené teorie.....	54
Obr. 7. Kategorie Sociální a pracovní rehabilitace.....	59

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P1: Přepisy rozhovorů

Příloha P2: Zakódované části rozhovorů