

# **Kvalita života uživatelů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Lucie Schneiderová, DiS.

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd  
akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie SCHNEIDEROVÁ, DiS.**  
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života uživatelů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením**

Zásady pro vypracování:

**Teoretická část:**

**Operacionalizace pojmů: kvalita života, domov pro osoby se zdravotním postižením, mentální postižení.**

**Praktická část:**

**Stanovení výzkumného problému a výzkumné strategie: výzkum kvalitativní. Výběr respondentů, sestavení strukturovaného rozhovoru, pilotní ověření, modifikace, sběr dat, analýza dat, závěr.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**MATOUŠEK, O. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7.**

**MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-548-2.**

**KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1997, ISBN 80-7178-429-X.**

**KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0.**

**KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie smysluplnosti existence, otázky na vrcholu života. Praha: Grada, 2006, ISBN 80-247-1370-5.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **17. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce: **15. května 2009**

Ve Zlíně dne 17. února 2009



L.S.

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

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.  
*vedoucí katedry*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Ve Zlíně .....

.....

---

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

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

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

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

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

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

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

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života mentálně postižených osob v pobytových zařízeních organizace Sociální služby Uherské Hradiště, a to konkrétně v Domově pro osoby se zdravotním postižením Staré Město, Kunovice - Cihlářská, Velehrad – Vincentinum a Velehrad – Buchlovska.

Cílem bakalářské práce je zachytit kvalitu života uživatele, jeho spokojenost s poskytovanou sociální službou, která v sobě zahrnuje: úroveň bydlení, stravy, vyplnění volného času různými aktivitami, nácvik sebeobsluhy apod., radost, přání, přátelství mezi spolubydlícími i vazby na personál, vzájemnou pomoc, pocity a očekávání v Domově pro osoby se zdravotním postižením, prostřednictvím jejich názorů a pohledů na život uvnitř zařízení.

Teoretická část je tvořena pojmy a objasněním tematiky kvality života, mentálního postižení, včetně cílů a poslání zařízení Sociálních služeb v okrese Uherské Hradiště.

V praktické části jsou na základě uplatnění kvalitativního výzkumu zjišťovány názory a pohledy mentálně postižených osob. Soustředím se zde na metodologii výzkumu a interpretaci výsledků z otázek sestavených v záznamovém archu pro rozhovor.

### **Klíčová slova:**

Kvalita života, mentální postižení, zařízení Sociálních služeb, uživatelé Domova pro osoby se zdravotním postižením, rozhovor s uživateli.

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the quality of life of mentally handicapped persons in residential institutions organizations Social services Uherske Hradiste, specifically homes for people with disabilities, the health Stare Mesto, Kunovice - Cihlarska, Velehrad - Vincentinum and Velehrad - Buchlovska.

The aim of thesis is to capture the quality of life of the user's satisfaction with providers valuable social service, which includes: the level of housing, food, fill the leisure activities of the various, training selfservice etc., joy, desire, friendship between the roommate and links to staff, mutual assistance, feelings and expectations of homes for persons with disabilities, through their ideas and views on life inside the facility.

The theoretical part consists of the concepts and clarifying the themes of quality of life, affected her mental, including the objectives and tasks of social services in the district of Uherske Hradiste.

In the practical part is based on the application of qualitative research examined the views and perspectives of mentally disabled persons. Focus here on research methodology and interpretation of questions compiled from the recording sheet for the interview.

**Keywords:**

Quality of life, mental disability, social services, users Home for people with disabilities, interviews with users.

Poděkování, motto

Děkuji Mgr. Soni Vávrové, Ph.D., vedoucí bakalářské práce, za připomínky a odborné vedení po celé období zpracovávání mé bakalářské práce.

Děkuji řediteli Sociálních služeb Uherské Hradiště Mgr. Antonínu Ondrášovi za trpělivost při studiu a uživatelům zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město, Kunovice – Cihlářská, Velehrad – Vincentinum a Velehrad – Buchlovská za poskytnuté rozhovory.

Děkuji své rodině za celkovou podporu.

Motto:

„...jiné je tvé dítě. Jiné ve svém duševním bohatství, jiné v rozvoji svých schopností, jiné ve vztazích ke světu, jiné ve svém jednání i počínání, jiné v běžných reakcích. Je jiné, ale není horší.“ Heindrich Behr.



# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>11</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>12</b>
1.1 MĚŘENÍ KVALITY .....	15
<b>2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ</b> .....	<b>18</b>
2.1 HLAVNÍ ZNAKY A PROJEVY MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ: .....	19
2.2 PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	20
2.3 ČETNOST OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V POPULACI .....	21
2.4 KLASIFIKACE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ .....	21
2.4.1 Lehká mentální retardace .....	21
2.4.2 Středně těžká mentální retardace.....	22
2.4.3 Těžká mentální retardace .....	23
2.4.4 Hluboká mentální retardace .....	23
2.4.5 Jiná mentální retardace.....	24
2.4.6 Nespecifikovaná mentální retardace .....	24
<b>3 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB</b> .....	<b>25</b>
3.1 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	26
3.1.1 Zdravotní péče.....	27
3.1.2 Sociální péče .....	28
<b>I PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>30</b>
4.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA .....	30
4.2 VOLBA TYPU VÝZKUMU.....	31
4.3 METODA VÝZKUMU .....	31
4.3.1 Okruhy otázek strukturovaného rozhovoru.....	31
4.4 VÝZKUMNÝ VZOREK .....	32
<b>5 POPIS MÍST REALIZACE VÝZKUMU</b> .....	<b>33</b>
5.1 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM STARÉ MĚSTO.....	33
5.2 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM KUNOVICE – CIHLÁŘSKÁ .....	34
5.3 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VELEHRAD – VINCENTINUM .....	34
5.4 DOMOV PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM VELEHRAD – BUCHLOVSKÁ.....	35
<b>6 REALIZACE VÝZKUMU</b> .....	<b>36</b>
6.1 OBSAH VEDENÝCH ROZHovorŮ.....	36
6.2 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	37
6.2.1 Přehled přepsaných rozhovorů .....	37

6.3	ANALÝZA DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	40
6.3.1	Demografické údaje o respondentech .....	40
6.3.2	Interpretace rozhovorů .....	45
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>48</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>49</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>		<b>51</b>
<b>SLOVNÍK CIZÍCH SLOV .....</b>		<b>52</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>		<b>53</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>54</b>
<b>PŘÍLOHA P I: ZÁZNAMOVÝ ARCH VEDENÉHO ROZHOVORU.....</b>		<b>55</b>
<b>PŘÍLOHA P II: ÚDAJE O UŽIVATELI SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....</b>		<b>57</b>

## ÚVOD

Obrazem každé společnosti je úroveň kvality života a péče věnovaná lidem tvořící tuto společnost, zvláště pak osobám mentálně postiženým, žijícím v rezidenčních zařízeních svůj samostatný život, bez ohledu na dnešní trendy.

Hlavním tématem pro moji bakalářskou práci je oblast kvality života uživatelů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením Staré Město, Kunovice – Cihlářská, Velehrad – Vincentinum a Velehrad – Buchlovská. Cílem bude zachytit jejich kvalitu života prostřednictvím jejich názorů a pohledu na život uvnitř zařízení. Uvedená zařízení spadají pod organizaci Sociální služby Uherské Hradiště a nachází se v okrese Uherské Hradiště.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou.

V teoretické části své práce se zaměřím na objasnění pojmů souvisejících s kvalitou života, mentálním postižením a charakteristiku zařízení sociálních služeb včetně cílů a poslání, kde od roku 2007 vstoupil v platnost nový sociální zákon, který výrazně mění podobu poskytovaných služeb.

Praktickou část tvoří popis metodologického výzkumu, popis míst realizace samotného výzkumu, tedy seznámení se s jednotlivými zařízeními působící na okrese Uherské Hradiště a realizace výzkumu, která spočívá v interpretaci výsledků výzkumu z otázek sestavených v záznamovém archu pro rozhovor.

## 1 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Pro svou komplexnost je těžko uchopitelný. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Zahrnuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá sociální, psychologické, materiální i duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život člověka. Komplexní pohled na život postihuje jak vnější podmínky, tak i vnitřní rozměry člověka. Kvalitu lidského života lze rozdělit a rozlišit podle toho, o co člověku v životě jde. Míra spokojenosti úzce souvisí s osobním pojetím kvality života.

Při vymezení pojmu kvality života však neexistuje obecně přijímaná definice. Přístupy a způsoby zkoumání jsou velmi rozmanité. Profesor Jaro Křivohlavý (2002, s 162) kvalitou rozumí: „Jakost, hodnotu (obecně např. dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka). Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým (experienciálním) vztahem, reflexí (výsledkem zamyšlení) nad vlastní existencí.“

K hlavním patří souhrn dílčích komponent objektivně existujícího, skutečného stavu včetně spokojenosti s daným stavem. Kvalita života se zkoumá ve smyslu celostního pojmu i s ohledem na empirickou pozorovatelnost a měřitelnost. Engel a Bergsma (1988) mapují celou tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v makro-rovině (otázky kvality života velkých společenských celků – dané země, kontinentu – hladomor, zdravotnictví, terorismus), mezo-rovině (otázky kvality života v malých sociálních skupinách – školy, domovy pro seniory. Jde o otázky vzájemných vztahů, uspokojování vzájemných potřeb, sdílení hodnot) a personální rovinu (osobní, subjektivní hodnocení kvality života – vlastní představy, naděje a očekávání) (Křivohlavý, 2002).

Při posuzování otázek kvality se hlavně zaměřujeme na názory uživatelů služeb, jaká je kvalita služeb a podpora, které se jim dostává, a také na názory příbuzných, personálu a dalších účastníků zahrnutých do procesu poskytování sociálních služeb. Vše je potřeba zjišťovat a hodnotit.

Cílem je nalézt maximální podporu uživatelského života. Tu však nemůže jednoznačně stanovit personál, nýbrž jen uživatel nejlépe sám ví, co je pro něho dobré a co ne. Bude se cítit dobře tehdy, pokud se mu umožní smysluplnější pobyt (trávení volného času, terapie).

Je třeba rozlišit, co je vhodné pro uživatele při společných aktivitách a v čem je nutná individuální péče. Citlivá kombinace individuálního a skupinového působení zvyšuje efektivitu práce s uživateli – tu zajišťují profesionální pracovníci v sociálních službách.

Při práci s osobami mentálně postiženými záleží na životní filozofii pomáhajícího. Je nezbytné, aby neviděl tělesné či mentální postižení jako vadný výrobek z dílny matky přírody, ale jako jednu z forem lidské existence (případně jednu z forem života), která má svůj pozitivní potenciál. Takový pohled je nutným předpokladem pro to, aby uživatelé Domovů pro osoby se zdravotním postižením, mohli vycítit z chování pomáhajícího svou vlastní hodnotu (Kopřiva, 2000).

Důležitou součástí zvyšování kvality je také rozvoj komunikace s uživateli.

Hlavními klíčovými nástroji na zajišťování kvality je registrace zařízení v registru poskytovatelů a inspekce kvality. Hlavní odpovědnost však nese organizace.

Kvalita života je o potřebách, jejich uspokojování, o hodnotách a individuálních žebříčkách hodnot. Teorie potřeb jsou úzce spojeny s teoriemi motivace. Člověka motivují jeho vnitřní potřeby, ty jsou individuální, mění se v čase a ve vztahu k prostředí.

Jedním z předních psychologů zabývajících se potřebami a lidskými hodnotami v životě je Abraham Maslow, který vypracoval stupňovité řazení potřeb, které v hierarchickém systému organizoval podle jejich naléhavosti pro člověka.

Tato teorie je postavena na dvou základních předpokladech:

- 1) na procesu motivace - každý z nás pociťujeme svým způsobem nedostatek a naše potřeby závisí na tom, co již máme. Dosud neuspokojené potřeby mohou ovlivňovat naše chování,
- 2) naše potřeby jsou podle svého významu hierarchicky uspořádány. Jakmile je jedna potřeba uspokojena, objevuje se jiná, druhá, která vyžaduje uspokojení. Teprve pokud máme uspokojeny základní (fyziologické) potřeby, obracíme se k uspokojování potřeb vyšších. Pociťovaný nedostatek nebo frustrace na nižší úrovni nám zabrání postupovat výš. Jsou-li všechny naše základní potřeby dostatečně uspokojeny, automaticky přecházíme na vyšší úroveň a předchozí stupně již nevnímáme jako svou prioritu.

Abraham Maslow, autor této teorie, hierarchicky rozdělil potřeby následujícím způsobem:

- 1) fyziologické potřeby = primární potřeby lidského těla, např. potřeba potravy, vody, tepla, bydlení a sexuální potřeby. Rovnovážený stav organismu, v němž nic nechybí ani nepřebývá, nazýváme homeostáze.
- 2) potřeba jistoty a bezpečí – tzn., když jsou fyziologické potřeby uspokojeny, člověk se zaměřuje na uspokojení hierarchicky vyšších potřeb a těmi jsou potřeby jistoty a bezpečí, např. ochrana před tělesným poškozením, nemocí, ekonomického strádání. Začínáme prahnout po pocitu bezpečí, který si spojujeme s předvídatelností dění ve vnějším světě, s jakýmsi pořádkem a konzistencí kolem sebe, že nás nic příliš nerozrušuje, ani nepřekvapuje a snažíme se mít věci pod kontrolou.
- 3) sociální potřeby se vztahují ke společenské povaze lidí, touze se sdružovat a po přátelství ( neuspokojení této potřeby může ovlivnit duševní zdraví jedince – osamělost, úzkost i deprese). Potřebujeme pocit sounáležitosti, být přijímáni takoví jací jsme. Máme potřebu milovat a být milováni.
- 4) potřeba uznání = potřeba vědomí významu pro ostatní lidi (sebeúcta) i potřeba skutečného uznání od ostatních lidí. Uznání musí být pocíťováno jako oprávněné a zasloužené. Uspokojení těchto potřeb vede k pocitu sebedůvěry a prestiže. Chceme se cítit užiteční, chceme vynikat ve své profesi a zájmech a chceme být za to pozitivně oceněni. Nesrovnalosti se projevují jako komplexy méněcennosti nebo nízká sebeúcta. Tito lidé potřebují neustálé projevy respektu, touží po slávě a popularitě. Ale ani sláva a popularita nemusí člověku dodat zvnějšku pocit sebeúcty, každý ji musí přijmout sám v sobě.
- 5) potřeba seberealizace = potřeba plně rozvinout svůj talent a schopnosti. Maslow tyto potřeby definuje jako „touhu člověka být víc a víc než je, být vším, čím je člověk schopen se stát“ (Donnelly J.,1997). Tato růstová potřeba je potenciálně otevřena „do nekonečna“ neboť souvisí s dlouhodobou životní motivací (Trachtová, 2001, s 15).

První čtyři kategorie Maslow označuje jako potřeby nedostatkové (potřeby deficiente), pátou kategorii pak jako potřeby růstové. Obecně platí, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň uspokojení je podmínkou pro vznik méně naléhavých a vývojově vyšších potřeb. Toto však nelze říci zcela bezvýhradně a je doloženo, že uspokojování

vyšších potřeb (estetických, duchovních) může napomoci v mezních situacích lidského života, ve kterých je možnost uspokojování nižších potřeb omezena. Za nejvyšší Maslow považuje potřebu seberealizace, čímž označuje lidskou snahu naplnit své schopnosti a záměry.

## 1.1 Měření kvality

Kvalitu služby je možné garantovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných – nejlépe měřitelných parametrů. Aby péče byla kvalitní, je třeba takové služby, která je vykonávána kvalifikovanými pracovníky, technickým vybavením, poskytována s přihlédnutím ke stavu uživatele, která by byla přínosem pro jeho zdravotní stav a kvalitu života, musí být řádně zdokumentovaná a zdůvodnitelná i hospodárná. Stále se zvyšují požadavky na kvalitu nabízených služeb, jejich strukturu, pružnost a individualizaci.

Měření kvality představuje proces, kdy zařízení sleduje základní indikátory výkonu kvality. Abychom podpořili důvěru pracovníků a probudili jejich zájem o kvalitu, je třeba se více orientovat na měření recesů a systému. Jedním z hledisek pro hodnocení kvality života je například sebeobslužnost. Je zde představa, že ten, kdo je sebeobslužný, tj. kdo je schopen pečovat o svou hygienu, o vyprazdňování, příjem jídla atd., je na tom lépe, než-li ten, kdo ke všem těmto úkonům potřebuje druhého člověka. Jiným hlediskem je pohled na sociální komunikaci. I zde je představa, že ten, který může dobře hovořit s druhými lidmi, je na tom podstatně lépe.

„Kvalita péče v pobytových zařízeních sociálních služeb je určena především úrovní odborné ošetrovatelské péče, úrovní komunikace mezi pracovníky a uživateli služeb, úrovní „produktivity“ systému a efektivity využití zdrojů, tj. pracovníků, finančních prostředků a úrovní řízení a koordinace procesů.“ (Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, Tábor, 2009, s 10).

Od 1. 1. 2007 nabyt účinnosti nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Vznikl tak určitý systém kontrol, který by měl zaručit kvalitu poskytované služby a byla přijata nová strategie v sociální sféře. Služba by měla směřovat k potřebám uživatelů, přispívat ke zmírnění a odstranění znevýhodnění.

Přesně to definuje § 2, zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Zákon také nařizuje dodržovat Standardy kvality sociálních služeb, které jsou důležitým kritériem při posuzování kvality. Staly se jedním z hlavních nástrojů zajištění kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb. Vzhledem ke své obecnosti jsou aplikovatelné na všechny typy služeb. Obsahují základní principy poskytování kvalitní sociální služby.

Standardy kvality sociální péče výrazně přispívají ke zkvalitnění života v Domovech pro osoby se zdravotním postižením a to zejména v individuálním přístupu ke klientům a v kladení důrazu na dodržování lidských práv a svobod.

Jednotlivá kritéria standardů jsou seskupována do okruhů: kvalita prostředí, kvalita personálu, kvalita péče a kvalita řízení. (Matoušek, 2007).

Procedurální standardy jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat (je třeba si dát pozor při jednání se zájemcem o službu, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka). Velká část textu je věnována ochraně práv uživatel služeb a vytváření ochranných mechanismů, jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod. Personální standardy se věnují personálnímu zajištění služeb. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících (na jejich dovednostech a vzdělání, vedení, podpoře a podmínkách, které pro práci mají). Provozní standardy definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustředí se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb a rozvoj jejich kvality. (MPSV 2002, s 6).

Každé zařízení si metodiku jednotlivých standardů zpracovává individuálně dle vlastních potřeb. Metodika je pro každé zařízení specifická. Na zpracování se podílí všichni zaměstnanci, neboť každý musí znát problematiku svého úseku, dobře se v ní orientovat. Samostatně pak vypracovává metodiku své práce, se kterou seznámí ostatní zaměstnance a dá prostor k případnému doplnění. Každý metodický postup má být zpracován tak, aby se za-



čínající pracovník dokázal dobře podle něj orientovat a plnit úkoly s nejmenšími pochybnostmi.

Metodika standardů kvality sociální péče je návodem pro pracovníka, jak nejlépe pracovat a jak se v určitých situacích zachovat. Pro uživatele a jeho rodinné příslušníky je to soubor informací o postupech a vnitřních předpisech v zařízení.

## 2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení můžeme definovat jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytuje přibližně 3% osob s mentálním postižením (Vágnerová, 2002, s. 146)“.

Jinou definici uvádí Švarcová (2001, s 24): „Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.“

Pojem mentální retardace je odvozen z latinského mens = mysl, rozum a retardace z latinského retardio = zaostávat, zdržet (Vítková 2004, s 134).

Mentální postižení patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F70-F79 je Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů celý věnován mentálnímu postižení a toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, které se zde používá je stanovení inteligenčního kvocientu.

Stupeň mentálního postižení se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Diagnóza bude záležet na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí (MKN, 2008).

## 2.1 Hlavní znaky a projevy mentálního postižení:

Hlavními znaky mentálního postižení jsou:

- nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky,
- postižení je vrozené (na rozdíl od demence, která je získaným handicapem rozumových schopností),
- postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána působením prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů (Vágnerová 2002, s 146).

Projevy mentálního postižení:

(Švarcová, 2001, s 33)

- Zpomalená chápavost, jednoduchost,
- Snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů,
- Snížená mechanická a logická paměť,
- Nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování,
- Poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- Impulsivnost, hyperaktivita nebo celkové zpomalené chování,
- Nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“,
- Zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí,
- Opožděným psychosexuálním vývojem,
- Poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci,
- Snížená přizpůsobivost k sociálním požadavkům,
- Těkavost pozornosti,
- Nerovnováhou aspirací a výkonů.

## 2.2 Příčiny vzniku mentálního postižení

Při narození dítěte s mentálním postižením se zájem rodičů dítěte zaměří na otázku příčiny této skutečnosti. Žádají od lékařů jednoznačné vysvětlení. Avšak žádný viník neexistuje. K mentálnímu postižení může vést celá řada různorodých příčin (endogenní - vnitřní, exogenní – vnější), které se navzájem podmiňují a prolínají. Výzkum příčin není zdaleka ukončen.

Jeden z nejvýznamnějších autorů prací o mentálním postižení K. Matulay uvádí, že všechny dosud známé příčiny vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy. Až 80% případů mentálního postižení má neznámý původ. Dalšímu vývoji poznání v této oblasti přispívají nové technické vybavení klinických pracovišť. (Švarcová, 2001).

Mentální postižení je jedním z projevů odchylky, resp. poruchy centrální nervové soustavy.

Její příčiny bývají různé; lze je shrnout do několika základních skupin:

- dědičně podmíněné postižení – vzniká na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu (do této kategorie patří genová či chromozomální postižení, např. Downův syndrom. Další typickou kategorií je polygenním způsobem dědičné snížení dispozic k rozvoji mentálních schopností. Takto postižení jedinci mají malý počet funkčních genů, potřebných pro rozvoj inteligence. V tomto případě bývají obdobně postižení i rodiče a sourozenci),
- Postižení podmíněné působením teratogenních vlivů v prenatálním věku (prostřednictvím organismu matky, který je primárním prostředím plodu, mohou v období těhotenství působit faktory poškozující normální vývoj dítěte – např. chemické, biologické),
- Perinatální – nedostatek kyslíku plodu, dlouhotrvající porod,
- Postnatální poškození mozku, které má za následek narušení vývoje rozumových schopností, je samozřejmě také možné. Avšak určitou dohodou bylo stanoveno, že do diagnostické skupiny mentálního postižení budou zahrnována pouze taková postižení, která vznikla v průběhu prvních 18 měsíců (Koluchová, 1989). Později vzniklá jsou označována jako získaná. Tato vymezení, které se jeví jako určitá nepřesnost, jsou dána značnou obtížností rozlišení případného úbytku již dosažené úrovně a primárně omezeného vývoje v ranném věku. (Vágnerová, 2002 s 147).

## 2.3 Četnost osob s mentálním postižením v populaci

Osoby s mentálním postižením tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými.

Počet mentálně postižených osob nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku stále stoupá (výsledek lepší evidence osob s mentálním postižením – někdy tomu brání lékařské tajemství). Absolutní počet není ale znám. Uvádí se, že mentálním postižením trpí asi 3% občanů. Podle některých pedagogicko-psychologických výzkumů je intelektově podprůměrných 10-15 % dětí školního věku. Těžce mentálně postižených je asi 0,1 % v populaci (Švarcová, 2001, s. 32).

## 2.4 Klasifikace mentálního postižení

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů uvádí a dělí mentální postižení do šesti základních kategorií:

(pojem mentální retardace je již v dnešní terminologii zastaralý, avšak dle MKN stále používáný).

- lehká mentální retardace,
- středně těžká mentální retardace,
- těžká mentální retardace,
- hluboká mentální retardace,
- jiná mentální retardace,
- nespecifikovaná mentální retardace.

### 2.4.1 Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace (F70) je vyčíslena IQ 50-69.

Postižení dovedou v nejlepším případě uvažovat na úrovni dětí středního věku. U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Respektují pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně. Ve verbálním projevu využívají jen konkrétní označení, je opožděn vývoj řeči. Jsou schopni se učit, výuka probíhá ve zvláštní, pomocné škole. Mnozí mají specifické

ké problémy se čtením a psaním. Velmi prospěšná je výchova a vzdělávání zaměřená na rozvíjení dovedností a kompenzování nedostatků.

Lehce mentálně postižení dosáhnou úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, pití, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Většinu jedinců lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické schopnosti, včetně nekvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu nemusí stupeň mentálního postižení působit žádné vážnější problémy. Důsledky postižení se projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý (např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života – bydlení, zdravotní péče apod.).

Tato diagnóza zahrnuje: lehkou slabomyslnost (oligofrenii), lehkou mentální subnormalitu a debilitu.

V individuální míře se mohou projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

#### **2.4.2 Středně těžká mentální retardace**

Středně těžká mentální retardace (F71) je vyčíslena IQ 35-49.

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Je také opožděná a omezená schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluha) a zručnost. Pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou tito lidé schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. Zřídka je také možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

Uvažování postižených lze přirovnat k myšlení předškolního dítěte, což odpovídá u dospělých jedinců mentálnímu věku 6-9 let. V jejich slovníku chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Dovedou se učit jen mechanicky, především na praktické úrovni. Jsou schopni zvládnout běžné návyky a jednoduché dovednosti v chráněném prostředí.

Tato diagnóza zahrnuje: středně mentální subnormalitu, střední slabomyslnost (oligofrenii) a imbecilitu.

### 2.4.3 Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace (F72) je vyčíslena IQ 20-34.

Ve většině případů jde o kombinované postižení motoriky, zraku, poruchy pozornosti, celkové poškození centrální nervové soustavy. Chápu základní souvislosti a vztahy, zhruba tak na úrovni batolete (u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 3-6 let). Jsou schopni si osvojit jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně. Někdy se nenaučí mluvit vůbec. Učení je značně omezeno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika příkazů. Včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče výrazně přispěje k rozvoji jejich motoriky, rozumových, komunikačních schopností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality života.

Tato diagnóza zahrnuje: těžkou mentální subnormalitu, těžkou slabomyslnost (oligofrenii) a idioimbecilitu.

### 2.4.4 Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace (F73) bývá zpravidla doprovázena i defektem pohybovým. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, postižení dovedou v nejlepším případě diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Artikulovanou řeč nezvládají. Postižení bývají inkontinentní a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je omezeno (odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky), lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze.

Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. U mobilních pacientů jsou nejtěžší formy perverzivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus, sebepoškozování. Tvoří 1% z populace mentálně postižených.

Tato diagnóza zahrnuje: hlubokou mentální subnormalitu, hlubokou slabomyslnost (oligofrenii) a idiocii.

#### **2.4.5 Jiná mentální retardace**

Tato kategorie je použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektového postižení pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování či u těžce tělesně postižených osob. V odborné klasifikaci je označena F78.

#### **2.4.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální postižení je prokázáno, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné výše uvedených kategorií.

Uvedená klasifikace mentálního postižení neobsahuje kategorii „mírné mentální postižení“ – IQ 85-69, která u nás byla uváděna ve starších klasifikacích a donedávna užívána v poradenské praxi. Toto snížení úrovně rozumových schopností je zapříčiněno jinými faktory, jako např. genetickými, sociálními a dalšími. Označení v odborné klasifikaci je F79.

Zahrnuje: mentální deficit nervového systému, mentální subnormalitu nervového systému, oligofrenii nervového systému.

(Švarcová, 2001, Vágnerová, 2002, s 148, MKN, 2008).



### 3 ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Přesný výčet jednotlivých zařízení Sociálních služeb uvádí § 34 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Pro naše účely nám postačí zmínit Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DZP) můžeme nazvat samostatným, soběstačným domovem s vlastními řády, vlastní atmosférou, ve kterém je život omezenější než v okolním sociálním prostředí.

Toto zařízení sociálních služeb má písemně definováno poslání, cíle, cílovou skupinu a principy poskytovaných služeb, které chápe jako veřejný závazek (MPSV ČR, 2002).

Domov pro osoby se zdravotním postižením s celoročním pobytem poskytuje tzv. „náhradní domov“, kde uživatelům je poskytována odborná péče – zdravotní, sociální i výchovná. Důležitou roli zde hraje také péče rodinná, která je optimálním východiskem pro růst osobnosti uživatele. Bohužel v mnoha případech tato rodinná výchova selhává a uživatel je zcela závislý na péči „ústavní“. V tomto případě se zde udělá vše tak, aby se vytvořilo maximální zázemí. Spolupráce rodiny a domova je nejvíce zřejmá v týdenních a denních stacionářích.

Nástup do rezidenčního zařízení představuje zásadní mezník v životě jednotlivce, který ovlivňuje další průběh jeho životní dráhy (trvale nebo po delším pobytu v zařízení). Tady je jedním z nejdůležitějších úkolů poskytovatele odhalování a definování individuálních potřeb uživatele, zajištění kvalitních a bezpečných podmínek a vytváření pozitivních emočních vztahů (MPSV, manuál průvodce dobrou praxí).

Sociální služby jsou zde poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit nebo společensky chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. (Matoušek, 2007, s. 9).

Pokud by nebyly sociální služby poskytovány, osoby s mentálním postižením by se nemohly aktivně podílet na chodu společnosti a postupně by docházelo k jejich sociálnímu vyloučení.

Hlavní funkce lze shrnout do tří bodů:

- a) podpora a péče – je zde poskytováno chybějící zázemí a péče, bez kterých se uživatel neobejde. Kvalita života by byla nepřiměřeně nízká, někteří nejsou schopni v běžných podmínkách přežít,
- b) léčba, výchova, resocializace,
- c) omezení, vyloučení a represe.

Vnitřní pravidla v zařízení jsou souhrnem zvyklostí a jedním z předpokladů poskytování kvalitních služeb. Služby jsou poskytovány na základě uzavřené dohody o poskytování služby mezi zájemcem o službu (uživatel) a zařízením. Podstatou uzavření této dohody je stanovení bližších podmínek poskytování služeb (potřeby uživatele, charakter služby). (MPSV, str. 41).

### **3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Dle zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48 se v Domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Mezi tyto základní činnosti patří:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- vhodné vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v DZP poskytuje osobní vybavení (prádlo, šatstvo a obuv), drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám (stříhání vlasů, holení, pedikúra).

Umístění dítěte do takového zařízení s celoročním pobytem znamená velmi vážné rozhodnutí, které některým rodičům přináší výčitky svědomí a trauma z pocitu selhání. Péče o tyto děti/dospělé je v mnoha případech natolik náročná, že není v silách a možnostech rodičů zvládnout potřeby postiženého člověka a dlouhodobě je uspokojovat. Přiznejme si, že vyčerpání se promítá do výchovy ostatních sourozenců, do partnerského soužití a často dochází k rozpadu rodiny. Mohou se připojit i problémy ekonomické a následně se situace rodiny stává neúnosnou. Umístění člena rodiny tak bývá jediným správným řešením.

Světové trendy přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních a směřují k formám péče zajišťované v zařízeních rodinného typu, jako je např. chráněné bydlení apod.

### **3.1.1 Zdravotní péče**

je zaměřena na komplexní vyšetření. Odborná komplexní vyšetření u osob s mentálním postižením zajišťují praktičtí lékaři ve spolupráci s pedagogicko-psychologickými poradnami, popř. i s oddělením psychiatrie. Toto vyšetření podstatně ovlivňuje konkrétní plán dalšího postupu. Mentální postižení bývá často spojeno s dalšími poruchami, jako např. zraku, řeči, epilepsií atd.. Zde je proto nutná spolupráce i s dalšími odborníky – logopedy a psychology, kteří pomáhají řešit složitější problémy.

Velkou roli tu hraje účinná prevence, kterou můžeme předcházet nevhodnému chování, neurózám, i úrazům.

Zdravotní péči o uživatele v DZP s celoročním pobytem zajišťuje zdravotnický personál (všeobecná zdravotní sestra). Zdravotní sestry slouží v nepřetržitém provozu, aby uživatelům byla vždy zajištěna odborná péče. Dalšími pracovníky jsou pracovníci v sociálních službách (PSS), kteří nemusí mít zdravotní vzdělání. Podmínky upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kromě tohoto personálu je na zařízení i ergoterapeutka, která vykonává rehabilitační činnosti.

### 3.1.2 Sociální péče

je zajišťována sociální pracovníci. Práce sociální pracovnice je vázána na etický kodex sociálních pracovníků ČR, který se vyjadřuje k tématům jako je respekt k uživatelům a jejich sebeurčení, jedinečnost člověka, potřebě seberealizace uživatele, vedení uživatele k vlastní odpovědnosti či zapojení do řešení problémů.

Samotná práce sociálního pracovníka je založena na předpokladu úcty k uživatelům, přesvědčení o povaze lidí a víře, že každý jedinec je schopen změny, růstu a sebezdokonalení. (Matoušek, 2003, str. 38).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109 „sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace.“

## **I. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Za hlavní aspekty kvality života jednotlivých uživatelů budou pro tuto bakalářskou práci považovány názory osob s mentálním postižením jednotlivých Domovů pro osoby se zdravotním postižením na spokojenost uživatele s úrovní bydlení a poskytovanou péčí uvnitř zařízení (s kvalitou jejich života v zařízení), interpersonální vztahy a volnočasové aktivity.

Pro účely tohoto výzkumu byl zvolen kvalitativní výzkum s uplatněním techniky rozhovoru.

Rozhovor (neboli interview) je metoda shromažďování dat o sociální realitě, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci výzkumného pracovníka a respondenta.

Velkou výhodou rozhovoru je navázání osobního kontaktu, který umožňuje hlubší proniknutí do motivů a postojů respondentů. Úspěšnost rozhovoru je z velké části závislá na schopnosti výzkumníka navázat přátelský vztah k respondentovi a na vytvoření otevřené atmosféry.

Podle toho, jak je rozhovor výzkumníkem řízen, je možno rozlišit rozhovor strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný. (Chráška, 2007).

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila rozhovor strukturovaný. Mám přesně určeny formulace otázek i jejich pořadí, a tím jsem poskytla všem respondentům stejné podmínky k odpovědím.

### 4.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Cílem výzkumu je zachytit kvalitu života osob mentálně postižených, jejich spokojenost s úrovní bydlení, s poskytovanou stravou a věnovanou péčí, přátelství, pomoc, pocity a očekávání v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

Za cíl výzkumu mé bakalářské práce považuji názory jednotlivých uživatelů na kvalitu jejich života v těchto zařízeních, která se snaží co nejvíce zkvalitnit život a poskytnout jim podmínky pro uplatnění vlastní vůle a aktivity přibližující se k běžnému způsobu života.

Výzkumná otázka:

Jaká je spokojenost uživatelů v Domově pro osoby se zdravotním postižením?

Jaké jsou uvnitř zařízení interpersonální vztahy?

Jaké je nabídka volnočasových aktivit pro uživatele Domovů pro osoby se zdravotním postižením?

## 4.2 Volba typu výzkumu

Kvalitativní výzkum, rozhovor, byl zvolen vzhledem k typu výzkumného problému. Kvalitativním výzkumem je možno získat potřebné informace o tom, jaká je denní náplň života osob s mentálním postižením žijící mimo přirozené prostředí, co se jim v domově líbí, s čím jsou spokojeni a naopak, co by chtěli změnit a co zařízení nabízí ke zlepšení kvality života tohoto uživatele. Snahou bude vyjádřit i pocity a očekávání jednotlivých uživatelů.

Kvalitativním výzkumem se nabízí možnost zjistit, zda je naplněna kvalita života jednotlivých uživatelů Domovů pro osoby se zdravotním postižením dle stanovených písemných pravidel.

Je zde prostor i podklady k zamyšlení se nad problémem a zpracované materiály nabízí možnost navrhnout podněty ke zlepšení.

## 4.3 Metoda výzkumu

Metodou výzkumu jsem zvolila strukturovaný rozhovor, který trval od 5 do 45 minut.

V délce 5 minut z důvodu, že někteří uživatelé nechtěli v rozhovoru pokračovat, proto musel být rozhovor předčasně ukončen. Délka 45 minut je z důvodu, že někteří uživatelé se hůře vyjadřovali. K přerušení rozhovoru nedošlo, uživatel vždy hovořil k tématu. V případě projevení emocí se pokračovalo, neboť nebyly natolik silné, aby byl rozhovor přerušen.

Tato metoda byla použita z důvodu, že je možnost zaznamenat pocity uživatelů a jejich vnímání kvality života v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Údaje lze získat pouze tak, že dotazovaný má možnost, prostřednictvím rozhovoru nahlas přemýšlet o způsobu svého života v zařízení. Respondentům byly pokládány základní otázky.

### 4.3.1 Okruhy otázek strukturovaného rozhovoru

Otázky pro strukturovaný rozhovor jsem sestavila do záznamového archu (viz příloha PI) tak, aby byly všem respondentům jasné a srozumitelné. Jsou formulovány co nejstručněji a jednoznačně, aby nepřipouštěly chápání více způsobů. Otázky byly rozděleny do třech tematických okruhů:

1. Spokojenost uživatele.
2. Interpersonální vztahy.
3. Volnočasové aktivity.

Zvolené oblasti byly vybrány z důvodu, že mají zásadní vliv na kvalitu života osob s mentálním postižením žijících v rezidenčních zařízeních sociálních služeb.

#### 4.4 Výzkumný vzorek

Pro účely tohoto výzkumu bylo osloveno celkem 20 uživatelů rezidenčních zařízení (z toho 12 žen a 8 mužů) ve věku od 32 – 78 let s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Všichni respondenti bydlí v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jež jsou součástí Sociálních služeb Uherské Hradiště, a jsou v okrese Uherské Hradiště (Staré Město, Kunovice a Velehrad).

Rozhovor probíhal vždy se 2 muži a 3 ženami z každého uvedeného zařízení. Podrobnou analýzu dat uvádím v kapitole 6.2.

Toto poměrné zastoupení žen bylo zvoleno z důvodu určité objektivnosti výzkumu, kdy se dá předpokládat, že ženy budou mít jiné požadavky a názory na kvalitu života, než muži.

Počet mužů ve zkoumaných zařízeních je vždy nižší než počet žen. Poměr mužů a žen je v poměru 2:3.

Oslovení uživatelé žijí v jednolůžkových, dvoulůžkových i třílůžkových pokojích.

Rozhovory probíhaly v uživatelově přirozeném prostředí, a to převážně na pokojích, v jídelně a společenské místnosti zařízení a v přátelské atmosféře. Byly ihned zaznamenávány a následně přepsány do záznamového archu.

Terénní šetření jsem zvolila z důvodu přirozeného, dobře známého prostředí pro uživatele.

Otázky v rámci strukturovaného rozhovoru jsem formulovala s ohledem na úroveň mentálního postižení uživatelů. Rozhovor ihned začal s vytipovanými uživateli v zařízení. V průběhu žádného z rozhovorů nebylo potřeba nic objasnit, vysvětlit či nějak rozvést. Respondenti rozuměli všem otázkám.



## 5 POPIS MÍST REALIZACE VÝZKUMU

Všechna uvedená zařízení jsou součástí Sociálních služeb Uherské Hradiště, příspěvkové organizace. Hlavním účelem a předmětem činnosti organizace je poskytování komplexních služeb sociální péče. Předmět činnosti organizace je vymezen zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a poskytované služby jsou určeny nejen pro občany zdravotně postižené a společensky nepřizpůsobivé.

Zřizovatelem organizace je Krajský úřad Zlínského kraje.

Organizace se člení na organizační jednotky = zařízení, v jejichž čele stojí vedoucí, jmenovaný ředitelem organizace, který může činit právní úkony, svěřené mu vnitřními normami organizace.

Jménem organizace jedná ředitel jako statutární orgán nebo jiný zaměstnanec organizace jako jím pověřený zástupce.

Příspěvková organizace Sociální služby Uherské Hradiště vznikla dne 1. ledna 2003 (od 1. ledna 1992 působila jako Okresní ústav sociálních služeb ).

### 5.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město

Domov pro osoby se zdravotním postižením se nachází v lokalitě sídliště Kopánky ve Starém Městě.

Zařízení se poprvé otevřelo pro uživatele 1. 11. 2001 a tvoří komplex vzájemně propojených dvou ubytovacích budov (celkem 4 oddělení) a technické části (kuchyně, prádelna, sklady, prostory pro společné akce, ústavní kaple, místnosti pro terapie, tělocvična, kanceláře, šatny a zázemí pro personál).

V domově žije 64 handicapovaných uživatelů, ve dvoulůžkových pokojích. Na zajištění nepřetržitého provozu se podílí 43 pracovníků. Veškeré prostory zařízení jsou bezbariérové. K dispozici jsou dva lůžkové výtahy. Pokoje mají standardní vybavení. Uživatelé mají možnost si doplnit pokoje televizí a dalšími drobnými předměty.

Cílem poskytované služby je nalézt skryté schopnosti u každého jedince a využít je k jeho prospěchu. Důraz je kladen na udržování přístupu ke každému uživateli s přihlédnutím na jeho osobnost, jeho možnosti a schopnosti.

Posláním zařízení je vytvářet podmínky pro uplatňování vlastní vůle uživatelů, podpora a udržování samostatnosti a aktivity přibližující se k běžnému způsobu života. ([www.ouss-uh.cz/uspdsm.htm](http://www.ouss-uh.cz/uspdsm.htm))

## **5.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská**

Zařízení je tvořeno dvěma budovami, které jsou vzájemně propojeny. V centrálním pavilonu (ve vstupní budově) je umístěn stravovací provoz, ordinace lékařů, vodoléčba, kanceláře vedení, místnosti pro volnočasové aktivity. Druhá budova je rozdělena na tři pavilony, kde jeden z pavilonů tvoří prádelna. V dalších dvou pavilonech s jedním nadzemním podlažím jsou celkem 4 oddělení označené jako D1,D2 ( odd. muži), E1, E2 ( odd. ženy). Přízemí a patro jsou vzájemně propojeny výtahem. Areál DZP obklopuje okrasná zahrada s hřištěm a altánem, kde uživatelé mohou trávit volný čas. Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská je zcela bezbariérové a svůj domov zde našlo 80 uživatelů, o které se stará 50 zaměstnanců. Zařízení se poprvé otevřelo v lednu 2002.

Posláním je poskytovat celoroční pobytové sociální služby tak, aby se co nejvíce přibližovaly přirozenému prostředí, podporovaly nezávislost osob s mentálním postižením, respektovaly uživatele služeb jako jednotlivce a směřovaly k zajištění jejich důstojnosti, individuality a respektovaly jejich práva a odpovědnost.

Poskytovanou službou usilují o co největší míru osamostatnění a sociálního začleňování uživatelů.

Cílem je poskytovat sociální službu zaměřenou na podporu a pomoc osobám s mentálním postižením, kterou potřebují při plnění svých přání, potřeb a osobních cílů. ([www.ouss-uh.cz/uspdkunovice.htm](http://www.ouss-uh.cz/uspdkunovice.htm))

## **5.3 Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Vincentinum**

Zařízení se nachází na okraji obce Velehrad. Jde o nově zrekonstruované zařízení, které dříve sloužilo jako klášter. Interiéry budov byly upraveny a navrženy tak, aby byla zajištěna maximální celoroční péče o mentálně a tělesně postižené uživatele.

V hlavní budově nalezneme ubytovací část pro 50 uživatelů, s výtahem, jídelnou, ordinaci lékařů, prádelnu i kanceláře.

Nova budova je spojena s hospodářskou budovou, ve které jsou umístěny dílny pro volnočasové aktivity uživatelů. Aktivizační programy zařízení jsou zaměřeny na soběstačnost, důstojnost a potřebnost. O uživatele se stará celkem 35 zaměstnanců. ([www.ouss-uh.cz/uspdvincinum.htm](http://www.ouss-uh.cz/uspdvincinum.htm))

#### **5.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská**

Domov pro osoby se zdravotním postižením se nachází nedaleko centra obce s výhledem na historické dominanty kraje, velehradskou baziliku, hrad Buchlov a kapli svaté Barbory. Zařízení tvoří komplex 7 samostatně stojících nízkých budov, které vzájemně propojují vzdušné chodby. K areálu zařízení patří rozlehlá zahrada s altány, ohništěm, skleníkem a antukovým hřištěm.

Od prosince roku 2000, kdy byla výstavba zařízení dokončena, zde nalezlo domov 128 uživatelů. Jejich podporu, pečovatelskou a zdravotní péči, organizaci zájmových, kulturních a sportovních aktivit a provozně technický chod zabezpečuje sedmdesát jedna zaměstnanců.

Nabízená služba si klade za cíl, vedle zajištění základních biologických, sociálních a kulturních potřeb, doprovázení uživatele při jeho začleňování do místní komunity. Reflektování na jeho potřeby, přání a požadavky, a to s ohledem na možnosti a schopnosti. Udržování přirozených sociálních vazeb a přirozené vztahové sítě. Důraz klade na aktivizaci uživatele, udržení a posílení jeho stávající mobility a samostatnosti.

Služba je poskytována na principech partnerství, vzájemného respektu, důvěry a úcty mezi uživatelem a poskytovatelem. Ke každému z uživatelů sociální služby je přístupováno individuálně, s pochopením a empatií. Je stanovena individuální míra podpory.

Dílny, učebny a pracovny pro volnočasové aktivity a terapie jsou umístěny v samostatné budově.

Sociální zařízení poskytuje, vedle celoročních a přechodných pobytů, stravování a pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, úklid, praní a žehlení dle míry soběstačnosti uživatele. ([www.ouss-uh.cz/uspdbuchlovska.htm](http://www.ouss-uh.cz/uspdbuchlovska.htm))

## 6 REALIZACE VÝZKUMU

K samotnému provedení rozhovorů jsem si sjednala schůzku s vedoucí zařízení v jednotlivých Domovech pro osoby se zdravotním postižením pro dospělé uživatele v okrese Uherské Hradiště. Jedná se o Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město, Kunovice-Cihlářská, Velehrad-Vincentinum a Velehrad-Buchlovská. Nejprve jsem paní vedoucí informovala o záměru návštěvy a požádala o spolupráci ji i vrchní sestru, či sociální pracovníci, jak k vytipování 5-ti uživatel pro uskutečnění rozhovoru, tak pro doplnění údajů o uživateli do záznamového archu.

Po krátké informativní schůzce s vedoucí zařízení jsem si sjednala další termín návštěvy již k samotnému uskutečnění jednotlivých rozhovorů s uživateli zařízení.

V jednotlivé dny jsem tedy navštívila všechna zařízení, kde mi vrchní sestra poskytla informace k doplnění údajů o uživateli, se kterými povedu rozhovor. Následně jsem se vydala na oddělení mezi jednotlivé uživatele, z důvodu provedení rozhovoru v jejich přirozeném prostředí. Většina z těchto uživatelů si mě pak pozvala na pokoj, ve kterém rozhovor probíhal. S některými uživateli rozhovor probíhal v jídelně a společenské místnosti zařízení.

Po krátkém představení se a sdělení důvodu mé návštěvy jsme zahájili samotný rozhovor.

Všechny rozhovory byly vedeny s uživateli DZP a ihned zaznamenávány do záznamového archu.

### 6.1 Obsah vedených rozhovorů

Oslovení respondenti byli uživatelé Sociálních služeb Uherské Hradiště, p.o.

Jedná se o osoby s mentálním postižením ve stupni lehkém nebo středně těžkém mentálním postižení.

Pro sestavení otázek daného rozhovoru jsem vycházela z teorií potřeb dle A. Maslowa popsanou v teoretické části mé bakalářské práce. Rozhovor jsem si rozdělila na tři části:

**Část A) spokojenost uživatele** – zde jsou voleny otázky typu uživatelových pocitů. Cílem je zjistit, jak se uživatelé cítí v domově, co se jim líbí či naopak nelíbí, zda-li mají starosti a přání.

**Část B) interpersonální vztahy** – zde se dozvíme, zda-li se uživatelé navzájem respektují, jak mezi sebou vycházejí, zda-li si pomáhají, komunikují, zda-li je zájem i ze strany rodiny a jak se rodina staví k problému „mé dítě je postižené“. Důležitou otázkou v této části vidím komunikaci a zájem personálu. Vztahy uvnitř skupiny hrají velmi důležitou roli pro důvěru uživatelů v personál a jde o vzájemné poznávání se. Toto všechno se odráží v kvalitě života uživatele.

**Část C) volnočasové aktivity** – zde si ověříme, jak se personál a zařízení umí postarat o volnočasové aktivity uživatele, jak jim vyplní a zpříjemní den a zda-li uživatelé jsou schopni podílet se na spoluvytváření svého volného času.

Dále jsem si v záznamovém archu vytvořila část **D) mimořádné události pozorované v průběhu rozhovoru**, která je určená k zachycení mimořádných, nevšedních, nadstandardních reakcí uživatele na danou otázku. Z uvedeného vyplývá, že tato část nemusí být vždy vyplněná.

## 6.2 Způsob zpracování dat

Doslovný přepis rozhovorů je zaznamenám v záznamovém archu vytvořený pro každého respondenta z uvedených zařízení.

Pro naše účely jsem sjednotila obecnosti podávaných informací, což se snižuje rozsah materiálu a jednotlivé významové části se vypouští a zůstává to užitečné.

### 6.2.1 Přehled přepsaných rozhovorů

- Jak se Vám tady v domově líbí? Jak jste v domově spokojená/ý? Jak se Vám tady žije?

*Žije se mi zde dobře. Ano jsem spokojená/ý. Líbí se mi tu. (celkem 17 odpovědí).*

*Je to tu dobré.*

*Musím být spokojená, nemám kde bych byla.*

*Musím, nedá se nic dělat.*

- Co se Vám líbí především? Z čeho máte (co Vám přináší) největší radost?

*Že je hodný personál. Z terapií a práce. Že jsem sama na pokoji a vybavení pokoje. Že mě všemu naučili. Že každý den prší. Že tu můžu bydlet. Že můžu chodit ven na procházky.*

- Co se Vám (naopak) nelíbí? Co Vám dělá starosti? S čím nejste spokojená/ý? Co byste chtěli, aby bylo lepší, co byste zlepšili, změnili?

*Nic, beze změny (15 odpovědí). Abych mohl chodit sám ven. Když na sebe někdo křičí a nadává. Nikdo mě nenavštěvuje. Nedostatek financí a platba poplatků. Jezdit domů a být s nima.*

- Jaké je Vaše největší přání? Co si přejete? Co Vám udělá vždy radost?

*Studovat. Nic, nemám žádné přání. Přála bych si více návštěv. Být doma s rodinou. Terapie a výlety. Chodit víc ven. Dárky. Zdraví. Chráněné bydlení. Kapličku na bohoslužby.*

- Máte mezi spolubydlícími mnoho kamarádů?

*Ano mnoho. Mám kamarády i kamarádky.*

*Spíše si každý všímá sám sebe, ale kamarády mám.*

- Je zde někdo, koho máte nejraději? Kdo je Vaším největším (nejlepším) kamarádem?

*Všecky, to je jasná věc. Mirku, Dagmarku, Božka, Maruška, Václav, Blanička, Janička, František i Libor, Ing. Palacký, Katku a Jitku, tady paní (spolubydlící), paní vedoucí, Pavlínku i Emilku mám ráda, Evičku, Fanoša, Standu.*

- Cítíte se někdy osamělá/ý? Je Vám někdy smutno? Stýská se Vám? Po kom (po čem)?

*Po babičce a mamince, rodině. Není mi smutno. Po příteli. Nepřichází v úvahu. Každý den jsem sama. Nestýská se mi vůbec. Já tu mám věci.*

- Když něco děláte, pomáháte si navzájem s ostatními spolubydlícími? Jak (v čem) si pomáháte (např.: při úklidu, oblékání, při jídle, při nákupu, při procházkách vozíčkářům apod.)?

*Ano, pomáháme si navzájem, při úklidu, oblékání, převléct postele, s vozíčkama pomáháme, prádlo, nemocným, když máme službu. Každý den.*

- Zajímá se někdo z personálu (pracovníků, sestřiček) o to, co Vás zajímá, trápí? Povídá si s Vámi? O čem si povídáte?

*Ano povídáme si o všem. Co mě trápí, bolí. O tom co se děje, co dávají v televizi. Ne vůbec. Občas. Málo, nemají tolik času.*

- Máte svého (klíčového) pracovníka (sestřičku)? Víte, jak se jmenuje? Jak spolu vycházíte? Jste rád/a, že je „Vaším“ pracovníkem nebo byste si přál někoho jiného?

*Zde byla všemi uživateli vyslovena jména svých klíčových pracovníků.*

*Vycházíme spolu velmi dobře, jsem spokojený a nechat tak. Nikoho jiného nechcu.*

- Kdo Vás v zařízení navštěvuje a jak často? Těšíte se na jejich návštěvu?

*Rodina: maminka, tatínek, sestra, bratr. Přítel. Ne, nikdo nejezdí. Dobrovolníci nebo opatrovník.*

*Občas, málokdy. Pravidelně, volají, píšou dopisy.*

- Jezdíte k někomu i mimo zařízení? Jak často jezdíte na návštěvu k rodině? Za kým jezdíte nejraději? Na co se těšíte nejvíce?

*K rodině.*

*Ne, nejezdím. Píšu dopisy.*

*Za přítelem.*

- Když jste mimo zařízení, je Vám smutno po kamarádech, sestřičkách? Těšíte se zpět do zařízení?

*Ano těšila jsem se zpět. Na spolubydlící i personál.*

- Jak trávíte svůj běžný den v zařízení? Co děláte od doby, kdy vstanete, až do doby než jdete spát?

*Chodím na procházky, nakupovat, pozorovat nový kostel. Spát chodím v půl 10. Jinak se dívám na televizi.*

*Dívám se na televizi, uklízím apod. Kafe je po obědě.*

*Ráno vstanu, vyvětrám, ustelu postel, sama. Do jídelny na snídani, pak uklízím, jdu na pokoj, vyšívám, sleduji televizi, čtu. Po obědě jdu na zahradu.*

*Třídím plasty, sleduju televizi, chodíme spolu na zahradu a k rybníku.*

*V šest hodin vstávám, budíček, holky, prádlo, když nejde myčka, umývám nádobí. Snídaně je v sedm. Pak mám svůj klid, pak máme oběd. Vyšívám, čtu, luštím. Roznáším oběd, holky na záchod. Pak mám svůj klid. Je večere, uložím holky do postele a v šest už spím.*

*Chodím na terapie a taky nakupovat.*

*Obleču se, postel ustelu, pak je snídane. Chodím na terapie, hlídám na recepci. Pak je oběd a večere. Dívám se na televizi a mám nohy nahoře.*

*Ráno vstanu, umyje se. Chodím do kapličky, oběd a do práce, když je potřeba.*

*Ráno umývám pokoj, pomozu s vozíčkama, pak jdu do terapie, pak je oběd, vycházky, televize a spát.*

*Sama se budím, prádlo a pak snídane. Pak si uklidím pokoj, pak jdu na terapii a po večeri jsem doma.*

*Dnes jsem ráno jezdila na kole, zaliju si kvítka. Chodím na svačinu a pak se dívám na televizi.*

- Jakým volnočasovým aktivitám (kroužkům) se v zařízení věnujete? Které kroužky navštěvujete? Jak často? Která z uvedených aktivit Vás nejvíce baví? Který kroužek navštěvujete nejraději?

*Košíky. Keramika. Vyšívání. Tanec. Aerobic. Vycházky. Třídění plastů. Tkaní. Malování. Přepisování textů. Četba.*

*Nemám žádné kroužky.*

- Jak často chodíte na procházky mimo zařízení? Chodíte sám(a), ve skupině s personálem (sestřičkou) či ostatními uživateli (kamarády)? S kým chodíte nejraději?

*Chodím sám nebo i ve skupině. Všichni dohromady, s ostatními i s personálem.*

- Jak často jezdíte mimo zařízení na výlety? S kým na tyto výlety jezdíte? Kde jste byli na posledním výletu? Kdy?

*Zoo Lešná, Hodonín, lázně Luhačovice, Smrad'avka, muzeum Let Kunovice, ranč Kostelany, zahraniční pobyt u moře.*

### **6.3 Analýza dat a interpretace výsledků výzkumu**

Rozhovory jsem zapisovala do záznamových archů. Následně jsem hledala u jednotlivých otázek společné kategorie, které se nejčastěji opakují ( tj. stejné odpovědi uživatelů a v čem se jejich odpovědi shodují). V jednotlivých okruzích otázek jsem pak hledala obecnější kategorie a následně popsala odpovědi respondentů do čtyřech sledovaných oblastí.

#### **6.3.1 Demografické údaje o respondentech**

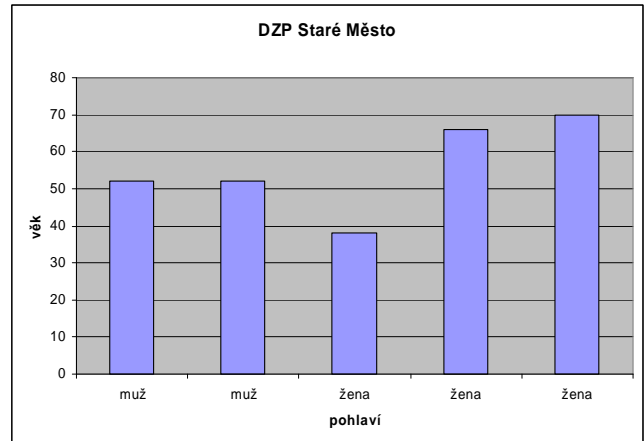
(viz. Příloha PII.)

Ze zařízení *DZP Staré Město* bylo osloveno 5 uživatelů, z toho 2 muži a 3 ženy ve věku od 52 do 70 let. Délka pobytu je různá a celkem 4 uživatelé byli přestěhováni z jiného pobytového zařízení a jeden přišel z domácí péče. Velikost komunity (oddělení), ve které uživatel žije je 16 a všichni uživatelé mají dvoulůžkový pokoj.



Tabulka č. 1 Respondenti DZP Staré Město

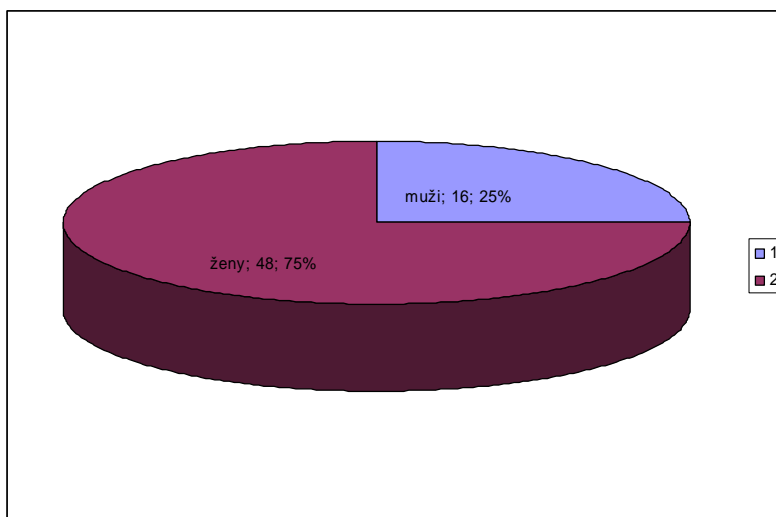
DZP Staré Město		
Kapacita zařízení 64		
Pohlaví	Věk	Délka pobytu v zařízení (uvedeno v měsících)
muž	52	96
muž	52	12
žena	38	84
žena	66	24
žena	70	96
Odkud uživatel nastoupil:		
Z jiného pobytového zařízení - celkem 4		
Z domácí péče - celkem 1		



Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 11. 3. 2009.

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 11. 3. 2009.

Graf č. 1 Poměr mužů a žen v DZP Staré Město



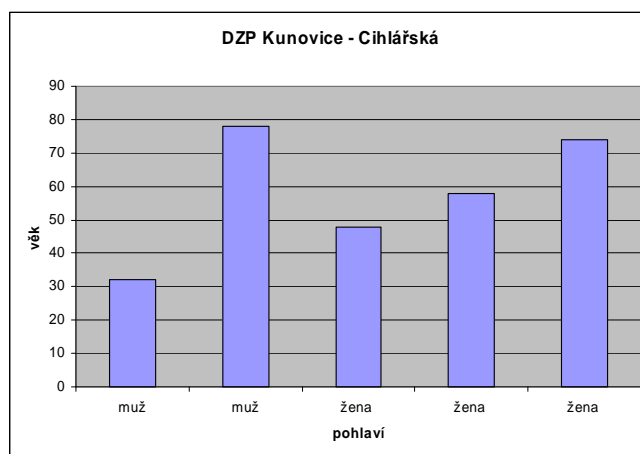
Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 11. 3. 2009.

Ze zařízení DZP Kunovice – Cihlářská bylo osloveno 5 uživatelů, z toho 2 muži 3 ženy ve věku od 32 do 74 let. Délka pobytu je stejná a všichni uživatelé byli přestěhováni z jiného

pobytového zařízení. Velikost komunity (oddělení), ve kterém uživatel žije je 20 a čtyři uživatelé jsou ubytováni na třílůžkovém pokoji, jeden uživatel má dvoulůžkový pokoj.

Tabulka č. 2 Respondenti DZP Kunovice – Cihlářská

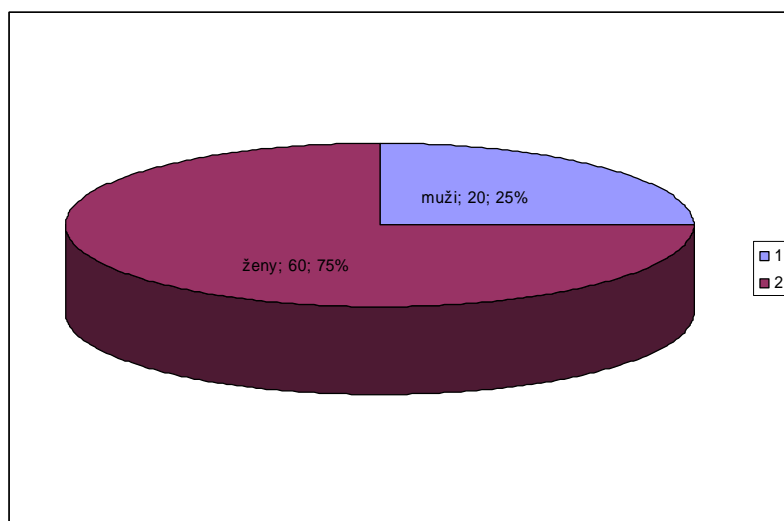
DZP Kunovice - Cihlářská		
Kapacita zařízení 80		
Pohlaví	Věk	Délka pobytu v zařízení (uvedeno v měsících)
muž	32	84
muž	78	84
žena	48	84
žena	58	84
žena	74	84
Odkud uživatel nastoupil:		
Z jiného pobytového zařízení - celkem 5		



Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 13. 3. 2009.

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 13. 3. 2009.

Graf č. 2 Poměr mužů a žen v DZP Kunovice – Cihlářská



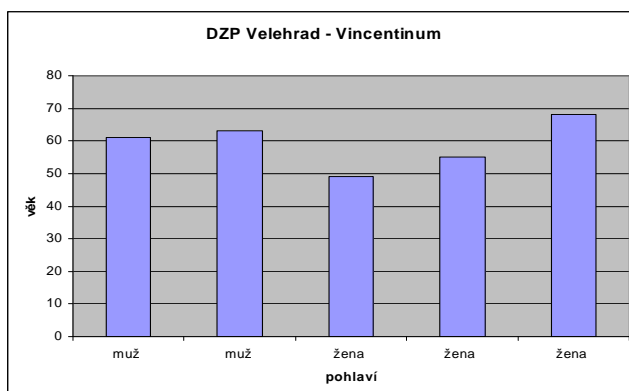
Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 13. 3. 2009.

Ze zařízení DZP Velehrad – Vincentinum bylo osloveno 5 uživatelů, z toho 2 muži a 3 ženy ve věku od 61 do 68 let. Dva uživatelé jsou přestěhováni z jiného zařízení a tři přišli z domácího prostředí. Délka pobytu v zařízení je různá. Velikost komunity (oddělení), ve

kteřé uživatel žije je 16 a čtyři uživatelé mají dvoulůžkový pokoj a jeden uživatel je na pokoji sám.

Tabulka č. 3 Respondenti DZP Velehrad – Vincentinum

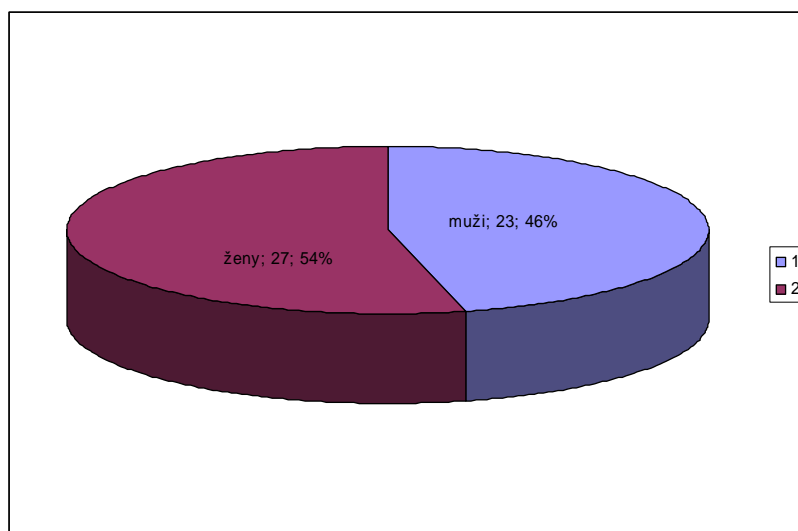
DZP Velehrad - Vincentinum		
Kapacita zařízení 50		
Pohlaví	Věk	Délka pobytu v zařízení (uvedeno v měsících)
muž	61	24
muž	63	36
žena	49	288
žena	55	420
žena	68	588
Odkud uživatel nastoupil:		
Z jiného pobytového zařízení - celkem 2		
Z domácího prostředí - celkem 3		



Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 16. 3. 2009.

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 16. 3. 2009.

Graf č. 3 Poměr mužů a žen v DZP Velehrad – Vincentinum

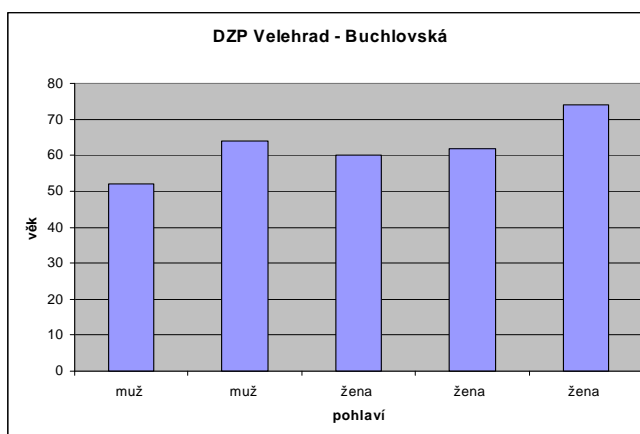


Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 16. 3. 2009.

Ze zařízení DZP Velehrad – Buchlovská bylo osloveno 5 uživatelů, z toho 2 muži a 3 ženy ve věku od 52 do 74 let. Všichni uživatelé pobývají v zařízení stejnou dobu. Čtyři uživatelé se do zařízení přestěhovali z jiného pobytového zařízení, ve kterém žili od raného věku, jeden uživatel však přišel z domácího prostředí. Čtyři uživatelé žijí v komunitě (na oddělení), kde je celkem 16 osob a všichni mají dvoulůžkový pokoj, jeden uživatel žije v komunitě pro 12 osob na jednolůžkovém pokoji.

Tabulka č. 4 Respondenti DZP Velehrad – Buchlovská

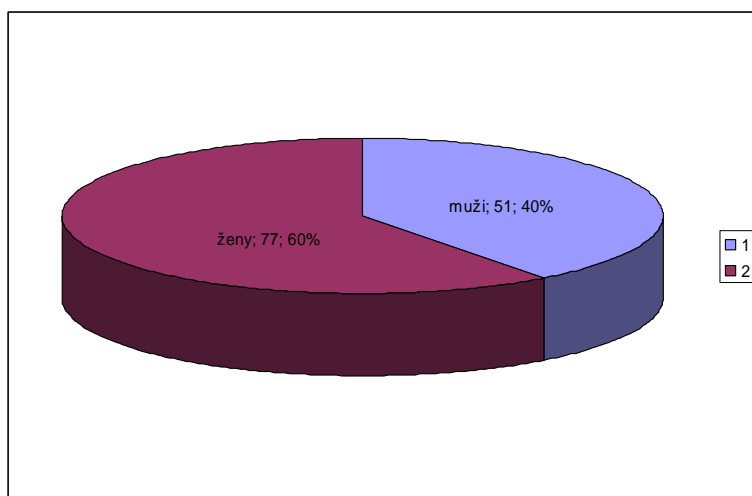
DZP Velehrad - Buchlovská		
Kapacita zařízení 128		
Pohlaví	Věk	Délka pobytu v zařízení (uvedeno v měsících)
muž	52	108
muž	64	108
žena	60	108
žena	62	108
žena	74	108
Odkud uživatel nastoupil:		
Z jiného pobytového zařízení - celkem 4		
Z domácí péče - celkem 1		



Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 17. 3. 2009.

Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 17. 3. 2009.

Graf č. 4 Poměr mužů a žen v DZP Velehrad – Buchlovská



Zdroj: vlastní výzkum realizovaný dne 17. 3. 2009.

### 6.3.2 Interpretace rozhovorů

#### A) spokojenost uživatelů

Většina uživatelů se v domově cítí spokojeně, dobře se jim žije a z 20-ti respondentů je 17 spokojených. Dvě uživatelky si uvědomují, že nemají kam jít, proto se jejich domovem stalo zařízení. Život uvnitř zařízení se jim líbí a na poskytované služby nemají námítky. Sledují však provozní záležitosti zařízení (změna stravy, připomínky k jídelníčkům apod., které se nebojí vyslovit). Důležité je, že se jim zde líbí a jsou spokojeni, cítí se zde příjemně a mají radost ze svého domova. Radost jim dělají připravované terapie, které velmi rádi navštěvují a mají o ně zájem. Mohou zde vyjádřit své pocity, náladu a mají plnohodnotně, aktivně vyplněný den. Dále uživatelé hodně preferují vycházky do přírody a výlety po okolí, ale mají radost i z nově pořízeného nábytku ve svém pokoji či jakéhokoliv jiného vybavení. Změnu uživatelé nevyžadují, jsou spokojeni se vším co v zařízení mají.

Avšak některé uživatele trápí nedostatek finančních prostředků a platba regulačních poplatků. Práním většiny uživatelů je návrat do rodinného prostředí, chráněného bydlení, ale i myšlenka na zdraví, dárky, výlety a duchovní život či studium rodného jazyka.

## B) interpersonální vztahy

Tím, že uživatelé jsou neustále spolu, jsou na sebe zvyklí, mají se navzájem rádi (i když malé nedorozumění mezi nimi občas existuje), i tak si ve všech činnostech navzájem pomáhají, chrání a berou to jako každodenní samozřejmost.

Při vzpomínce na rodiče, či ostatní rodinné příslušníky a známé se objeví slza v oku a velký smutek. Zde přichází úkol personálu, který svou úlohu plní, a jsou zde kladné vazby, včetně zkvalitnění služeb, avšak denní komunikace je spíše zaměřena na každodenní situace a provozní záležitosti. Objevily se i negativní odpovědi (pouze u jednoho zařízení a to ve dvou případech), že personál si vůbec nepovídá nebo občas a málo. Zde bych poukázala na fakt, že komunikace s uživateli vede k rozvoji samotného uživatele a hraje velmi důležitou roli. Ale je potřeba posoudit situaci. Jedná se o dva případy ze tří u zkoumaného vzorku.

Každý uživatel velmi dobře zná svého klíčového pracovníka a při vyslovení jména byla zřejmá radost a spokojenost. Což považuji za velmi důležité. Návštěvy ze strany rodiny či známých jsou u některých uživatelů pravidelné, u některých uživatelů vůbec (z důvodu že již zemřeli a ostatní jsou bez zájmu). Některé uživatele si rodina odveze např. na vánoce, letní prázdniny či jen na víkendy a při návratu zpět se uživatel těší zpět jak na ostatní spoluobčany, tak i personál.

Personál hraje velmi důležitou roli v kvalitě života uživatele, neboť je pořád uživateli na blízku, tráví s uživateli mnoho času, poskytuje mu péči, tak se stává součástí jeho života. Kvalita péče je určena úrovní ošetrovatelské péče a komunikací mezi uživateli a personálem navzájem.

## C) Volnočasové aktivity

Z důvodu, že uživatelé mají naplánovaný každý den, sami si neuvědomují rozvržení denní doby, ale přesně ví, co celý den dělají a čím se zabývají. Většinu dne mají rozvrženo v jednotlivých kroužcích, které velmi rádi navštěvují a další motivací je pro ně radost ze zhotoveného díla, či možnosti výdělku. Jednotlivé kroužky jsou rozvrženy podle schopností a dovedností uživatelů a slouží jako vhodný nástroj terapie a zdokonalení motoriky uživatele. Zařízení se snaží o různorodost kroužků a volnočasových aktivit. Jak již bylo zmíněno, radost jim dělají procházky po okolí, výlety, kam jezdí s personálem, ale běžné procházky a vycházky v místě bydliště zvládají sami nebo i s ostatními uživateli (s ohledem na jejich fyzický i psychický stav). Z výletů si odnášejí mnoho krásných vzpomínek a při vy-

bavení jim činí opravdovou radost. Pomocí výletů se snaží uživatelé začlenit do společnosti a poznávat své okolí. Od uživatelů jsem se četnost výletů nedozvěděla, ale dle odpovědí lze usoudit, že již navštívili hodně míst a na některá se i opakovaně vracejí.

D) Mimořádné události pozorované v průběhu rozhovoru

Jak jsem již zmínila, jedná se o mimořádné činy během rozhovoru.

Shrnutí to mohu na dvě konkrétní otázky, a to: Jak často jezdíte mimo zařízení na výlety?

Kdo Vás v zařízení navštěvuje a jak často? Těšíte se na jejich návštěvu?

Zde byla projevována opravdu nesmírná radost, štěstí, ale i při vzpomínce na zemřelé blízké velký pláč a smutek.

U ostatních otázek jsem nepozorovala nic mimořádného. Radost se projevila i u ukázky zhotoveného díla (vyšívání, malování apod.).

## ZÁVĚR

Všechna uvedená zařízení mají ve svých cílech a poslání zařízení definováno, že se snaží o zajištění samostatnosti uživatelů, nalézt jejich skryté možnosti, a podporovat uživatele s přihlédnutím na jejich možnosti a schopnosti, které využijí k jeho prospěchu.

Z uvedených odpovědí vyplývá, že uživatelé nejsou schopni se postarat sami o sebe, jak by si přáli. Jsou plně závislí na pomoci odborného personálu a jsou oddáni životu uvnitř zařízení. Snahou každého zařízení je opravdu kvalitně poskytovat služby, ať se jedná o základní poskytnutí ubytování, stravy a ošacení, vybavení pokojů, nabídky volnočasových aktivit, tak o zajištění služeb odborného personálu.

Rozvíjení schopností uživatele vidím v pracovních terapiích, které se dějí denně. Uživatel má svůj řád a ví co bude následovat. Výlety k vyplnění volného času a poznávání svého okolí, vzpomínky, které si vybaví, a strhující nadšení je dalším velkým přínosem do života mentálně postiženého člověka. Další nemalou roli zde hraje pomoc ostatním a nácvik sebeobsluhy.

Snaha personálu je pestrá, i když pro nás „zdravé“ lidi zdá se stereotypní. Tito uživatelé však své činnosti nejsou schopni aktivně měnit. Proto je zde nutná motivace ze strany personálu a osobnostní předpoklady tohoto pracovníka. Všichni zaměstnanci tvoří jeden tým a jejich práce je orientována na celkovou podporu a rozvoj uživatele a snahou je poskytovat kvalitní služby. Každé z uvedených zařízení má pro uživatele vlastní dotazníkové šetření, kterým zjišťují přání a potřeby, názory a připomínky uživatelů v zařízení.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese, Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-678-0.
- [2] ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-506-7.
- [3] MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ, Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize. Praha: BOMTON agency s. r. o., 2008, ISBN 978-80-904259-0-3.
- [4] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0179-0.
- [5] MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby, legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-310-9.
- [6] MATOUŠEK, O. a kol. Základy sociální práce. Praha: Portál 2001, ISBN 80-7178-473-7.
- [7] MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál 2003, ISBN 80-7178-548-2.
- [8] KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V DOMOVECH PRO OBČANY SE ZDRAVOTNÍM PSOTIŽENÍM, Metodická příručka. Praha: MPSV ČR, 2003, ISBN 80-86552-76-4.
- [9] ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DO PRAXE, Průvodce poskytovatele. Praha: MPSV ČR, 2002, ISBN 80-86552-45-4.
- [10] KRÁLOVÁ J., RÁŽOVÁ E. Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany. Olomouc: Anag, 2001, ISBN 80-7263-083-0.
- [11] KOPŘIVA K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 2000, ISBN 80-7178-429-X.
- [12] CHRÁSKA M. Metody pedagogického výzkumu. Praha: Grada 2007, ISBN 978-247-1369-4.
- [13] ZÁKON Č. 108/2006 SB., o sociálních službách.

- [14] VÍTKOVÁ M. Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, spol. s r. o. 2004, ISBN 80-86633-22-5.
- [15] HENDL J. Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha: Portál 2005, ISBN 80-7367-040-2.
- [16] TRACHTOVÁ E. a kol. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví 2001, ISBN 80-7013-324-4.
- [17] [www.ouss-uh.cz](http://www.ouss-uh.cz).

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DZP Domov pro osoby se zdravotním postižením

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů

## **SLOVNÍK CIZÍCH SLOV**

Etiologie = nauka o původu a příčinách nemocí

Teratologie = nauka o vývojových vadách orgánů nebo celých organismů

**SEZNAM TABULEK A GRAFŮ**

Tabulka č. 1 - Respondenti DZP Staré Město

Tabulka č. 2 – Respondenti DZP Kunovice – Cihlářská

Tabulka č. 3 – Respondenti DZP Velehrad – Vincentinum

Tabulka č. 4 – Respondenti DZP Velehrad – Buchlovská

Graf č. 1 – Poměr mužů a žen v DZP Staré Město

Graf č. 2 – Poměr mužů a žen v DZP Kunovice – Cihlářská

Graf č. 3 – Poměr mužů a žen v DZP Velehrad – Vincentinum

Graf č. 4 – Poměr mužů a žen v DZP Velehrad – Buchlovská

## SEZNAM PŘÍLOH

PI: Záznamový arch vedeného rozhovoru

PII: Údaje o uživateli sociální služby

# **PŘÍLOHA P I: ZÁZNAMOVÝ ARCH VEDENÉHO ROZHOVORU**

## **ZÁZNAMOVÝ ARCH VEDENÉHO ROZHOVORU**

Datum:

Čas počátku rozhovoru:

Čas ukončení rozhovoru:

---

### **A. SPOKOJENOST UŽIVATELE**

1. Jak se Vám tady v domově líbí? Jak jste v domově spokojená/ý? Jak se Vám tady žije?
2. Co se Vám líbí především? Z čeho máte (co Vám přináší) největší radost?
3. Co se Vám (naopak) nelíbí? Co Vám dělá starosti? S čím nejste spokojená/ý? Co byste chtěli, aby bylo lepší, co byste zlepšili, změnili?
4. Jaké je Vaše největší přání? Co si přejete? Co Vám udělá vždy radost?

### **B. INTERPERSONÁLNÍ VZTAHY**

1. Máte mezi spolubydlícími mnoho kamarádů?
2. Je zde někdo, koho máte nejraději? Kdo je Vaším největším (nejlepším) kamarádem?
3. Cítíte se někdy osamělá/ý? Je Vám někdy smutno? Stýská se Vám? Po kom (po čem)?
4. Když něco děláte, pomáháte si navzájem s ostatními spolubydlícími? Jak (v čem) si pomáháte (např.: při úklidu, oblékání, při jídle, při nákupu, při procházkách vozíčkářům apod.)?
5. Zajímá se někdo z personálu (pracovníků, sestřiček) o to, co Vás zajímá, trápí? Povídá si s Vámi? O čem si povídáte?
6. Máte svého (klíčového) pracovníka (sestřičku)? Víte, jak se jmenuje? Jak spolu vycházíte? Jste rád/a, že je „Vaším“ pracovníkem nebo byste si přál někoho jiného?

7. Kdo Vás v zařízení navštěvuje a jak často? Těšíte se na jejich návštěvu?
8. Jezdíte k někomu i mimo zařízení? Jak často jezdíte na návštěvu k rodině? Za kým jezdíte nejraději? Na co se těšíte nejvíce?
9. Když jste mimo zařízení, je Vám smutno po kamarádech, sestřičkách? Těšíte se zpět do zařízení?

### **C. VOLNOČASOVÉ AKTIVITY**

1. Jak trávíte svůj běžný den v zařízení? Co děláte od doby, kdy vstanete, až do doby než jdete spát?
2. Jakým volnočasovým aktivitám (kroužkům) se v zařízení věnujete? Které kroužky navštěvujete? Jak často? Která z uvedených aktivit Vás nejvíce baví? Který kroužek navštěvujete nejraději?
3. Jak často chodíte na procházky mimo zařízení? Chodíte sám(a), ve skupině s personálem (sestřičkou) či ostatními uživateli (kamarády)? S kým chodíte nejraději?
4. Jak často jezdíte mimo zařízení na výlety? S kým na tyto výlety jezdíte? Kde jste byli na posledním výletu? Kdy?

### **D. MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI POZOROVANÉ V PRŮBĚHU ROZHOVORU**



## **PŘÍLOHA P II: ÚDAJE O UŽIVATELI SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

### **ÚDAJE O UŽIVATELI SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

Název pobytového zařízení, ve kterém uživatel žije:

Název obce, ve které se zařízení nachází:

Počet obyvatel obce:

Lokalizace zařízení v obci (vzdálenost od centra, infrastruktura, vybavenost obce):

Pohlaví uživatele:

Věk uživatele:

Stupeň závislosti na pomoci druhé osoby:

Hlavní diagnóza stanovená lékařem:

Délka pobytu v tomto zařízení (uvedeno v měsících):

Odkud uživatel do sociální služby nastoupil:

- a) z domácího prostředí
- b) z domácího prostředí, kdy před nástupem pobýval dlouhodobě ve zdravotnickém zařízení
- c) z jiného pobytového zařízení (domov pro osoby se zdravotním postižením, dětský domov, internátní škola apod.)

Kapacita zařízení:

Velikost komunity (oddělení), ve které uživatel žije:

Počet osob na pokoji, ve kterém uživatel žije: