

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra praktické teologie

Bakalářská práce

Potřeby osob s mentálním postižením a kombinovanými vadami a jejich uspokojování ve vybraných zařízeních pro dospělé v hlavním městě Praha

Vedoucí práce: Mgr. David Urban

Autor práce: Jana Návarová

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: III.

2009

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

20. dubna 2009

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Davidu Urbanovi
za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Děkuji také zaměstnancům a uživatelům denních stacionářů v Praze a jejich
rodičům za poskytnutí cenných informací při vypracovávání bakalářské práce.

Úvod.....	6
1 Kombinované postižení.....	8
1.1 Vymezení pojmu kombinované vady.....	8
1.2 Mentální postižení.....	9
1.2.1 Vymezení pojmu mentální postižení.....	9
1.2.2 Klasifikace mentální retardace.....	10
1.2.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	11
2 Potřeby jedince s mentálním postižením.....	13
3 Sociální služby.....	16
3.1 Zákon o sociálních službách.....	16
3.1.1 Příspěvek na péči.....	17
3.1.2 Denní stacionář.....	19
3.2 Současná situace sociálních služeb v Praze.....	20
3.3 Střednědobý plán hlavního města Praha pro rok 2009.....	22
4 Praktická část.....	24
4.1 Cíl výzkumu a kvalitativní výzkumná strategie.....	24
4.1.1 Kvalitativní výzkumná strategie.....	24
4.1.2 Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace.....	25
4.2 Realizace výzkumu.....	25
4.2.1 Výběr vzorku.....	25
4.2.2 Charakteristika zkoumaných zařízení.....	26
4.2.3 Průběh sběru dat.....	28
4.2.4 Techniky sběru dat.....	28
4.2.5 Hlavní výzkumná technika.....	29
4.2.6 Dílčí výzkumná technika.....	29
4.2.7 Výsledky a jejich interpretace.....	30
4.3 DVO : Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování biologických potřeb v daném denním stacionáři?.....	31
4.3.1 Shrnutí.....	32
4.4 Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování psychických potřeb v daném denním stacionáři?.....	33

4.4.1 Shrnutí.....	35
4.5 Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování sociálních potřeb v daném denním stacionáři?.....	36
4.5.1 Shrnutí.....	36
Závěr.....	38
Použitá literatura.....	41
Seznam příloh.....	43
Příloha č. I – Schéma rozhovorů.....	44
Příloha č. II – Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace.....	47
Abstrakt.....	51

Úvod

Každá společnost má svoji vlastní tradici přístupu k lidem, kteří se odlišují např. svými projevy chování, potřebami nebo inteligencí. Tato tradice je zakotvena ve sdíleném systému hodnot, v dosaženém poznání o dané problematice, v každodenním kontaktu a v praxi péče, která je těmto lidem nabízena.

Nejen v naší zemi dochází v posledních desetiletích k výrazným změnám v oblasti péče o lidi s mentálním a tělesným postižením. V minulém století odborníci běžně doporučovali rodičům ústavní péči jako variantu, která je pro jejich dítě nejvíce prospěšná. Toto doporučení ze strany odborníků mělo často podobu naléhavého požadavku, podloženého údajným zájmem dítěte, případně prospíváním jeho zdravých sourozenců nebo zájmem rodiny. Teprve v poslední čtvrtině minulého století došlo k zásadnímu obratu v názoru na umístění dítěte mimo rodinu. Dnes většina dětí s postižením vyrůstá ve vlastní rodině a využívá zařízení sociální péče.

Pracuji jako pracovník sociální péče v Denním stacionáři AKORD v Praze 2, který je sociální službou zajišťující dětem a mládeži s mentálním postižením a kombinovanými vadami ve věku od 3 do 26 let denní péči a podporu k zachování a rozvoji důstojného života v přirozených podmínkách. V současné době využívá služby stacionáře i několik uživatelů, kteří v brzké době dosáhnou věku 26 let a tím vyvstává otázka možnosti následné péče. Ráda bych výsledky své bakalářské práce využila pro pomoc rodinám s postiženým dítětem ve věku 26 let jako přehledný návod do budoucnosti.

Tématem mé bakalářské práce je objasnění potřeb lidí s mentálním postižením a kombinovanými vadami a naplnění těchto potřeb v zařízeních poskytujících sociální služby dospělým lidem s mentálním postižením a kombinovanými vadami. Zaměřila jsem se na region hlavního města Prahy, vzhledem k trvalému bydlišti uživatelů služeb AKORD a jejich rodin.

Při zpracování prvních dvou oddílů teoretické části byla analyzována odborná literatura, včetně speciálně pedagogických a sociálně právních časopisů

a je zaměřena na vysvětlení pojmu kombinované vady a mentální postižení a na popis potřeb osob s mentálním postižením. Ve třetí části se věnuji sociálním službám pro osoby s mentálním postižením a současné situaci v Praze.

V praktické části představuji tři zkoumané denní stacionáře, jejich poslání a cílovou skupinu, současně s výsledky mého výzkumu. Výzkum je zaměřen na spokojenost rodin klientů s naplňováním potřeb se souvztažností na teoretickou část mé práce.

1 Kombinované postižení

1.1 Vymezení pojmu kombinované vady

V současné době neexistuje jednoznačné terminologické vymezení pojmu kombinované postižení a různí autoři používají odlišná označení. V České republice jsou vedle pojmu kombinované postižení nejčastěji používané termíny vícenásobné postižení, kombinované vady a vícenásobné vady. Sovák (1986) chápe pod pojmem kombinované vady sdružování několika postižení u jednoho jedince, které se navzájem ovlivňují a během vývoje jedince se kvalitativně mění. Kombinované vady popisuje jako složitý celek různých podmíněných a vzájemně se ovlivňujících psychosomatických a psychosociálních nedostatků a deformací, jež jsou vzájemně podmíněné a podléhají vývojovým změnám. Dle Krejčířové (2001) se jedná o přidružené tělesné, nebo smyslové postižení či neuropsychickou dysfunkci současně s mentálním postižením. Ke shodnému soudobému pojetí došla česká a slovenská speciální pedagogika, která vnímá vícenásobné postižení jako multifaktoriálně, multikauzálně a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který vznikl z důsledku existence více postižení či narušení. Jejich interakcí a vzájemným překrýváním vzniká tzv. „synergický efekt“, který je chápán jako nová kvalita postižení, která je odlišná od pouhého součtu přítomných postižení a narušení (Ludíková, 2005). Podle Defektologického slovníku (2000) jde o kombinované vady tehdy, když je člověk postižen dvěma anebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu.

Ani v zahraničí neexistuje jednotné terminologické vymezení pro zmiňovanou skupinu postižení. V anglicky mluvících zemích se používají termíny *multiple handicap* (vícenásobně postižený) a *severe/multiple disabilities* (těžké/vícenásobné postižení). V němčině se používá pojem *Schwerstmehrfachbehinderung* (těžké vícenásobné postižení).

Skutečnost, že neexistuje jasné vymezení pojmového aparátu, aby mohla být tato skupina jednotně označována, komplikuje dle Ludíkové (2005) využívání legislativního rámce, ale i tvorbu koncepce služeb pro tuto kategorii.

1.2 Mentální postižení

1.2.1 Vymezení pojmu mentální postižení

V současné době existuje řada definic mentální retardace. Je to způsobeno velkou řadou faktorů a kritérií, kterými je vymezení ovlivněno, a zdůrazněním některých hledisek a postojů jednotlivých autorů. Podle Krejčířové (2001) jsou nejčastěji používanými kritérii, podle kterých bývá mentální retardace definována, následující:

- inteligenční kvocient (IQ),
- sociální aspekty,
- biologické faktory.

Z hlediska posouzení inteligenčního kvocientu jde o kvalitativní vyjádření rozsahu postižení na základě vyšetření stupně intelektu. Sociální hledisko je v definicích zastoupeno tezí o trvalém snížení schopnosti jedince plně se socializovat. Z pohledu biologických faktorů je mentální retardace pojímána jako „trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku“ (Krejčířová, 2003, s. 157).

Krejčířová (2001, str. 400) shrnuje tato hlediska do následující definice: „Mentální retardace je závažná porucha inteligence, která je podmíněna vnitřními – biologickými faktory a je trvalého charakteru, vnějšími vlivy může být ovlivněna pouze v rámci biologicky daných limitů. Jde o postižení vývoje rozumových schopností, které je vrozené nebo časně získané a které podmiňuje i významné omezení adaptivního fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.“

Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) užívá definici, kdy mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností - komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce,

sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce (Matoušek, 2005, str. 111).

1.2.2 Klasifikace mentální retardace

Při klasifikaci mentální retardace se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost v České republice v roce 1993.

Stupeň mentální retardace se určuje podle dosaženého inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň inteligence (viz tab. č.1). Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Inteligenční kvocient (IQ) vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem:

Tab. č. 1: *Stupeň mentální retardace podle MKN-10*

<i>Kódová čísla</i>	<i>Slovní označení</i>	<i>Pásmo IQ</i>
F 70	lehká mentální retardace	50 - 70
F 71	středně těžká mentální retardace	35 - 49
F 72	těžká mentální retardace	20 - 34
F 73	hluboká mentální retardace	0 - 19
F 78	jiná mentální retardace	
F 79	nespecifikovaná mentální retardace	

1.2.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Podle závažnosti (hloubky) popisuje Thorová (2007) MR ve čtyřech skupinách:

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 70, (F 70) – 85%

Jedná se o nejrozšířenější formu retardace, objevuje se asi u 80% mentálně postižené populace. U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Verbální projev je celkově jednodušší, vyjadřují se v kratších větách a mají i problémy se správnou výslovností. Většina obvykle selhává v abstraktních předmětech a logických operacích.

V sebeobsluze jsou lidé s lehkou MR samostatní a po adekvátním nácviku jsou někteří schopni samostatně bydlet. Dle Vágnerové (2004) jsou i pracovně začlenitelní, potřebují pouze dohled a oporu.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49, (F 71) – 10%

U dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let. Verbální projev bývá chudý, se špatnou artikulací a chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Jedinci většinou ve škole zvládnou elementární základy trivia (čtení, psaní, počítání). Při učení je potřeba častého opakování a mechanického podmiňování.

V sebeobsluze bývají samostatné, jsou schopni si osvojit běžné návyky a jednoduché dovednosti, potřebují však dohled a občasnou pomoc v složitějších situacích. Mnozí lidé se středně těžkou MR uplatní své pracovní dovednosti v chráněných dílnách. K životu potřebují každodenní asistenci, zcela samostatného života nejsou schopni.

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34, (F 72) – 5%

Projevy jsou podobné jako u lidí se středně těžkou MR, potíže jsou ale výraznější. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců až 3,5 roku. Školní trivium tyto jedinci nezvládají, nicméně jsou schopni se naučit celou řadu dovedností. V případě, že je řeč přítomná, osvojí si jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, které navíc používají nepřesně.

Dokážou zvládnout základní sebeobslužné dovednosti, potřebují však výraznější míru dopomoci. Celkově jsou závislí na péči jiných osob. Pracovní dovednosti bývají základní, při správném vedení je mohou uplatnit v chráněných dílnách či v každodenních životních aktivitách.

Hluboká mentální retardace, IQ 20 a nižší, (F 73) – méně než 1%

Schopnost lidí s hlubokou MR porozumět řeči včetně základních instrukcí a pokynů je značně omezená. Velmi často bývá narušena i hybnost, mnohdy se jedná o úplnou nepohyblivost, ve většině případů jde o kombinované postižení.

Poznávací schopnosti se dle Vágnerové (2004) téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou MR reagují na známé a neznámé podněty kladně či záporně. Běžná je určitá míra sociálního chování, jako úsměv, radost ze společnosti. Nevytvoří se ani základy řeči, cca 25% dospělých neumí smysluplně používat řeč. Mentální věk je nižší než 18 měsíců.

V současné době jsou již známy metodické postupy, s jejichž pomocí je možné rozvíjet u části lidí s hlubokou MR řadu dovedností (komunikaci, pracovní chování, motorické dovednosti), přesto jsou komplexně odkázáni na péči jiných osob.

Jiná mentální retardace (F 78)

Tato kategorie je užívána jen tehdy, pokud je patrné, že intelektové schopnosti jsou výrazně sníženy a retardace je zjevná, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení nebo závažným poruchám chování či autistickým projevům nelze stupeň retardace spolehlivě určit.

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

V tomto případě je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby jedinec mohl být zařazen do některé z předchozích kategorií.

Vládní výbor pro zdravotně postižené uvádí v *Národním plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení* z roku 1993, že v České republice žije přibližně 300 tisíc osob s mentálním postižením, s těžkým

mentálním postižením zhruba 10 tisíc. Zároveň jsou osoby s mentálním postižením jednou z nejpočetnějších skupin mezi zdravotně postiženými (Obce, města, regiony a sociální služby, 1997, str. 106).

2 Potřeby jedince s mentálním postižením

„Lidé se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané České republiky. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR“ (Jůn, 2007, str.105).

Vágnerová (2004) zdůrazňuje, že jedinec s mentálním postižením má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby jsou však pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Čím hlubší je mentální postižení, tím je v uspokojení svých potřeb jedinec závislejší na svém okolí a zároveň má tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran. Způsob, jak toho dosahují odpovídá jejich aktuálnímu stavu po stránce tělesné a psychické a tudíž i mentální úrovni.

Vágnerová (2004) a Jůn (2007) charakterizují potřeby jedince s mentálním postižením následovně:

Fyziologické potřeby

Fyziologické potřeby, jak uvádí Jůn (2007) jsou naplněny v případě, že se klient může najíst a napít ve chvíli, kdy by on sám má potřebu, či chuť; může využít času na relaxaci a spánek, kdy je unaven a také může uspokojit svou sexuální potřebu sociálně přijatelným způsobem.

Potřeba stimulace

Vágnerová (2004) upozorňuje, že pro psychický vývoj je přísun podnětů nezbytný. U člověka s mentálním postižením musí být přiměřený možnostem jedince z hlediska množství, kvality i délky působení. V případě nadměrné stimulace může jeho vývoj poškozovat vyčerpáváním a nadměrným zatěžováním. Lidé s mentálním postižením preferují stimulaci stereotypnější, jednodušší

a jednoznačnější. Zároveň nemají takovou potřebu proměnlivosti podnětů, jako zdravý jedinec a tak se snadno nepřesytí známými podněty, které jim přinášejí uspokojení svou jednoznačností. Stimulace by měla být dostatečná a především srozumitelná. Srozumitelnost je velice důležitým aspektem, opak vyvolává zátěž a obranné reakce, z důvodu snahy o uniknutí z nepříjemné, či nesrozumitelné situace.

Potřeba učení

„U jedinců s mentálním postižením je vyjádřena tendencí porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. Informací nesmí být příliš mnoho, musí se opakovat, měl by v nich být jednoduchý řád a měla by zde platit pravidla, kterým by mohli porozumět. Může jít např. o takové základní vztahy, jako je příčina a následek či trvalost určitých objektů. Můžeme se setkat i s tím, že potřeba učení není u mentálně postižených tak silná a může být např. ovlivněna i závislostí na zprostředkující aktivitě jiných lidí.“ (Vágnerová, 2004, s. 296)

Potřeba citové jistoty a bezpečí

U lidí s mentálním postižením bývá velmi silná. Citová jistota je většinou výsledkem vztahu s pečujícím člověkem, či stabilitou blízkého okolí a může sloužit jako zdroj rovnováhy. Tato jistota je o to víc důležitá, neboť je pro mentálně postiženého obtížnější porozumět okolnímu světu, či přizpůsobit se jeho požadavkům. Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je dle Jůna (2007) naplněna, pokud si je klient vědom kdy, kde, s kým a co má dělat; může kdykoliv opustit kolektiv, např. k odpočinku; je mu umožněn volný přístup k předmětům, které mu navozují pocit bezpečí; může věřit personálu, který se chová předvídatelně, který dělá to, co slíbí.

Potřeba seberealizace

Potřeba seberealizace dle Jůna (2007) znamená, že se klient může rozhodnout dle svých schopností a možností o náplni své činnosti, volnočasové aktivitě a také o tom, jak často a kdy se činnosti budou dělat dle jeho rozhodnutí.

Potřeba někam patřit a být milován

Jůn (2007) tvrdí, že tato potřeba se naplňuje v případě, že personál je v kontaktu s uživatelem, i když mu nedává žádné pokyny, ani úkoly; personál je

ke klientovi empatický i v případě, že klient není smířen s pobytem v zařízení; hledá s ním řešení jeho tíživé situace.

Potřeba úcty a respektu

„Potřeba úcty a respektu se naplňuje ve chvíli, kdy je s klientem zacházeno přiměřeně jeho fyzickému věku a ve chvíli, kdy personál nezlehčuje a nezesměšňuje klientova přání, respektuje je, i když jsou nereálná“ (Jůn, 2007, str.106).

Čadilová (2007) shrnuje potřeby lidí s těžšími typy postižení do následujících bodů, které pokládá za základ jejich spokojeného života. Mezi zmíněné body patří:

- určitá míra předvídatelnosti
- možnost vyjadřovat své přání a potřeby (vytvořen systém funkční komunikace)
- zvládání sebeobslužných dovedností v co největší možné míře
- vytvoření pracovních dovedností a pracovního chování pro smysluplné trávení svého života
- vytvoření dovedností pro využití volného času (pro zabavení sebe samých ve svém volném čase)
- získání určité míry sociálních dovedností ke zvládnutí jednoduché kooperace s druhými, zvládání navázání přiměřeného sociálního kontaktu, zvládání jednoduché sociální rutiny (pozdrav, požádání, poděkování), minimálně naučit se žít v kolektivu vedle druhých lidí bez projevů problémového chování.

Riziko neuspokojení potřeb mentálně postiženého člověka je obecně vyšší než u člověka zdravého. Pokud se jedná o základní biologické potřeby jsou v rámci péče o člověka uspokojovány. Z psychických potřeb je dle Vágnerové (1999) málo uspokojována potřeba sociálních kontaktů a kladného sociálního přijetí. Uspokojování není omezeno jen fakticky malými možnostmi sociálních kontaktů, ale často i subjektivně, nepřipraveností jedince, jeho malou sociabilitou

a nedůvěrou k sociálnímu okolí. Lidé s postižením potřebují často k uspokojení svých potřeb menší či větší míru asistence. Velmi důležité je zdůraznit, že nenaplnění základní životní potřeby zvyšuje u jakéhokoliv člověka pravděpodobnost výskytu problémového chování .

Cílem snažení každé organizace by mělo být poskytování takových služeb, které jsou v maximální míře přizpůsobeny individualitě uživatele a které respektují jeho potřeby.

3 Sociální služby

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

3.1 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1.1.2007, přinesl zásadní změny do oblasti sociálních služeb.

Změna je dle Matouška (2007) patrná přímo z ustanovení § 2 zákona, které stanoví základní zásady poskytování sociálních služeb. Velký důraz je kladen na aktivní zapojení uživatelů sociálních služeb, služby mají být individualizované, „šité na míru“, aktivační, podporující samostatnost a mají předcházet trvání nepříznivé sociální situace. V neposlední řadě je zdůrazňována povinnost zachování důstojnosti, lidských práv a základních svobod.

Mezi další změny, které nový zákon přináší, patří nová kategorizace sociálních služeb na služby sociálního poradenství, sociální péče a služby sociální prevence. Poskytovatelé sociálních služeb jsou dle tohoto zákona povinni se registrovat u krajských úřadů a uzavírat smluvní dohodu o poskytované službě s klientem. Zákon rovněž stanoví předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.

V § 88 Zákona o sociálních službách je zakotvena povinnost poskytovatele sociálních služeb dodržovat tzv. standardy kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím se hodnotí úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a to v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami, které jsou sociální služby poskytovány.

Dle Matouška (2007) mohou standardy kvality sociálních služeb být prostředkem, jak i samotné organizace mohou hodnotit svou práci. Organizace by měli mít stanoveny měřitelné cíle, pak je možné hodnotit, jak se jí daří cíle naplňovat. Zároveň i individuální cíle formulované podle potřeb jednotlivých uživatelů by měly být měřitelné a měly by odpovídat cílům organizace.

3.1.1 Příspěvek na péči

Největší pozitivní koncepční změnou Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. je dle Matouška (2007) především tzv. příspěvek na péči. Poskytuje se osobě, která je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu hodnocena jako osoba, jež je závislá na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Tato závislost se stanovuje ve čtyřech stupních:

- Stupeň I - lehká závislost
- Stupeň II - středně těžká závislost
- Stupeň III - těžká závislost
- Stupeň IV - úplná závislost.

Míra závislosti se určí počtem úkonů vyjmenovaných v zákoně, které osoba není schopna samostatně zvládat. Přitom se hodnotí:

- schopnost péče o vlastní osobu;
- soběstačnost.

Výše příspěvku za kalendářní měsíc se určuje podle stupně závislosti a podle věku. Pro účely mé práce budou uvedeny jen příspěvky osobám starším 18-ti let:

- 2.000,- Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4.000,- Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8.000,- Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 11.000,- Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb. Matoušek (2007) říká, že příspěvek v sobě skrývá několik motivačních prvků, z nichž se nejprogresivnější jeví možnost výběru sociální služby, která bude „šitá potřebám uživatele na míru“ (za předpokladu pestré nabídky sociálních služeb v lokalitě). Tím se zároveň z osoby, která službu vyhledává, stává „zákazník“, který si služby jemu poskytované „kupuje“ a to jak ve vztahu k poskytovateli sociálních služeb, tak např. ve vztahu ke svým rodinným příslušníkům. Příspěvek na péči je rovněž koncipován s tím, že bude vytvářet zdravé konkurenční prostředí mezi poskytovateli sociálních služeb.

Dle Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb hlavního města Prahy bylo v roce 2008 vyplaceno na dávkách příspěvku na péči v hlavním městě Praze částka ve výši 1 585 mil. Kč. K 30. 6. 2008 bylo evidováno celkem 21 102 osob, které pobírají příspěvek na péči, z toho 48% bylo přiznáno v I.stupni závislosti, 32% ve II. stupni závislosti, 14% ve III. stupni závislosti a ve IV. stupni závislosti byl příspěvek na péči přiznán 6% osob. Při předkládání žádostí o dofinancování z rozpočtu hl. m. Prahy poskytovatelé sociálních služeb ale předpokládali, že od uživatelů v roce 2008 získají cca 587 mil. Kč (úhrady za ubytování, stravu a péči).

V roce 2008 se potvrdil předpoklad, že příspěvek na péči nebude využíván v plné výši na zajištění poskytování sociálních služeb prostřednictvím registrovaných poskytovatelů sociálních služeb.

Do budoucna stojí před zákonodárci (vlastně i před hlavním městem Prahou) úkol, jak zabezpečit, aby financování sociálních služeb včetně výplaty příspěvku na péči bylo efektivnější a účelnější.

3.1.2 Denní stacionář

Denní stacionáře jsou služby sociální péče, poskytující ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, které potřebují pravidelnou pomoc v oblasti osobní péče a soběstačnosti, včetně posilování jejich samostatnosti. Služba je poskytována v průběhu denních hodin. Klient se odpoledne nebo večer vrací do vlastního domácího prostředí, tudíž se jedná o službu při zachování přirozeného sociálního prostředí klienta.

Základními činnostmi služby poskytované v denních stacionářích jsou¹:

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

Matoušek (2005) upozorňuje, že často je hlavním rysem organizací poskytujícím sociální péči důraz na zajištění základních potřeb klientů, přičemž jejich aktivní účast nebo snaha o ni není podmínkou, nebo pravidlem. Péče se zaměřuje hlavně na uspokojení primárních potřeb. Varuje, že při takovém

¹ KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči*, str. 73.

zaměření mohou být přehlédnuty i další významné potřeby, jako např. seberealizace, které uspokojovány nejsou.

Zjišťování individuálních potřeb lidí s mentálním postižením a stanovení optimální podpory by mělo být jednou z klíčových oblastí při poskytování služeb v zařízeních sociální péče.

„Plánování zaměřené na osobu se opírá o tým lidí, kteří dobře znají člověka s postižením a pečují o něj. V řadě organizací je určen klíčový pracovník, který je odpovědný za individuální plánování služeb a jejich plnění. Plány mohou být krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé“ (Matoušek, 2007).

Individuální plány péče jsou jednou z cest, jak se přiblížit důstojné péči. V centru pozornosti je člověk takový, jaký je, jeho specifická přání, názory a to, co je důležité právě pro něj. Pomoc se nezaměřuje ani tak na postižení, ale aby člověk nebyl pasivní objekt péče odborníků, ale aby on sám měl vliv na svůj život, aby mohl ovlivnit kde, s kým a jak bude žít a kdo mu bude poskytovat služby. Hlavní je, co on sám chce a potřebuje. Měl by mít možnost se co nejvíce aktivně účastnit normálního běhu života a co nejvíce se zapojit, a to v rozsahu, který se naučí zvládat.

3.2 Současná situace sociálních služeb v Praze

Jak uvádí článek organizace Modrý klíč, uvedený na jejich webových stránkách, dosavadní síť zařízení pro lidi s mentálním postižením v Praze a jejím okolí je stále velice úzká a neustále chybí možnost volby a návaznost jednotlivých typů zařízení. Většina stávajících sociálních zařízení v Praze je omezena věkovou hranicí (15, 18, 26 let). Z důvodů finanční nejistoty se některá zařízení změnila na školská zařízení a tím došlo k úbytku poskytovaných sociálních služeb (např.: zkrátala se provozní doba zařízení, což znemožňuje rodičům normálně pracovat a rodič samoživitel se tak dostává do finančních problémů).

Jak článek dále uvádí, že ač nejvýraznější pozitivní posun v legislativě týkající se osob s mentálním postižením se uskutečnil právě v resortu školství, nedořešením sociálních služeb stále dochází k diskriminaci rodin s těžce mentálně

postíženým dítětem. Školský zákon dnes umožňuje zařazení dětí s mentálním postižením či kombinovanými vadami již od dvou let ve speciální mateřské škole. V případě nezralosti dítěte pro vstup do pomocné školy je možný odklad školní docházky. Pro tyto děti byl při pomocné škole vytvořen tříletý diagnostický pobyt: přípravný stupeň pomocné školy. Zde se také rozhodne, zda je dítě schopné pokračovat v běžné pomocné škole, nebo bude vzděláváno v alternativním programu pomocné školy podle individuálního vzdělávacího plánu. Teoreticky tedy děti a mládež, o které jsou rodiče schopni se postarat, budou mít zajištěn denní pobyt ve škole po dobu věku školní docházky. Problém vyvstává v případě, kdy dítě má speciální individuální výuku, do školy chodí pouze na jednu nebo dvě hodiny denně či týdně a rodina musí zajistit zbývající péči. Chybí návaznost pro absolventy pomocných a zvláštních škol, kteří nejsou vzhledem ke svému postižení zaměstnatelní v běžných pracovních podmínkách. Velký zájem mají o místa v chráněné dílně.

Další skupinu neumístěných žadatelů tvoří osoby s mentálním postižením a kombinovanými vadami, které ještě byly zbaveny školní docházky, jsou doma a pro náročné postižení nebyly nikde přijaty. Velkou roli zde hraje místo bydliště. O umístění v pražských zařízeních mají zájem i žadatelé z okolí Prahy (Radotín, Štěchovice, Vestec, Dolní Břežany, Říčany atd.). Největší skupinu žadatelů tvoří zájemci o umístění s týdenním pobytem a potom zájemci o trvalé chráněné bydlení. Žádosti na umístění dítěte s ubytováním s přibývajícím věkem rodičů stoupají. Žádosti na chráněné bydlení jsou též od rodičů, kteří mají těžce postižené dítě - s kombinovanou vadou nebo dítě s problémovým chováním (mezi ně patří osoby postižené autismem). V určitých případech řeší tuto problematiku denní svoz a rozvoz. Je-li rodina již příliš vyčerpaná, je jediným řešením chráněné bydlení. Požadavky jsou na bydlení v Praze, aby mohl být zachován co možná nejdelší kontakt s rodinou. V Praze provozuje týdenní pobyt ÚSP Vlašská, kde nemohou být imobilní osoby, zařízení Diakonie v Michli, které pečuje o děti a mládež do 20 let, společnost Duha a společnost Pohoda, která provozuje chráněné bydlení pro dospělé. Modrý klíč, který není omezen věkem klientů ani

stupněm jejich postižení, poskytuje týdenní pobyt 12 klientům a provozuje v tuto dobu již 4 chráněné byty, kde celkem žije dalších 12 klientů. ÚSP Sulická a Domov Svaté rodiny jako jediná pražská sociální zařízení poskytují celoroční provoz. Úplně chybí v Praze krizová centra, v omezeném měřítku tuto službu poskytuje Modrý klíč. V letních měsících jsou sociální zařízení uzavřena a Modrý klíč jako jedno z mála zařízení má provoz do 20. července a v případě uvolněných míst bere na tuto krátkou dobu do péče uchazeče z jiných zařízení (i státních).

Počet lidí s mentálním postižením v Praze a v jeho okolí je tak velký, že by každý obvod měl mít svá specifická zařízení pro mentálně postižené.

3.3 Střednědobý plán hlavního města Praha pro rok 2009

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb pro rok 2009 plynule navazuje na nulový plán z roku 2008. Obsahuje priority, které přesahují horizont jednoho roku a budou plněny dlouhodobě, ale i priority, které byly stanoveny pouze na období jednoho roku v důsledku očekávaných změn ve financování sociálních služeb v roce 2010.

Na rok 2009 je pro rozvoj sociálních služeb stanoveno šest priorit:

1. Stabilizace má zajistit fungování a financování sociálních služeb včetně jejich rozvoje prostřednictvím získání finančních prostředků ze státního rozpočtu, z rozpočtu hlavního města Prahy, městských částí, atd. Služby budou podporovány v rámci grantového řízení a při hodnocení žádostí bude hodnocena kvalita poskytovaných služeb (např. doložením naplňování standardů kvality poskytované služby v žádosti). Podporovány budou zejména služby z oblasti prevence, aktivizační služby (aktivizující návrat člověka do svého přirozeného prostředí) a služby podporující zachování člověka v jeho přirozeném prostředí.

2. Kvalita, kdy vytvořením základního rámce pro dotační politiku hlavního města Prahy, tj. přerozdělováním prostředků ze státního rozpočtu ČR a zdrojů hlavního města Prahy bude zajištěno jejich efektivní rozdělení. Zároveň se budou zohledňovat priority městských částí.

3. Strategie. V rámci této priority se mají vytvořit podmínky pro přípravu dlouhodobější strategie rozvoje sociálních služeb na další roky, které budou plně v souladu se současnými trendy v poskytování sociálních služeb uvedenými v evropských a národních prioritách. Nezbytné je také nastavit mezikrajskou komunikaci, především se Středočeským krajem.

4. Koordinace má za úkol připravit podmínky pro propojení Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb se Strategickým plánem hl. m. Prahy včetně použité metody pro jeho tvorbu (a to při zohlednění strategií a plánů městských částí).

5. Systém. Tato priorita má dokončit tvorbu struktury kvalitního plánování sociálních služeb na základě reálných potřeb uživatelů, možností hlavního města Prahy a městských částí. Cílem je vytvořit systém zapojení poskytovatelů a uživatelů do stávající struktury komunitního plánování sociálních služeb a vybudovat tzv. konferenční systém (zahrnující např. emailovou konferenci, workshopy, pracovní skupiny, konzultační schéma, atd.). Poskytovatelé budou zapojeni v rámci pracovních skupin na úrovni hlavního města Prahy. V průběhu zapojování uživatelů do plánování sociálních služeb na krajské úrovni bude vyřešeno i vytvoření pracovních skupin dle cílových skupin uživatelů.

6. Kritéria. V této prioritě je úkolem zpracování funkčního a efektivního systému plánování sociálních služeb v souladu s již existujícími principy a kritérii metody plánování sociálních služeb.

V roce 2009 se opět předpokládá financování sociálních služeb ze tří veřejných zdrojů a to ze státního rozpočtu, z rozpočtu hl. m. Prahy a z rozpočtu městských částí. Dalšími zdroji pak budou uživatelé sociálních služeb, zdravotní pojišťovny a v neposlední řadě i zdroje z Evropských Sociálních Fondů.

K zabezpečení sociálních potřeb na území hlavního města Prahy je nutné zajistit stabilní a dostatečný objem finančních prostředků. Odhady plánovaných finančních prostředků na rok 2009 dosahují výše 3 278 000,- Kč.

Z výše uvedené teoretické části vyplývají výzkumné otázky, které ověřuji v praktické části své práce.

4 Praktická část

4.1 Cíl výzkumu a kvalitativní výzkumná strategie

Z teoretické části vyplývají dílčí výzkumné otázky, které vedou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky (HVO), která je cílem výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit: *„Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucích k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb ve vybraných denních stacionářích na území města Prahy zaměřených na péči o osoby nad 26 let s mentálním postižením a kombinovanými vadami?“*

Dílčí výzkumné otázky (DVO):

- *Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování biologických potřeb v daném denním stacionáři?*
- *Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování psychických potřeb v daném denním stacionáři?*
- *Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování sociálních potřeb v daném denním stacionáři?*

4.1.1 Kvalitativní výzkumná strategie

Vzhledem k předmětu výzkumu, kde jsem se snažila odpovědět na hlavní výzkumnou otázku, jsem zvolila kvalitativní přístup. Jsem si vědoma některých negativ zvoleného výzkumu, například nízké spolehlivosti výzkumné metody a zkoumání malého souboru respondentů, ale na druhou stranu může prokazovat kvalitativní výzkum vysokou platnost a o respondentech se shromáždí více informací.

Z hlavní výzkumné otázky jsem v teoretické části odvodila dílčí výzkumné otázky, které jsem poté operacionalizovala a to v oddíle přílohy II.

4.1.2 Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace

Operacionalizace je postupný převod hlavní výzkumné otázky, která vyjadřuje nejobecnější úroveň, do dílčích výzkumných otázek, z nichž se následně vyvíjejí již konkrétní formy dotazů, kterými se daný problém zkoumá. Tabulku operacionalizovaných otázek uvádím v příloze číslo II.

4.2 Realizace výzkumu

V této kapitole se věnuji výběru vzorku, průběhu sběru dat, zvolenými technikami, strukturou schématu rozhovoru a metodami zpracování dat.

4.2.1 Výběr vzorku

Následující výzkum jsem provedla ve třech denních stacionářích, nacházejících se na území hlavního města Prahy, zaměřené na péči o osoby nad 26 let s mentálním postižením a kombinovanými vadami. Vzhledem k současné situaci lze říci, že tato 3 zařízení jsou de facto jediná, která splňují požadované charakteristiky (typ zařízení - denní stacionář, území hlavního města, věk uživatelů nad 26 let a zaměření stacionáře na péči o osoby s mentálním postižením a kombinovanými vadami).

Tento výzkum je netypický především nutností zisku informace o předmětu zkoumání z druhotných zdrojů, které jsou v tomto případě reprezentovány rodiči klienta denního stacionáře. Jsem si vědoma rizika možného zkreslení dat, ovšem vzhledem k postižení klientů, kteří ve valné většině nejsou schopni řečového projevu, se mi možnost zisku požadovaného druhu informace od rodičů jakožto nejbližších osob klientů, jevila za daných okolností jako nejschůdnější.

Z každého výše uvedeného zařízení jsem vybrala 4 respondenty - rodiče tak, aby dva z nich měli v zařízení dceru a zbylí dva syna. Zvolené osoby byli do výzkumu zařazeny na základě splnění několika podmínek, kterými byly: ochota

a čas odpovídat, doba docházení potomka do daného zařízení přesahující 6 měsíců (tato doba byla určena především proto, aby se ve výzkumu předešlo nežádoucímu zkreslení pramenícího z příliš krátké doby na aklimatizaci klienta), souhlas s následným zveřejněním výsledků a v neposlední řadě také dobrá znalost stavu a projevů ne/spokojenosti svého dítěte. Tento fakt je obzvláště důležitým bodem pro získání validní odpovědi, která se co nejvíce blíží skutečné situaci. U rodiče jakožto nejbližšího člena základní primární skupiny se dá tato znalost předpokládat.

Vzhledem ke zvolené metodě kvalitativního výzkumu se dá říci, že velikost výzkumného vzorku (12 rodičů klientů) je vzhledem k velikosti základního souboru dostatečná, a výsledky získané z následného šetření by měly být zobecnitelné na celkový soubor (který je v tomto případě reprezentován osobami s mentálním postižením a kombinovanými vadami starší 26 let).

4.2.2 Charakteristika zkoumaných zařízení

Modrý klíč

Sídlo: Praha 4, Smolkova 567/2

Provozní doba denního stacionáře: pondělí – pátek, 7.00 – 17.00 hod

ŠKOLA SPMP Modrý klíč (dále jen Modrý klíč) je nezisková nestátní organizace poskytující sociální služby dětem i dospělým lidem s mentálním a kombinovaným postižením. Organizace byla zřízena v roce 1991 na základě stanov Sdružení pro pomoc mentálně postiženým jako samostatný právní subjekt.

Modrý klíč v roce 2009 poskytuje zázemí komplexní péče pro 110 klientů. Sociální služby denního stacionáře, týdenního stacionáře a odlehčovací péče jsou uživatelům nabízeny v různých formách přizpůsobených druhu a hloubce jejich postižení i jejich věku. Pro starší uživatele služeb je denní program realizován v zácvikových pracovištích, chráněných dílnách a autistickém centru. Kromě výchovně vzdělávacího a pracovního programu pro uživatele služeb je v rámci projektu řešeno jejich stravování, doprava, fyzioterapeutické služby a dále

poradenská činnost, další vzdělávání pracovníků a edukační program rodinných příslušníků a opatrovníků uživatelů služeb.

Z volnočasových aktivit nabízí organizace sportovní klub, tkaní, práci s kovovým materiálem, taneční terapii, dramaterapii, výtvarné techniky.

Ruka pro život

Sídlo: Rajmonova 1199/4, Praha 8

Provozní doba denního stacionáře: pondělí – pátek, 7.00 – 16.00 hod

Ruka pro život je občanské sdružení, které nabízí služby denního stacionáře dospělým spoluobčanům od 16 let s mentálním či kombinovaným postižením. Organizace zahájila svou činnost v říjnu 2008. Posláním organizace je pomoc všestranně zkvalitňovat život našim dospělým spoluobčanům s mentálním či kombinovaným postižením a usnadňovat péči o ně jejich rodinám a blízkým. Dále poskytovat zaměstnancům a spolupracovníkům příležitost vysoce potřebné, smysluplné práce pro nejpotřebnější spoluobčany a prostředí podporující jejich profesionální a lidský růst. A komunitě, ve které působí, dávat každému jednotlivci a organizacím příležitost přispět podle individuálních možností pomocí či darem ke spokojenějšímu životu našich potřebných spoluobčanů.

Ratolest

Sídlo: Provoz střediska pondělí – pátek od 7 do 16 hodin

Středisko Ratolest bylo zřízeno Diakonií ČCE v roce 1990. Jeho snahou bylo pomoci rodinám v péči o jejich děti, aniž by je vytrhlo z přirozeného rodinného prostředí. Posláním denního stacionáře Diakonie ČCE – střediska Ratolest v Praze 10 je poskytování podpory lidem s mentálním a kombinovaným postižením k co největšímu rozvoji jejich schopností. Cílovou skupinu tvoří mladí lidé a dospělí se středně těžkým, popř. těžkým mentálním a kombinovaným postižením ve věku od osmnácti do šedesáti čtyř let. Z volnočasových aktivit nabízí plavání, jízdu na koních, canisterapii atd.

4.2.3 Průběh sběru dat

Prostřednictvím telefonického kontaktu jsem si domluvila schůzky s vedoucími pracovníky zařízení. V průběhu rozhovorů jsem představila sebe, školu, kterou studuji, a také výzkum, jenž bych ráda v tomto zařízení provedla. Výzkum jsem provedla v odpoledních hodinách, kdy si rodiče vyzvedávali klienty ze zkoumaných zařízení.

Z rodičů jsem oslovila ty, jenž splňovaly výše uvedené podmínky a na základě předem připraveného scénáře jsem s nimi provedla rozhovory.

Respondenty jsem seznámila s celkovým tématem plánovaného rozhovoru, s účelem a způsobem získávání informací i s jejich dalším zpracováním a případným využitím. Zároveň jsem jim zaručila anonymitu a důvěrnost našeho rozhovoru tím, že jejich účast na výzkumu byla zcela dobrovolná a podmíněna jejich souhlasem. Každý rozhovor trval přibližně 30 minut. Ponechala jsem respondentům dostatek prostoru pro volnou formulaci odpovědí. Obsah rozhovorů jsem nahrávala, zároveň jsem vyplňovala tabulky z předem připraveného schématu rozhovoru (Příloha č.I), které sloužily k lepší orientaci v názorech jednotlivých respondentů a posléze k jejich komplexnímu vyhodnocení, a k nim jsem si psala, podle mého názoru, zajímavé pasáže odpovědí. Otázky rozhovoru a jejich následná operacionalizace je uvedena v Příloze č. II.

4.2.4 Techniky sběru dat

Mezi nejběžnější techniky sběru dat v kvalitativním výzkumu patří pozorování, polostandardizovaný rozhovor a analýza dokumentů (Disman, 2002). Tyto techniky lze libovolně kombinovat. Pro svůj výzkum jsem jako hlavní zvolila techniku polostandardizovaného rozhovoru a jako vedlejší techniku analýzy dokumentů.

4.2.5 Hlavní výzkumná technika

Dotazování – polostandardizovaný rozhovor

Polostandardizované dotazování se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou (v mém případě v podobě schématu rozhovoru) a velkou pružností celého procesu získávání informací, kdy se výzkumník přizpůsobuje respondentovi, nepředkládá mu předem určené formulace odpovědí a umožňuje dotazovanému větší svobodu při formulaci jeho odpovědí, subjektivních pohledů a názorů (Hendl, 2005).

Kladenými otázkami jsem se snažila postihnout celé spektrum potřeb, na jejichž uspokojování je zkoumané zařízení zaměřeno. Jak dokládá schéma rozhovoru (Příloha č.I) tázala jsem se na spokojenost se třemi základními druhy potřeb, přičemž jsem se snažila každou jednotlivou oblast vyčerpat souborem konkrétních otázek, jenž podle mého názoru jednotlivé kategorie nejlépe zastupují.

4.2.6 Dílčí výzkumná technika

Analýza dokumentů

Jako doplňující techniku pro získání potřebných údajů jsem použila studium dokumentů, která mi posloužila k doplnění informací získaných rozhovorem. Šlo o informační brožury zkoumaných stacionářů, informace z webových stránek daných zařízení a v neposlední řadě také různá hodnotící sdělení sekundárního charakteru jako jsou neoficiální stránky společností podporujících rodiny s handicapovanými dětmi.

4.2.7 Výsledky a jejich interpretace

Uvedené tabulky jsou pouze informativního charakteru, kdy se ujišťují o splnění podmínek daných k výzkumu: tři denní stacionáře, uživatelé starší 26 let, 2 muži, 2 ženy z každého zařízení, délka užívání služby minimálně 6 měsíců.

1. MODRÝ KLÍČ	Délka užívání služby	Věk	Zdravotní stav
Ž1	10 let	26	MR
Ž2	5 let	29	MR, epilepsie
M1	2 roky	31	DMO
M2	4 roky	39	DMO

2. RUKA PRO ŽIVOT	Délka užívání služby	Věk	Zdravotní stav
Ž1	6 měsíců	36	DMO
Ž2	6 měsíců	37	MR
M1	6 měsíců	35	DMO
M2	6 měsíců	47	Fenylketonurie

3. RATOLEST	Délka užívání služby	Věk	Zdravotní stav
Ž1	2 roky	27	MR
Ž2	1 rok	34	DMO
M1	1 rok	26	MR
M2	5 let	30	MR

4.3DVO : Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování biologických potřeb v daném denním stacionáři?

Obecně by se dalo říci, že jsou rodiče s uspokojováním biologických potřeb svých dětí ve zkoumaných zařízeních spokojeni, čímž se dá základní požadavek na služby denních stacionářů považovat za úspěšně splněný.

Při hlubší analýze výsledků provedených rozhovorů se v této oblasti potřeb setkáváme s největší spokojeností rodičů klientů stacionáře Modrý klíč a to především na kvalitu jídla. Důvodem je fakt, že se v tomto zařízení přímo vaří a klienti mají možnost z výběru dvou obědů, což dokládá výrok: (1 Ž2) „*V zařízení se vaří, jsem s tím moc spokojená, dcera má na výběr ze dvou jídel, vždycky dostaneme jídelníček předem, abychom si vybrali na týden dopředu.*“ nebo:

(1 M1) „*Jídelníček je pestrý, vybereme synovi to, co má rád, je to skoro jako doma.*“

V zařízení Ruka pro život dochází klienti na oběd do nedaleké školní jídelny, kde mají výběr z jednoho jídla. Jídlo zde bylo hodnoceno jako standardní, což dokládá výrok: (2 Ž2) „*Dcera není vybíravá, školní jídlo jí nevadí, vaří taková ta klasická školní jídla.*“, či (2 M2) „*Podle mého syna bych řekla, že je dobrá. Chodí do školní jídelny.*“. Pokládám za důležité zmínit, že z důvodu docházení do školní jídelny nemohou být naplněny požadavky speciální diety, které podkládá výrok (2 M1) : „*Můj syn byl v té jídelně dvakrát, ale protože má chronický zánět jícnu, tak to dopadlo tak, že ho po té stravě odvezli na Bulovku. Musí se stravovat doma, vozíme ho domů na hodinu na oběd, má přísnou dietu a tu tady nelze dodržovat. Nejsou k tomu podmínky.*“

V zařízení Ratolest jsou obědy do stacionáře dováženy a na výběr je z jednoho jídla. Rodiče se často shodovali, že z názvů jídel na vyvěšeném jídelníčku není jasné, o jaký pokrm se jedná: (3 M1) „*Co se týče svačinek, tak velká spokojenost. Oběd dováží, někdy je to hrozný, podle názvu nevím, co to je a vím, že třeba sladká jídla syn nejí.*“ nebo (3 Ž1) „*Hladová domů nechodí, tak asi dobrý, ale často ani nevím, co měli k obědu. Z jídelníčku to nepoznám.*“

Další oblastí, v níž se zkoumané stacionáře lišily, byla podpora zdravotní péče. Ve dvou zařízeních je přítomen zdravotní personál, což dokládá výrok rodiče klienta Ratolesti (3 M2) : „**Mají tu zdravotní sestru, to jsme v tom předchozím zařízení neměli, je moc hodná**“. V Modrém klíči je zajištěna nadstandardní péče, která může být dána i kapacitou zařízení (viz.1 Ž1: „**Máme tu dobrou zdravotní péči, dochází sem paní doktorka, vsřícný zdravotní personál který udělá takový ten posilující doprovod, když člověk nezvládne poskytnout tu zdravotní péči sám**.“

Všechny tři stacionáře byly hodnoceny jako vynikající, co se týče dodržování hygieny, časté byly výroky typu: „ **Jsem moc spokojena, mají to tu čisté**.“

I na otázku, jak jsou rodiče spokojeni se službami vedoucími k rozvoji samostatnosti, především péče o vlastní osobu, jsem převážně slyšela kladné odpovědi, jako např. (2 M2): „ **Hodně je to zaměřeno na samostatnost, zlepšilo se to k lepšímu, přináší to i domů**.“ či (1 Ž1) : „**Jsou vytvořeny podmínky, aby byla samostatnější**“ a (3 M1): „**K samostatnosti jsou hodně vedeni, když jsou na škole v přírodě, tak se pak divím, co všechno dokázal, doma nás využívá**.“

4.3.1 Shrnutí

Z hlediska uspokojování biologických potřeb klientů třech zkoumaných zařízení lze konstatovat, že úroveň nabízených služeb je na dobré úrovni. Snad nejvíce rozporuplnou oblastí bylo v tomto případě hodnocení kvality stravy. Jednoznačně nejlepších výsledků v této oblasti dosáhlo zařízení Modrý klíč, v němž si jídlo vaří sami a zároveň nabízí výběr z více možností. Na druhou stranu jako velké mínus byla vnímána skutečnost neumožnění dietního stravování v zařízení Ruka pro život, což dokládá i výše zmíněný výrok. Jako zajímavý se mi dále zdál fakt zajištění zdravotní péče, která byla ve většině zařízení vnímána jako nadstandardní, přičemž její nejpositivnější hodnocení se týkalo Modrého klíče, kde byl kromě běžného zdravotního personálu (sestra) přítomen i odbornější zdravotnický dohled (lékař). Důležité bylo hodnocení rozvoje samostatnosti, které

bylo ve všech třech stacionářích hodnoceno výborně, byly vytvořeny podmínky pro rozvoj.

4.4 Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování psychických potřeb v daném denním stacionáři?

V této oblasti potřeb se zkoumaná zařízení lišila nejvíce. Příčiny tohoto faktu lze vidět především ve velmi různorodých osobních zkušenostech, jenž v důsledku velkého množství kombinací různých situací a osobnostních rysů a závažností postižení klientů tvoří v daném prostředí přirozený předpoklad každého podobného společenského styku.

Příčinu je možné vidět i v tom, že některá zařízení poskytují i další sociální služby, a tím jsou jejich možnosti vedoucí k uspokojení psychických potřeb klientů větší.

Velmi pozitivně byla vnímána tzv. schránka stížností, která byla přítomna ve všech třech stacionářích, kam mohli klienti vhadzovat své stížnosti ohledně zacházení ze strany personálu. Tato skutečnost tak vlastně předchází rozvinutí nějakého závažného narušování psychické rovnováhy klientů a je i příkladem dobré praxe.

Důležitým bodem je spokojenost rodičů klientů s projevy úcty ze strany personálu k jejich dětem. Převážná většina rodičů přístup personál velmi chválí (viz. 1 M1: *„Po všech stránkách jsem spokojený s projevy úcty“*), ale ve dvou zkoumaných zařízeních se našli i tací, kteří mají vůči zaměstnancům nějaké výhrady, jako např. v DS Modrý klíč viz. (1 Ž1): *„Projevy úcty jsou tu různé. Někdo, kdo prošel mateřstvím se na to dívá jinak, než člověk, který jen vystudoval a přijde rovnou ze školy. Asi se nikdo neubráníme tomu, že je nám někdo milejší, ale nějaké uvozovky, ve smyslu rezervy tam jsou.“* a v DS Ratolest – viz. (3 M1): *„Někdy mi připadá, že ho nevnímají jako plnohodnotného člověka, to bych personálu vytknul.“* a viz. (3 Ž2): *„Stalo se mi, že jednou řekli, že tomu ona přece nerozumí, nechápe o co opravdu jde. Nedívali se na ní jako na normálního člověka.“*

Do jisté míry zásadní se jeví problematika uspokojování potřeby jistoty, která souvisí s častou migrací personálu. Tato migrace může být spojena s nestálou finanční situací nestátních neziskových organizací, kdy je počet zaměstnanců v organizacích nestálý. Tento fakt potvrzují dvě ze zkoumaných zařízení a jeho vliv na uspokojení pocitu jistoty jejich mentálně postiženého dítěte, viz. DS Modrý klíč (1 Ž1) : „*Kateřina když si na někoho zvykne, to je pro ni jistota, to souznění. Dcera v lidech tu jistotu hledá, chce vědět, od koho co čekat. Dlouho to trvá, než si na někoho zvykne, jsou to letité záležitosti.*“ nebo (1 M2) : „*Je nepříjemné, že lidi odcházejí z nějakých určitých důvodů a mění se personál. To kdyby se dalo potlačit, kdyby se jim vytvořili podmínky, aby byli spokojení. Syn si pamatuje lidi, kteří jsou tu pět let, každé ráno kontroluje, zda tu opravdu jsou.*“ Stejně tak i v DS Ruka pro život, viz. (2 M1) : „*Moc bych si přál, aby personál, na který jsou děti zvyklí zůstával, aby se to zbytečně neobnovovalo, aby každý půlrok se kvůli malichernostem neměnil. Děti to trápí, když se s někým skamarádí. Náš kluk speciálně je z toho smutný, když někdo odejde.*“

Ve všech třech zařízeních vyjádřili rodiče spokojenost s nabídkou a pestrostí volnočasových aktivit a zájmových kroužků. Nejširší nabídku má organizace Modrý klíč, která nabízí své volnočasové aktivity ve formě kroužků v odpoledních hodinách všech pracovních dnů. Nabídka zahrnuje: dramaterapii, výtvarné techniky, tanečně dramatický kroužek, tkaní, práci s kovovým materiálem, taneční terapii. I přesto, že Modrý klíč na svých webových stránkách uvádí i možnost navštěvovat sportovní klub, setkala jsem se s názorem viz.

(1 Ž1) : „*Největší zájem je o pohybové aktivity, kterých se nedostává. Rehabilitace ano, pracovní terapie ano, ale to vyběhnoutí ven, ten cílený pohyb chybí, to co lidi potřebují tu chybí.*“ V DS Ratolest jsou nabízeny volnočasové aktivity typu plavání, jízda na koních, canisterapie, zájmové aktivity jako hudební komunikační, výtvarné, pohybové.

Při hodnocení bezpečnosti klientů ve stacionářích se většina rodičů shodla, že jsou spokojeni, jako např. v DS Ratolest (3 Ž1) : „*Jak je tu víc zaměstnanců, tak mají možnost dbát víc o bezpečnost, to mě uklidňuje.*“

4.4.1 Shrnutí

Psychologické potřeby klientů jsou přes celou jejich složitost v těchto DS, až na problém v oblasti projevování úcty ke klientům a zajištění jejich pocitu jistoty poměrně dobře uspokojovány. Z hlediska otázky fyzické bezpečnosti lze říci, že všechna tři zkoumaná zařízení splňují standardní podmínky, zejména faktem zajištění bezbariérovosti prostor. Z výše popsanych zařízení se podle názorů rodičů klientů jako nejbezpečnější jeví DS Ratolest a to zejména díky většímu počtu personálu.

Poměrně rozporuplně se jeví otázka nabídky rozvíjení pracovních činností. Na rozdíl od Modrého klíče, který v této oblasti velice vyniká především svým velkým materiálním zázemím (přidružená chráněná dílna), se ve zbylých dvou zařízeních těmto službách věnují v omezené míře. S touto oblastí velmi těsně souvisí i nabídka volnočasových aktivit, přičemž analýzou výsledků jsem dospěla k velmi zajímavé skutečnosti, kterou je naopak vyzdvižení zbylých dvou zařízení, jenž byly v otázce nabídky pracovních činností vnímány jako nedostatečné. Jednalo se zejména o spokojenost s nabídkou pohybových aktivit, z nichž byla nejpozitivněji vnímána možnost jízdy na koni, což nabízela Ratolest. Naopak služby (z hlediska nabídky pracovních činností pozitivně hodnoceného) Modrého klíče z hlediska pohybových aktivit byly rodiči klientů označovány jako neuspokojivé, až de facto chybějící, přestože z analýzy dokumentů (webové prezentace, informační brožury) vyplýval opak.

Jako hlavní a nejdůležitější je však problematika projevů úcty personálu ke klientům zkoumaných zařízení. Zatímco v Ruce pro život byly rodiče s přístupem personálu převážně spokojeni, v Modrém klíči jsem již zaznamenala drobné výhrady a v posledním zařízení (Ratolest) byl již patrný vážný nesoulad s očekáváním rodičů, což dokládá i příslušný výrok výše. Druhým, neméně zásadním problémem se ukázala být otázka pocitu jistoty klientů. Příčiny tohoto problému měly společného jmenovatele, kterým byla častá migrace personálu. Tento fakt byl zmíněn jak v Modrém klíči, tak v Ruce pro život.

Na druhou stranu výborným tahem se také ukázalo být zřízení tzv.schránky stížností, která může plnit jakousi funkci včasného detektoru nedostatků práce personálu.

4.5 Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucích k uspokojování sociálních potřeb v daném denním stacionáři?

Ve všech typech zařízení se dle analýzy dokumentů vyskytuje nabídka skupinových akcí, se kterými je většina rodičů spokojena. Např. v Modrém klíči mají klienti možnost setkávat se při skupinových aktivitách i s ostatními klienty jiných skupin dané organizace, což dokládá i výrok, viz. (1 M2) : *„Je dobré, že se tam potkávají i klienti z jiných skupin.“* Negativně se ovšem většina rodičů vyjádřila k frekvenci výjezdů mimo stacionář, což dokládají výroky:

(1 Ž2) : *„Nějaká nabídka tam je, ale málo. Určitě bych přivítala, kdyby se dalo cestovat víc, je to pro dceru zážitek, změna.“*, či (3 M1): *„Aktivity tu moc nejsou, i když jdou na ples Novy do O2 arény, ale například na školu v přírodě letos nepojedou“.*

Při dotazování rodičů klientů, jak jsou spokojeni s učením sociálních dovedností typu cestování MHD, jsem se setkala s rozdílnými názory na zkoumané stacionáře viz. odpovědi rodičů klienta z Modrého klíče (1 Ž1): *„Mají problémy s dcerou při cestování MHD, samostatnost se tady spíše rozvíjí přes rodiny, tady jim dávají spíš jen ten dohled.“* a z Ratolesti (2 Ž2): *„Ano, chodí s dcerou nakupovat, to víte, záleží na postižení, ale jsem ráda, že jí to umožní, že si to zkusí“.*

Obrovské plus stacionářů vidí rodiče v možnosti pohybu na zahradě, kterou mají všechny tři stacionáře k dispozici.

4.5.1 Shrnutí

V této oblasti se respondenti z řad rodičů klientů DS vyjadřovali zejména ke kvalitě nabízených skupinových akcí (jejich organizaci, pestrosti a zajímavosti programu a zejména jejich vlivu na pocit uspokojení z hustoty sociální sítě, která

měla být prostřednictvím těchto aktivit rozvíjena). Tyto služby byly vnímány z naprosté většiny jako velmi kvalitně uspokojované, avšak možnosti „mimostacionárních“ interakcí byly pojmenovávány nejčastěji jako nedostatečné a řídké. Přesto je potřeba interakcí mimo zařízení reflektována většinou respondentského pole.

Jako nejzásadnější se mi zde jevil problém nenaplnění služeb vedoucích k osvojení sociálních dovedností typu navazování a udržování mezilidských vztahů, orientace v okolí stacionáře, tj. i v Praze – využívání prostředků MHD, zvládnutí jednoduché kooperace s druhými, učení se žít v kolektivu vedle druhých lidí bez projevů problémového chování.

Přesto (a možná právě proto), že Modrý klíč nabízí široké spektrum mnoha různorodých aktivit v rámci svého uceleného modelu komplexní péče uvnitř zařízení, nezbyvá více prostoru pro aktivity směřující k začleňování klientů do většinové společnosti (mimo stacionář), a tím se podstatně zvyšuje riziko vzniku izolace a následné separace klientů. Naopak jako příkladný zde může být chápán přístup stacionáře Ratolest, který v rámci svých služeb nabízí nejen nespočet kulturních akcí (koncerty, divadlo, kino, výstavy), ale snaží se svým klientům zprostředkovat i kontakt s běžným životem lidí bez postižení (kontakt s institucemi, jízda prostředky hromadné dopravy, nakupování atd.) a navíc služby tohoto stacionáře neopomíjejí ani oblast spirituálních potřeb, jejichž uspokojení nabízí ve formě pravidelných bohoslužeb.

Ve většině zařízení je rodiči pozitivně kvitována existence přilehlé zahrady, která je zejména z důvodu lokace zkoumaných DS (sídlíštní, panelová zástavba), v jejichž nejbližším okolí se nevyskytují žádné parky, lavičky ani jiná místa pro odpočinek, vnímána jako nanejvýš žádoucí.

Závěr

Cílem tohoto výzkumu bylo odpovědět na otázku „Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucích k uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb ve vybraných denních stacionářích na území města Prahy zaměřených na péči o osoby nad 26 let s mentálním postižením a kombinovanými vadami?“

Po provedení 12 polostandardizovaných rozhovorů jsem získala množství kvalitativních informací, jež jsem se v předchozí kapitole pokusila stručně shrnout.

I zde je nutné opět upozornit na fakt sběru informací o předmětu zkoumání ze sekundárních zdrojů, které jsou v tomto výzkumu reprezentovány rodiči klientů. Důvody této skutečnosti jsou především mentální postižení klientů a v důsledku toho i jejich nedostatečně vyvinutá řečová schopnost.

Hlavní nesoulady mezi potřebami klientů a službami nabízenými zkoumaným DS: Pro každý jednotlivý druh potřeby jsem vybrala to, co se mi jevilo jako nejzásadnější.

U biologických potřeb chápu jako určující problém uspokojení speciálních požadavků na stravu. V zařízeních tohoto typu by možnost dietního stravovacího plánu měla být běžnou součástí nabízených služeb. Ovšem, jak vyplývá z mého výzkumu, není tato podmínka zdaleka zplněna, což samozřejmě klade další nároky na rodičovskou péči. Stejně tak by se za ideální stav dalo považovat zajištění zdravotní péče, která by splňovala nároky vyplývající ze stavu klientů, současně s vedením k rozvoji samostatnosti. Obecně by se dalo konstatovat, že uspokojování biologických potřeb bylo ve všech třech zkoumaných zařízeních na velmi dobré úrovni a výše zmíněné nedostatky byly pouze parciálního charakteru.

U psychických potřeb se mi jako nejvýznamnější jevil vážný nesoulad v projevech personálu ke klientům a očekávání jejich rodičů. Zejména pak v denním stacionáři Ratolest se bylo možné setkat vyloženě s projevy neúcty vyplývající z chápání klientů jako nerovnocenných či neplnohodnotných, přičemž tento druh potřeby je důležitý k naplnění důstojného života každého jedince.

Druhým velmi zásadním problémem se ukázala být otázka pocitu jistoty klientů z důvodů časté migrace personálu. Vzhledem k finanční a existenční nejistotě zařízení těchto typů je pochopitelné zvýšené riziko tohoto fenoménu, ovšem vedení denních stacionářů by měla stanovit taková kritéria přijetí nové pracovní síly, která budou rizika velké migrace personálu značně snižovat. Konkrétně by se mělo jednat o dostatečné seznámení s náplní práce a chodem zařízení, stejně tak jako uvědomění si důležitosti vybudování pevného vztahu s mentálně postiženým klientem, které je možné pouze za předpokladu jejich dlouhodobé kooperace.

Co se týče nabídky volnočasových aktivit vzniklé rozpory pramenily ve většině případů z nedostatečného respektování potřeb a přání klientů (jednalo se zejména o nedostatečné pohybové vyžití a pohyb v přírodě). Zde by se jako žádoucí jevila technika dotazníkového šetření na rodičích klientů, které by odhalilo nedostatky současného chodu stacionáře a zároveň inspirovalo vedení k zavedení chybějících služeb. Tuto funkci však může částečně plnit i tzv. schránka stížností, která se vyskytuje ve všech třech zkoumaných zařízeních.

Co se týče názoru na kvalitu uspokojování sociálních potřeb, připadá mi jako nejpodstatnější nedostatečná interakce mimo stacionář, na čemž má pochopitelně podíl i zdravotní stav klientů. I přesto by snahy o zapojení postižených do většinové společnosti neměly být opomíjeny ani nahrazovány zvýšeným zaměřením na rozvoj vztahů uvnitř stacionáře (jako tomu je u zařízení Modrý klíč). Vzájemná integrace učí i nehandicapovanou společnost vycházet s lidmi s postižením a bourá tím bariéry plynoucí z nevědomosti, předsudků a obav.

Služby vedoucí k uspokojení spirituálních potřeb, které jsem však zaznamenala jen u jednoho ze zkoumaných stacionářů by bylo vhodné rozšířit nejen u zřizovatelů církevních organizací. Tato potřeba by neměla být opomíjena, koresponduje s transcendentální podstatou člověka.

Přesto, že jsem provedeným výzkumem získala značné množství informací, některá témata (jako např. pocity jistoty) by bylo nutno zkoumat hlouběji, aby jejich souvislosti a motivy byly lépe vysvětleny a popsány, a proto

by se dalo v tomto výzkumu dále pokračovat rozvinutím např. jedné z dílčích výzkumných otázek (u uvedeného příkladu by se jednalo o potřeby psychické).

Ve většině případů však došlo k názorovému konsenzu (zejména v pozitivních hodnoceních) obou skupin respondentů, a tak lze zkoumané služby v DS vnímat jako velmi dobře uspokojované. Za předpokladu přijetí výše doporučených opatření by se mi jevil velice zajímavý nápad uskutečnit daný výzkum ve stejném prostředí znovu, a tím zjistit úspěšnost kvality provedených změn, ke kterým přispělo toto šetření.

Použitá literatura

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 97-103. ISBN 978-80-7367-319-2.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-485-4.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost, příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. 1.vyd. Jinočany: H&H Vyšehradská, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

JŮN, H. Co spouští problémové chování klientů v ústavech sociální péče. In ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 97-103. ISBN 978-80-7367-319-2.

KREJČÍŘOVÁ, D. Poruchy inteligence. In SVOBODA, M. (ed.), KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 400 – 410. ISBN 80–7178–545–8.

KŘEJČÍŘOVÁ, O. Speciální pedagogika mentálně retardovaných. In RENOTIEROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s.157-169. ISBN 80-244-0646-2.

LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1154-7.

MATOUŠEK, O. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P (eds). *Sociální práce v praxi : Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

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

MILER, J. Vědomí a jeho význam pro porozumění individuálním potřebám lidí s mentálním postižením : individuální plánování poskytovaných služeb. *Speciální pedagogika*, 2005, roč. 15, č. 3, s. 182 – 189.

Obce, města, regiony a sociální služby. Sešity pro sociální politiku. Autorský kolektiv, Praha : SOCIOPRESS, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Statní pedagogické nakladatelství, n.p., 1986. ISBN 14-072-86.

ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost: Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

THOROVÁ, K. Pervazivní vývojové poruchy, mentální retardace a syndromy pojící se s mentální retardací. In ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 11-53. ISBN 978-80-7367-319-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené vyd. Praha: Portál, 2004. Kapitola Mentální retardace, s. 289 – 332. ISBN 80-7178-802-3.

VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. 1. vyd. Brno : Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Princípál, 2007. ISBN 978-80-87029-14-5.

VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha : Nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

Zákony, vyhlášky a další předpisy

KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. Sociální služby a příspěvek na péči 2008. Komentář, právní předpisy. 2. vyd. Ostrava : ANAG, 2008. ISBN 978-80-7263-462-0.

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4

Internetové zdroje:

Ratolest [online]. Praha: Ratolest, © 2008 [cit. 18.dubna 2009]. Dostupné na WWW: <<http://www.www.ratolest.wz.cz>>.

Ruka pro život [online]. Praha: Ruka pro život, © 2009 [cit. 18.dubna 2009]. Dostupné na WWW: <<http://www.rukaprozivot.cz>>.

SPMP Modrý klíč [online]. Praha: SPMP Modrý klíč, © 2009 [cit. 18.dubna 2009]. Dostupné na WWW: <<http://www.modry-klic.cz>>.

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb hlavního města Prahy na rok 2009 [online]. Praha: Portál pro sociální oblast města Prahy, 2008 [cit. 2009-04-19]. Dostupné na WWW: <<http://socialnipece.praha.eu>>

Seznam příloh

Příloha č. I – Schéma rozhovorů

Příloha č. II – Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace

Příloha č. I – Schéma rozhovorů

1.	2.	3.	Délka užívání služby	Věk	Zdravotní stav
Ž1	Ž1	Ž1			
Ž2	Ž2	Ž2			
M1	M1	M1			
M2	M2	M2			

SCHÉMA ROZHOVORU BIOLOGICKÉ POTŘEBY

1. Jak jste spokojeni s kvalitou stravy v daném denním stacionáři?
2. Jak jste spokojeni s kvalitou udržováním hygieny?
3. Jak jste spokojeni s teplotními podmínkami ve zkoumaném zařízení?
4. Jak jste spokojeni s podmínkami pro nerušený spánek/pobyt ve zkoumané stacionáři?
5. Jak jste spokojeni se službami o zdraví Vašeho dítěte (ve smyslu kvality poskytované zdravotní péče)?
6. Jak jste spokojeni s kvalitou služeb vedoucích k osvojení zvládnání péče o vlastní osobu (hygienické návyky -být co nejvíce samostatný při užívání WC, mytí rukou, udržování oděvu, oblékání, převlékání, obouvání, pověsit oblečení na ramínko, složit a uklidit je na své místo v šatně)?
7. Jak jste spokojeni se službami typu přebalování, učení spolupráce při této činnosti?
8. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k osvojení dovednosti samostatnosti klientů typu nakupování, příprava jídla, schopnost samostatně se najíst, najíst se s asistencí, stravovat se zdravě, napít se samostatně, požádat si o stravu?
9. Existuje podle vás nějaká biologická potřeba, která by v daném zařízení nebyla vůbec uspokojována?

Tabuka č.1

SCHÉMA ROZHOVORU PSYCHICKÉ POTŘEBY

1. Jak jste spokojeni s mírou bezpečí v daném stacionáři - minimalizace rizik jako např. hraní s nebezpečnými předměty, pohyb na nebezpečných místech?
2. Jak jste spokojeni s přístupem personálu k Vašemu dítěti?
3. Jak jste spokojeni s mírou soukromí pro Vaše dítě - soukromí při přebalování, hygieně (existuje např. plenta na oddělení místnosti)?
4. Jak jste spokojeni s atmosférou ve zkoumaném denním stacionáři?
5. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojování potřeby jistoty – chová se personál jednotně, předvídatelně?
6. Jak jste spokojeni s projevy úcty k Vašemu dítěti?
7. Jak jste spokojeni se službami uspokojujícími potřebu rozvoje dovedností - úklid, vysávání, péče o květiny, praní a žehlení prádla apod. ?
8. Jak jste spokojeni se službami uspokojujícími potřebu rozvoje rozumových schopností - je v zařízení k dispozici speciální pedagog na učení?
9. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojení potřeby stimulace k aktivitě (ať již skupinové, či sebeobslužným činnostem)?
10. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojení potřeby rozvíjet pracovní dovednosti a návyky – možnost seberealizace, životní perspektivy v rámci možností postižení?
11. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojení potřeby aktivně užívat volného času – kultura, cestování, koníčky aj.? Je podle Vás nabídka voločasových aktivit dostatečně pestrá?
12. Jak jste spokojen se službami vedoucími k uspokojení potřeby samostatnosti v rozhodování a uplatňování svých zájmů a práv?
13. Jak jste spokojen se službami vedoucími k uspokojení potřeby být milován?
14. Jak jste spokojen se službami vedoucími k učení se žádat o pomoc, vyjadřovat své přání a potřeby?
15. Jak jste spokojeni s vlivy prostředí na Vaše dítě (jak na Vás působí vybavení pokojů, event.spol. prostor)?
16. Existuje podle Vás nějaká psychická potřeba, která by ve zkoumaném denním stacionáři nebyla vůbec uspokojována?

Tabuka č.2

SCHÉMA ROZHOVORU SOCIÁLNÍ POTŘEBY

1. Jak jste spokojeni s nabídkou skupinových akcí (Kulturních, sportovních a dalších volnočasové aktivity, zapojení do komunity v rámci obce – trhy, soutěže, kulturní akce, Dny otevřených dveří, plavání, jízdy na koních, canisterapie, dramaterapie, různé zájmové aktivity – hudební, komunikační, výtvarné, pohybové.)?
2. Jak jste spokojeni s kvalitou skupinových akcí?
3. Jak jste spokojeni se vztahy uvnitř skupinových akcí?
4. Jak jste spokojeni se vztahy s ostatními klienty, se kterými za den Vaše dítě vstupuje do interakce nejčastěji?
5. Jak jste spokojeni se vztahy Vašeho dítěte s personálem daného stacionáře?
6. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k osvojení sociálních dovedností typu hospodaření s penězi, navazování a udržování mezilidských vztahů (v rámci rodiny, přátel, jiných primárních sociálních skupin, aj.), orientace v okolí stacionáře i v Praze –tj. i využívat prostředky MHD, zvládnutí jednoduché kooperace s druhými- navázání přiměřeného sociálního kontaktu (pozdrav, požádání, poděkování), učení se žít v kolektivu vedle druhých lidí bez projevu problémového chování?
7. Jak jste spokojeni se službami vedoucími k integraci Vašeho dítěte do společnosti - chodit nakupovat, pohybovat se na veřejných místech (banka, pošta, MHD, kulturní zařízení atp.)?
8. Jak jste spokojeni s možností pro Vaše dítě navazovat nové sociální vazby i mimo objekt?
9. Existuje podle Vás nějaká sociální potřeba, která by v daném zařízení nebyla vůbec uspokojována?

Tabuka č.3

Příloha č. II – Dílčí výzkumné otázky a jejich operacionalizace

DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	INDIKAČNÍ OTÁZKY	JEDNOTKA ZJIŠŤOVÁNÍ	OPERACIONALIZOVANÉ OTÁZKY	
Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování biologických potřeb?	Jaké biologické potřeby jsou v DS uspokojovány?	Rodiče klientů DS studium dokumentů	Jak jste spokojeni s kvalitou stravy v DS?	
	Jaká váha se přikládá právě tomuto druhu potřeb?		Jak jste spokojeni s kvalitou udržováním hygieny v DS?	
	Odráží škála nabízených služeb všechny biologické potřeby klientů DS?		Jak jste spokojeni s teplotními podmínkami v DpS?	
	Respektují nabízené služby přirozenou hierarchii důležitosti biologických potřeb klientů?		Jak jste spokojeni s podmínkami pro nerušený spánek?	
	Jsou v zařízení uspokojovány všechny druhy biologických potřeb klientů?			5. Jak jste spokojeni se službami o zdraví Vašeho dítěte (ve smyslu kvality poskytované zdravotní péče)?
				Jak jste spokojeni s kvalitou služeb vedoucích k osvojení zvládnání péče o vlastní osobu (hygienické návyky -být co nejvíce samostatný při užívání WC, mytí rukou, udržování oděvu, oblékání, převlékání, obouvání, pověsit oblečení na ramínko, složit a uklidit je na své místo v šatně)?
		Jak jste spokojeni se službami typu přebalování, učení spolupráce při této činnosti?		
		Existuje podle vás nějaká biologická potřeba, která by v daném zařízení nebyla vůbec uspokojována?		

Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování psychických potřeb?	Jaké psychické potřeby jsou v DS uspokojovány?	Rodiče klientů DS studium dokumentů	Jak jste spokojeni s mírou bezpečí v daném stacionáři- minimalizace rizik jako např. hraní s nebezpečnými předměty, pohyb na nebezpečných místech?	
	Jaká váha se přikládá právě tomuto druhu potřeb?		Jak jste spokojeni s přístupem personálu k Vašemu dítěti?	
	Odráží škála nabízených služeb všechny psychické potřeby klientů DS?		Jak jste spokojeni s mírou soukromí pro Vaše dítě- soukromí při přebalování, hygieně (existuje např. plenta na oddělení místnosti)?	
	Jakými formami služeb jsou psychické potřeby klientů DS uspokojovány?		Jak jste spokojeni s atmosférou ve zkoumaném denním stacionáři	
	Respektují služby nabízené DS reálné psychické potřeby jednotlivých klientů?			Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojování potřeby jistoty- se chová personál jednotně, předvídatelně?
				Jak jste spokojeni s projevy úcty k Vašemu dítěti?
				Jak jste spokojeni se službami uspokojujícími potřebu rozvoje dovedností- úklid, vysávání, péče o květiny, praní a žehlení prádla apod. ?
				Jak jste spokojeni se službami uspokojujícími potřebu rozvoje rozumových schopností- je v zařízení k dispozici speciální pedagog na učení?
				Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojení potřeby stimulace k aktivitě (ať již skupinové, či sebeobslužným činnostem)?

		<p>Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojení potřeby rozvíjet pracovní dovednosti a návyky – možnost seberealizace, životní perspektivy v rámci možností postižení?</p>
		<p>Jak jste spokojeni se službami vedoucími k uspokojení potřeby aktivně užívat volného času – kultura, cestování, koníčky aj.? Je podle Vás nabídka volnočasových aktivit dostatečně pestrá?</p>
		<p>Jak jste spokojen se službami vedoucími k uspokojení potřeby samostatnosti v rozhodování a uplatňování svých zájmů a práv?</p>
		<p>Jak jste spokojen se službami vedoucími k uspokojení potřeby být milován?</p>
		<p>Jak jste spokojen se službami vedoucími k učení se žádat o pomoc, vyjadřovat své přání a potřeby?</p>
		<p>Jak jste spokojeni s vlivy prostředí na Vaše dítě (jak na Vás působí vybavení pokojů, event.spol. prostor)?</p>
		<p>Existuje podle Vás nějaká psychická potřeba, která by ve zkoumaném denním stacionáři nebyla vůbec uspokojována?</p>

DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY	INDIKAČNÍ OTÁZKY	JEDNOTKA ZJIŠŤOVÁNÍ	OPERACIONALIZOVANÉ OTÁZKY
Jaký názor mají rodiče klientů na kvalitu služeb vedoucí k uspokojování sociálních potřeb?	Jaké sociální potřeby jsou v DS uspokojovány?	Rodiče klientů DS studium dokumentů studium dok.	Jak jste spokojeni s nabídkou skupinových akcí (kulturních, sportovních a dalších volnočasové aktivity, zapojení do komunity v rámci obce – trhy, soutěže, kulturní akce, Dny otevřených dveří, plavání, jízdy na koních, canisterapie, dramaterapie, různé zájmové aktivity – hudební, komunikační, výtvarné, pohybové)?
	Jaká váha se přikládá právě tomuto druhu potřeb?		Jak jste spokojeni s kvalitou skupinových akcí?
	Odráží škála nabízených služeb všechny sociální potřeby klientů DS?		Jak jste spokojeni se vztahy uvnitř skupinových akcí?
			Jak jste spokojeni se vztahy s ostatními klienty, se kterými za den Vaše dítě vstupuje do interakce nejčastěji?
	Jakými formami služeb jsou sociální potřeby klientů DS uspokojovány?		Jak jste spokojeni se vztahy Vašeho dítěte s personálem daného stacionáře?
	Respektují služby nabízené DS reálnou distribuci sociálních potřeb jednotlivých klientů?		Jak jste spokojeni se službami vedoucími k osvojení sociálních dovedností typu hospodaření s penězi, navazování a udržování mezilidských vztahů (v rámci rodiny, přátel, jiných primárních sociálních skupin, aj.), orientace v okolí stacionáře i v Praze –tj. i využívat prostředky MHD, zvládnutí jednoduché kooperace s druhými- navázání přiměřeného sociálního kontaktu (pozdrav, požádání, poděkování), učení se žít v kolektivu vedle druhých lidí bez projevů problémového chování?
			Jak jste spokojeni se službami vedoucí k integraci Vašeho dítěte do společnosti- chodit nakupovat, pohybovat se na veřejných místech (banka, pošta, MHD, kulturní zařízení atp.)?
			Jak jste spokojeni s možností pro Vaše dítě navazovat nové sociální vazby i mimo objekt?
			Existuje podle Vás nějaká sociální potřeba, která by v daném zařízení nebyla vůbec uspokojována?

Abstrakt

NÁVAROVÁ, J. *Potřeby osob s mentálním postižením a kombinovanými vadami a jejich uspokojování ve vybraných zařízeních pro dospělé v hlavním městě Praha*. České Budějovice 2009. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra praktické teologie. Vedoucí práce D. Urban.

Klíčová slova: mentální postižení / mentální retardace, kombinované vady, denní stacionář, potřeby, klient, uspokojení, kvalita sociálních služeb

Práce se zabývá potřebami osob s mentálním postižením a kombinovanými vadami a jejich uspokojováním ve vybraných denních stacionářích pro dospělé v Praze.

Teoretická část vysvětluje pojem kombinovaná vada, mentální postižení / mentální retardace a přibližuje potřeby osob s mentálním postižením. Dále popisuje sociální služby a zákon o sociálních službách a zamýšlí se nad současnou situací v Praze.

Praktická část obsahuje charakteristiku tří vybraných zkoumaných denních stacionářů: Modrý klíč, Ruka pro život a Ratolest, ve kterých je zkoumána kvalita uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb osob s mentálním a kombinovaným postižením.

Obecně by se dalo říci, že míra spokojenosti s uspokojováním potřeb je u klientů ve sledovaných zařízeních poměrně velká.

Abstract

Needs and Their Fulfillment For Persons With Mental and Combined Disabilities in Selected Facilities For Adults In Prague.

Key words: mental disability / mental retardation, combined disability, daily welfare institution, needs, client, fulfillment, quality of social services

Bachelor thesis examining the needs and need fulfillment of persons with mental and combined disabilities in selected adult facilities in Prague.

The theoretical part contains definitions of mental disability, retardation and combined disability and describes the needs of persons with mental disabilities. This section then reports on social services and the Social Services Act, and evaluates the present condition of social services in Prague.

The practical part analyzes three selected daily welfare institutions - Modry Klic, Ruka Pro Zivot and Ratolest - and assess their success in meeting the biological, psychological and social needs of their clients.

Overall, the rate of satisfaction with clients' need fulfillment in these selected institutions is relatively high.