

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

A

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Bakalářská práce

## **Začleňování handicapovaných do běžného života**

Miroslava Krymová

2014

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta pedagogická

A

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Bakalářská práce

Začlenění handicapovaných do běžného života

Autor: Miroslava Krymová

Vedoucí práce: PaedDr. Erika Nehrerová, PhD.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

Datum odevzdání: 5. 1 2015

## PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma **Začlenění handicapovaných do běžného života**, jsem zpracovala samostatně a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala, způsobem ve vědecké práci obvyklým a podle pokynů vedoucího práce.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské, a to v nezkrácené podobě - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů..

V Českých Budějovicích, dne .....

Miroslava Krymová

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych ráda poděkovala PaedDr. Erice Nehrerové, Ph. D. za vstřícný přístup a cenné rady při vedení práce.

Dále děkuji Mgr. Fullsackové za umožnění výzkumu v Centru sociálních služeb a Petře Čermákové, která vede chráněné bydlení v tomto zařízení za její ochotu a cenné informace a v neposlední řadě děkuji respondentkám mého výzkumu za jejich čas velmi přátelský přístup.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce se zabývá aktuálním trendem v adaptaci lidí s postižením do běžného života, a to v podobě tzv. chráněného bydlení mimo sociální zařízení. Tuto problematiku komplexně popisuje, akcentuje však především pohled samotných klientů sociálních zařízení. Detailně se věnuje fázi přípravy klientů na přechod do chráněného bydlení a také změnám v jejich životech, které tento způsob adaptace vyvolává.

Cílem této bakalářské práce je zhodnotit klady a zápory života v chráněném bydlení z pohledu samotných klientů sociálních zařízení a z toho odvodit doporučení, která by uživatelům chráněného bydlení ulehčila proces adaptace.

Bakalářská práce se opírá o studium odborné literatury, doplněné o praktické informace přímo z výkonu praxe. Jádrem jsou řízené hloubkové rozhovory s klienty, kteří mají zkušenosti s životem v chráněném bydlení. Na základě obsahové analýzy jejich výpovědí je provedeno komplexní zhodnocení tohoto způsobu adaptace a jsou navržena vhodná opatření ke zlepšení zjištěného stavu.

Klíčová slova: uživatelé, sociální služby, chráněné bydlení, tréninkové bydlení, sociální začleňování

## **ANNOTATION**

The Bachelor Work deals with the current trend in the adaption of people with disabilities into everyday life in the form of so-called sheltered housing outside the social facilities. The work describes this issue in complexity, emphasizes, however, primarily the view of clients of social facilities themselves. In detail it is dedicated to the preparation phase of clients to the transition into sheltered housing and changes in their lives which are produced by this method of adaption.

The objective of this bachelor work is to evaluate the pros and cons of living in sheltered housing from the perspective of the clients of social facilities and to deduce recommendations that would ease the process of adaption to the users of sheltered housing.

The Bachelor work is based on the study of literature, complemented with practical information directly from practice. The cores of the work are managed in-depth interviews with clients who have experience of living in sheltered housing. In the content analysis of their statement

comprehensive evaluation of this of adaption is made and appropriate actions for improvements are suggested.

Key words: users, social services, sheltered housing, housing, social inclusion, training living

# Obsah

Teoretická část.....	10
1. Mentální postižení .....	11
1.1. Charakteristika mentálního postižení .....	11
1.2 Klasifikace mentálního postižení .....	12
1.3 Sebeobsluha.....	16
2. Začlenění handicapovaných do běžného života .....	19
2.1 Historický exkurz.....	19
2.2. Aktuální otázky ústavní sociální péče .....	20
2.3. Kontext zajišťování kvality v sociálních službách .....	22
2.4 DOZP .....	23
2.5. Standarty kvality sociálních služeb .....	23
2.6. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	25
2.7. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením .....	26
2.8. Práva, právní odpovědnost uživatele sociálních služeb při přechodu do běžného života .....	28
2.9. Individuální plánování.....	30
2.10 Chráněné bydlení.....	35
2.11 Tréninkové bydlení .....	35
Praktická část.....	37
1. Výzkumné šetření .....	38
2. Cíle výzkumného šetření.....	38
3. Metoda sběru dat .....	38
4. Etická otázka výzkumu .....	39
5. Výzkumné prostředí.....	39
6. Poslání a cíl zařízení .....	39
7. Cílová skupina .....	40
8 Poskytované služby.....	40
9 Respondenti výzkumu.....	40
10 Kazuistiky a rozhovory .....	41
11 Tabulka klady a zápory chráněného a tréninkového bydlení .....	47
12 Hodnocení výsledku výzkumu.....	48
Závěr .....	49
Seznam použitých zdrojů:.....	51
Přílohy:.....	52

# Úvod

*„Až budete mít chvílku, zkuste si představit svět bez ústavů ukrývajících lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientováni“.<sup>1</sup>*

Téma této bakalářské práce jsem si zvolila, vzhledem ke svému zapojení do sociálních služeb.

Je to oblast, které se věnuji profesně již 7 let. Tato bakalářská práce se zabývá aktuálním trendem v adaptaci lidí s postižením do běžného života v podobě tzv. chráněného bydlení a tréninkovém bydlení mimo sociální zařízení.

Tuto problematiku komplexně popisují, akcentují však především pohled samotných klientů, který by měl být na prvním místě, neboť jde o jejich životy, sny, touhy, přání.

V teoretické části popisují co je vlastně mentální postižení, že každý mentálně postižený člověk je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami i problémy a má svůj vlastní vývojový potenciál, který je nutné podporovat a rozvíjet. Z vlastní zkušenosti vím, že příprava na život mimo sociální zařízení musí být hlavně praktická, velmi důležitý je individuální přístup ke každému uživateli, schopnost empatie a vycházet z toho, co každý uživatel ve svém životě může dál uplatnit. Pak dochází k velkým pokrokům, neboť uživatelé sociálních zařízení jsou osobně motivováni.

Dále se v teoretické části zabývám, jak se vyvíjela ústavní péče, zmiňuji zákon o sociálních službách, který znamenal velký „ zlom „, a změnu v ústavní péči. Sama jsem zaznamenala za svojí sedmiletou profesní kariérou velké změny v sociálních službách, které hodnotím velmi pozitivně.

V praktické části bakalářské práce na základě obsahové analýzy je provedeno komplexní zhodnocení způsobu adaptace, kde jsou jádrem řízené hloubkové rozhovory s klienty, kteří mají zkušenosti s životem v chráněném bydlení.

---

<sup>1</sup> (Cháb, M. 2004)



Cílem této práce je zhodnotit klady a zápory života v chráněném bydlení z pohledu samotných klientů sociálních zařízení a z toho odvodit doporučení, která by uživatelům chráněného bydlení ulehčila proces adaptace.

Bakalářská práce se opírá o studium odborné literatury, doplněné o praktické informace přímo z výkonu praxe.

# **Teoretická část**

# 1. Mentální postižení

## 1.1. Charakteristika mentálního postižení

Terminologie používaná k identifikaci a popisu lidí s těžkým postižením prošla v průběhu minulého století mnoha změnami. Liší se také vědecká a laická terminologie v jednotlivých anglicky mluvících zemích. Laické a technické termíny samy o sobě odrážejí kulturní představy, a jak vstupují do běžného slovníku, rychle získávají negativní přízvuk. Včerejší vědecké termíny se rychle změnil v pojmy zneužívané k potupě. Termíny „ idiot“, „ debil“, „ duševně nemocný“, a „ retardovaný“, se dnes používají především jako nadávky.<sup>2</sup>

Emerson ve své knize dává přednost termínu „ mentální postižení“, před britskými termíny „ poruchy učení“, a „ potíže učení“, a severoamerickým termínem „ mentální retardace“. Tato volba odráží preferenci termínu mentální postižení u mezinárodní vědecké komunity. Vyhýbá se zmatkům s termíny, v různých zemích různé významy (např. poruchy učení), a také umožňuje nepoužívat výrazy, které v mnoha zemích získaly velice hanlivý význam (např. mentální handicap, mentální retardace).

Termín mentální postižení by však měl být chápán jako synonymum britského termínu poruchy učení a severoamerického mentální retardace. Mentální retardace byla definována jako:

Významně podprůměrné obecně intelektuální fungování ( $IQ < 70$ ), které buď vede k současnému zhoršení adaptivního chování, nebo je s ním spojené. Projevuje se během období vývoje jedince<sup>3</sup>

Později byla tato definice doplněna o podstatné omezení současného fungování. Je charakterizována významně podprůměrnou funkcí intelektu ( $IQ < 75$ ) souběžně se souvisejícím omezením dvou nebo více z následujících využitelných oblastí adaptivních dovedností: komunikace, sebeobsluha, život doma, sociální dovednosti, užitečnost v komunitě, rozhodování o sobě, zdraví a bezpečí, funkční vzdělavatelnost, volný čas a práce. Mentální retardace se projevuje do 3 let věku.<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup> (Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem, s. 12., Emerson, 2008)

<sup>3</sup> (Grossman a kol., 1983).

<sup>4</sup> (Luckasson a kol., 1992, s. 5)

Kromě výše zmíněných obecných charakteristických rysů se lidé s těžkým mentálním postižením (těžká poruch učení nebo těžká mentální retardace) pohybují pod 50 body ve standardních testech inteligence, vykazují jasné znaky významného postižení při osvojování adaptivního chování od raného období života a budou potřebovat podstatně větší podporu než jejich vrstevníci, aby se mohli úspěšně účastnit každodenních činností. Většina z nich vykazuje jisté znaky poškození centrální nervové soustavy, mnozí z nich mají další fyzické nebo smyslové vady.<sup>5</sup>

## 1.2 Klasifikace mentálního postižení

Švarcová ve své knize uvádí, že Organizace Inclusion International ( ISLMH ), doporučuje užívat označení člověk (dítě, mladistvý) s mentálním postižením. Tím má být vyjádřena skutečnost, že mentální postižení není integrální součástí člověka, ale je pouze jedním z mnoha jeho osobnostních rysů.

Dalším často užívaným pojmem je pojem handicap. Handicap se zpravidla chápe jako ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Termín handicap označuje spíše konflikt ve vztahu osoby s postižením a prostředí než samu skutečnost postižení.<sup>6</sup>

Dále ve své knize uvádí, že od roku 1992 vstoupila v platnost 10. Revize *Mezinárodní klasifikace nemocí*, zpracována Světovou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Podle nové klasifikace se mentální postižení dělí do šesti základních kategorií:

- Lehké mentální postižení
- Středně těžké mentální postižení
- Těžké mentální postižení
- Hluboké mentální postižení
- Jiné mentální postižení
- Nespecifikované mentální postižení

---

<sup>5</sup> (Emerson, 2008, s 12 – 13.)

<sup>6</sup> (Švarcová, 200. S 25. cit)

### **Lehké mentální postižení, IQ 50 – 69 (F 70)**

V této charakteristice tohoto postižení se uvádí, že tito lidé většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interviu, i když si mluvu osvojují opožděně.

Většina z těchto osob také dosáhne nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Většina osob na horní hranici lehkého mentálního postižení lze zaměstnat prací, která spíše vyžaduje praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.<sup>7</sup>

U osob s lehkým mentálním postižením se může v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

### **Středně těžké mentální postižení IQ 35 – 49 (F 71)**

U těchto osob zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluha) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkým mentálním postižením se při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout těmto osobám rozvíjení omezeného potenciálu a získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou tyto osoby obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled.<sup>8</sup>

V této skupině osob ze středně těžkým mentálním postižením jsou podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří dosahují vyšší úroveň v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace.

Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokáží stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když

---

<sup>7</sup> (Švarcová, 2000, s 27)

<sup>8</sup> (Švarcová, 200 s. 28)

mohou porozumět jednoduchým verbálními instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U značné části těchto osob je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina těchto osob může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie.<sup>9</sup>

### **Těžké mentální postižení IQ 20 – 34 ( F 72 )**

Většina osob z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.<sup>10</sup>

### **Hluboké mentální postižení IQ je nižší než 20 ( F 73)**

Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní, přinejlepším jsou schopni pouze neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

IQ nelze změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a postižená osoba se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze.<sup>11</sup>

### **Jiné mentální postižení ( F 78)**

---

<sup>9</sup> (Švarcová, 2000 s. 28, 29, vol. Cit.)

<sup>10</sup> (Švarcová. 2000, s. 29)

<sup>11</sup> (Švarcová, 2000. s. 30)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné, a to pro přidružené senzorní nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.<sup>12</sup>

### **Nespecifikované mentální postižení (F 79)**

Tato kategorie se užívá při diagnostice případů, kdy je prokázána mentální retardace, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit klienta do jedné z výše uvedených kategorií.<sup>13</sup>

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85 – 69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené.<sup>14</sup>

Každý mentálně postižený člověk je svébytnou bytostí s vlastními lidskými potřebami a problémy a s vlastním vývojovým potenciálem, který je nutné rozvíjet a podporovat. S tímto souvisí proces **socializace**.

Socializace je proces utváření osobnosti člověka. Spočívá v osvojování kultury a začleňování jedince do systému společenských vztahů postupným vytvářením vazeb s jinými lidmi.

Primární socializace probíhá v rodině nebo v prostředí, které rodinu nahrazuje. (tím je obvykle sociální zařízení).

Sekundární socializace probíhá ve výchovných, vzdělávacích, případně dalších institucích a prostředích, do nichž se člověk dostává.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> (Švarcová, 2000, s. 30, cit.)

<sup>13</sup> (Švarcová, 2000, s. 30, cit.)

<sup>14</sup> (Švarcová, 2000, s. 31, cit.)

<sup>15</sup> (Matoušek, 2003, s. 205)

### 1.3 Sebeobsluha

Pro další život mentálně postižených a jejich začlenění do společnosti je důležité, aby podle svých možností dosáhli buď plné (v případě lehčího mentálního postižení), nebo aspoň (v těžších případech) částečné samostatnosti v sebeobsluze. Tato skutečnost hraje velkou roli v životě a sociálnímu statutu rodinných příslušníků.

Mezi nejčastější oblasti sebeobsluhy patří hygiena (udržování čistoty, umývání, samostatné používání toalety), oblékání a obouvání, stravování (stravovací sebe obslužné úkony, stolování – jezení, pití).<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup>(Valenta, Michalík, Lečbých a kol. 2012. s. 266)



Možnosti dosažení dovedností v sebeobsluze vzhledem k stupni mentálního postižení

	LMP	STMP	TMP	HMP
	Plní většinou samostatně	Některé činnosti zvládnou sami, u některých potřebují pomoc	Plní převážně s dopomocí	Nesamostatnost odkázání na pomoc jiných
<b>Hygiena</b>	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Někdy si samostatně myjí ruce (po použití WC) a obličej</li> <li>Používají mýdlo, ručník a hřebek</li> <li>Pouštějí vodu</li> <li>Uklízejí pracovní místo a pomůcky</li> <li>Čistí si zuby s pomocí</li> <li>Upozorní na nutnost vykonání potřeby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Přivykání na vodu</li> <li>Umývání rukou a obličeje vlhkou žínkou</li> <li>Nejsou schopni upozornit na vykonanou potřebu a nutnost přebalení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nesamostatnost</li> </ul>
<b>Oblékání a obouvání</b>	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám)	<p>Převážně s dopomocí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oblékání svlékání</li> <li>Zapínání (knoflíky, zipy)</li> <li>Ukládání oblečení a bot na určené místo</li> <li>Zavazování bot</li> <li>Rozpoznání částí oblečení</li> <li>Složení a uložení oblečení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zraková pozornost při oblékání</li> <li>Nastavování končetin</li> </ul>	Nesamostatnost
<b>Stravování</b>	Samostatnost (mírná opožděnost vůči vývojovým normám)	<p>Převážně s dopomocí</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prostírání stolu</li> <li>Pití z hrnečku, jezení příborem</li> <li>Správné sedění u stolu</li> <li>Zásady slušného chování</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Krmení ve vhodné poloze</li> <li>Kladení soust na různá místa v ústech</li> <li>Pití z láhve, hrnečku a lžičky</li> </ul>	Zasondování, odkázání na pomoc druhých
<b>Péče o</b>	Většinou jsou schopni v rámci svých možností	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reagují na zákazy</li> <li>Částečně mohou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ne vždy reagují na zákazy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Odkázání na pomoc druhých</li> </ul>

<b>zdraví</b>	dodržovat zásady péče o své zdraví	rozpoznat nebezpečnou situaci, upozornit blízkou osobu  • Řídí se pokyny odpovědných osob  • Při správném vedení jsou schopni překonávat strach a cítit se jistěji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Většinou nerozpoznají nebezpečnou situaci</li> <li>• Odkázání na pomoc druhých</li> <li>• Snadno manipulovatelní</li> </ul>	
Zdroj: Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu (Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv)				

**LMP**- lehké mentální postižení    **STMP**- středně těžké mentální postižení  
**TMP**-těžké mentální postižení    **HMP**- hluboké mentální postižení

## 2. Začlenění handicapovaných do běžného života

### 2.1 Historický exkurz

Velký zlom v běhu života mnoha duševně nemocných ve většině zemí nastal v 50. a 60. letech minulého století. Lidé handicapovaní (duševně nemocní, fyzicky i mentálně postižení) začali být postupně propouštěni z rezidenčních zařízení „na svobodu“.

Hromadné propouštění lidí z pobytových ústavů označujeme jako dekarceraci. Tento termín odvozujeme od karceru, tedy kázeňského trestu, u nás zakotveného ještě ve školském řádu uzavření ve školách. Karcer u nás zrušil školní řád z 12.8 1936.

Motivy této reformy byly vedle motivů finančních především humanitární. Péče domácí měla začít nahrazovat péči ústavní. Mnozí reformátoři chtěli tímto opatřením předcházet účinkům dlouhodobé hospitalizace duševně nemocných. Tento negativní jev, tzv. institucionalizace, vzniká tam, kde jsou lidé izolováni od vnějšího světa. Hospitalizovaní se postupem času stávají na organizaci, která jim chtěla zprvu pomoci, zcela závislí a ztrácejí schopnost žít přirozeným způsobem života sami v běžných sociálních interakcích. Léčbu duševně nemocných v 50. a 60. letech 20. století ovlivnil vedle filosofie dekarcerace rozmach psychoterapeutických metod a objev nových léků. V důsledku uvedených změn začaly západních zemí prudce klesat počty dlouhodobě léčených pacientů v psychiatrických léčebnách a nemocnicích.<sup>17</sup>

Druhá vlna tažení proti ústavní léčbě nastoupila v 80. letech minulého století. Jejím ústředním heslem se stala teze, že duševně nemocní mají právo na svobodný a nezávislý život. Určitou latentní roli i tenkrát sehrály otázky finanční. Paradoxem však zůstává, že mnozí pacienti na tom byli po propuštění hůře než před tím. Často se ocitali v situaci, kdy se o ně v domácím prostředí neměl kdo starat nebo nikdo nechtěl starat. Stali se tak bezprizorní.

Na rozdíl od většiny západních zemí situace u nás byla naprosto odlišná. Vzhledem k uzavřenosti společnosti před rokem 1989 a předlistopadové sociální politice zůstávali handicapovaní lidé až do doby celkem nedávné „uvězněny“ v ústavech a psychiatrických léčebnách. Společnost se tvářila, jako by žádné duševní ani fyzické handicap neexistovaly. Masové sdělovací prostředky zdravotně znevýhodněné skupiny obyvatel ignorovaly. Ani na naší politické scéně, ani v každodenním životě jsme se s handicapovanými spoluobčany běžně neselekávali.

---

<sup>17</sup> (Práce s klientem s rizikem v chování. 2005 Praha, s. 7.)

Ke změně k přístupu k lidem s handicapem dochází pomalu v posledních patnácti letech. Po roce 1989 se začínají odemykat brány našich ústavů a otevírat možnosti pro rodiny, které chtějí pečovat o blízkou osobu v přirozeném prostředí. Dochází k celkovému posunu ve vnímání handicapu uvnitř společnosti, která zdravotně znevýhodněné začíná považovat za plnohodnotné občany. Handicapovaní se dostávají nejen do politiky, ale také na televizní obrazovky, stránky novin a časopisů, čímž se i masové sdělovací prostředky přispívají k proměně obrazu zdravotně znevýhodněných skupin.<sup>18</sup>

## 2.2. Aktuální otázky ústavní sociální péče

Sociální politika našeho státu se před rokem 1989 orientovala výhradně na praceschopné obyvatelstvo, kterého byla většina. Jako svých nástrojů využívala především finančních dávek a subvencí. Uvedený přístup naprosto ignoroval osoby, které se ocitly mimo zaměstnanecký svět. Z centra pozornosti tak byli vytěsněny především osoby zdravotně handicapované, ať už se jednalo o postižení somatické, mentální, psychické či psychiatrické. Částečně opomíjeny zůstávaly také osoby pobírající starobní důchod.

Tento přístup měl za následek stagnaci sociálních služeb, které by právě zmiňovaným skupinám pomáhaly žít co nejnornálnějším způsobem života v přirozeném sociálním prostředí. Většina zdravotnických a sociálních služeb pro uvedené skupiny obyvatel byla poskytována v ústavních zařízeních. Pouze zcela výjimečně byly využívány terénní sociální služby v přirozeném prostředí uživatelů, prezentované sociální pečovatelskou službou, která byla ve většině případů redukována pouze na dovážku obědů.

Rezidenční služby zaměřené na staré, somaticky, mentálně, psychicky i psychiatricky znevýhodněné skupiny obyvatelstva si i dnes v českém systému sociálních služeb udržují výsostné postavení. Děje se tak na úkor alternativních služeb, které se rozvíjejí jen velmi pomalu. Ke konci roku 2003 nabízelo v naší republice rezidenční sociální službu celkem 1 068 zařízení s celkovou kapacitou 77 254 lůžek. Žádosti dalších 79 820 občanů nemohly být s ohledem na nedostatek volných míst uspokojeny.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> (Práce s klientem s rizikem v chování, 2005, Praha, s. 8.)

<sup>19</sup> (Práce s klientem s rizikem v chování, 2005, Praha, s. 8.)

95 % neuspokojených žadatelů, celkem 75 581 občanů, by rádo využilo služby rezidenčního zařízení typu domova důchodců, či domova-penzionu pro důchodce. Z řad žadatelů o poskytování sociální služby v ústavu sociální péče pro dospělé zůstalo neuspokojeno 3 447 / z toho 1 550 chronických psychotiků a psychopatů (asi 45 %) a 182 chronických alkoholiků a toxikomanů ( asi 5 % ) /.

Průměrný nárůst počtu pobytových zařízení v období od počátku roku 1994 do konce roku 2003 o 33 (z čehož je necelých 10 % ústavů pro dospělé) je spojen s nemalými finančními náklady, které jsou potřebné k jejich zbudování. Částka, se kterou musí investor počítat při realizaci výstavby nového či rekonstrukci staršího objektu běžně počítat, dosahuje více než jednoho miliónu korun na lůžko. Pokud tedy, dle statistiky MPSV ČR z roku 2003, vezmeme v úvahu průměrný počet uživatelů připadajících na jedno rezidenční zařízení, vyjde stavba nového ústavu na více než sedmdesát dva miliónu korun.

Vzhledem k uvedenému nemůžeme v následujících letech očekávat markantní přírůstek počtu zařízení, jak tomu bylo těsně po roce 1989. Tehdy došlo ke kvantitativnímu nárůstu rezidenčních zařízení, avšak počet lůžek zůstal v globálu zachován. Popisovaný stav zapříčinily restituce majetku, kdy církevní i historické objekty, do kterých se ústavní zařízení mnohdy umísťovala, byly navraceny původním majitelům. Stát poté potřeboval zajistit pro stávající uživatele adekvátní prostory. Tak mohla na „zelené louce“ vyrůst namísto objektů s nevyhovujícími stavebně technickými, hygienickými a bytovým i parametry nová moderní zařízení. Počet handicapovaných žijících v historických a církevních objektech často přesahoval tři sta osob, takže namísto jednoho megalomanského zařízení vznikalo zařízení několik. Nevhodné stavebně technické podmínky a nadměrná kapacita byly v minulosti jednou z hlavních překážek poskytování kvalitní sociální služby. Avšak ani nová moderní rezidenční zařízení nejsou konečnou stanicí v cestě za kvalitou. Připravená koncepce počítá s transformací ústavů v menší komunitní bydlení, která zajistí nejen kvalitnější, ale také levnější službu. Dalšími z aktivit resortního ministerstva, které přispívají k dobré praxi v oblasti sociálních služeb, jsou dílčí projekty a hodnocení kvality v sociálních službách a projekt průvodců dobrou praxí.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> (Práce s klientem s rizikem v chování. 2005, Praha. s. 9).

## 2.3. Kontext zajišťování kvality v sociálních službách

Reformní procesy a změny ve společnosti zasahují také do oblasti sociálních služeb. Zvyšují se požadavky na kvalitu nabízených služeb, jejich strukturu, pružnost a individualizaci. Významnou roli v transformaci sehrávají nové přístupy vyžadující otevřenost a vstřícnost při vyjednávání mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli.

Evropský sociální model vytváří společné charakteristiky sociální politiky jednotlivých evropských zemí. Přesto, že se sociální systémy jednotlivých zemí od sebe navzájem odlišují, a to s ohledem na historické, politické a kulturní souvislosti, ve kterých se vyvíjely, mají také mnoho společného. Mezi společné principy můžeme řadit například **oblast ochrany práv uživatele, individuální přístup, partnerství při plánování sociální služby, podporu nezávislosti, začlenění a integraci lidí s handicapem, podporu běžného způsobu života, kvalifikační požadavky pro výkon práce a systém celoživotního vzdělávání poskytovatelů sociálních služeb a mnohé další.**

Naše sociální služby procházejí v posledních letech rozsáhlou transformací, zaměřenou právě ke shora uvedeným principům. Po vzoru britského modelu byl ve spolupráci odborníků z řad poskytovatelů, uživatelů a zástupců veřejné správy zpracován systém zajištění a hodnocení kvality, bezpečnosti i odbornosti poskytovaných služeb. Vzhledem ke své obecnosti jsou aplikované na všechny typy služeb. Obsahují základní principy poskytování kvalitní sociální služby.<sup>21</sup>

Nástup do rezidenčních zařízení představuje zásadní mezník v životě jednotlivce, který ovlivňuje další průběh jeho životní dráhy, a to trvale nebo po delší čas (po dobu pobytu v zařízení). Vzhledem k uvedenému můžeme považovat ze jeden z nejdůležitějších úkolů každého poskytovatele sociální služby odhalování a definování individuálních potřeb uživatele. Již před nástupem bychom měli pracovat s informacemi o fázi života, ve které se jedinec nachází, o zkušenostech, které má za sebou, a perspektivách, které má před sebou. Neméně důležitými jsou pro nás informace o věku ( dětství, dospívání, dospělosti nebo stáří), životní situaci ( sociální okolnosti, které vedly k rozhodnutí o využití služby) a očekávání, se kterými do organizace přichází.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> (Práce s klientem s rizikem v chování. Praha, 2005. s. 6)

<sup>22</sup> (Práce s klientem s rizikem v chování, Praha. 2005. s. 7.)

## 2.4 DOZP

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu <sup>23</sup>

## 2.5. Standarty kvality sociálních služeb

Standarty byly vytvořeny v uplynulých třech letech ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že vznikly v takto široké a dlouhodobé diskusi, lze je považovat za všeobecně přijatelnou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

Standarty se týkají všech sociálních služeb, a proto jsou formulovány obecně. Z počátku, pro Vás může být těžké poznat, o co v nich vlastně jde a jak jej můžeme použít. Zkuste si tedy představit libovolná standart. Úvodní text obsahuje popis toho, jak má služba vypadat. Např. má směřovat k tomu, aby lidé v nepříznivé sociální situaci mohli využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti a přirozené vztahové sítě, aby rozvíjely důstojný život těchto lidí (viz první standart).

Možná se ptáte, co to znamená místní instituce nebo běžné vztahové sítě. Nezapomeňte, že publikace standarty je na konci vybavena slovníčkem, ve kterém je popsána celá řada nových nebo málo známých termínů. K větší srozumitelnosti standartu vám pomohou kritéria uvedená hned pod touto částí standartu. <sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> (MPSV, 2013, on- line, cit).

<sup>24</sup> (Zavádění standartů kvality sociálních služeb do praxe, 2002, s. 5, cit.)

Standarty jsou na kritéria rozloženy nejen z důvodu srozumitelnosti, ale zejména proto, aby bylo možno posoudit, zda služby požadavek splňují. Kritéria jsou totiž měřitelná. Můžete si na ně jednoznačně odpovědět. Např.:

*Standart č. 1 plníme, protože:*

- *máme písemně definováno poslání, cíle i cílovou skupinu uživatelů i principy zařízení a víme, že toto je náš závazek vůči veřejnosti. Jako důkaz můžeme předložit letáky, naši webovou stránku, články otištěné v tisku. Na znění poslání a cílů se můžete zeptat jakéhokoliv našeho pracovníka a každý je schopen říct, co je obsahem těchto dokumentů.....*

*nebo*

*Standart plníme jen částečně, protože máme sice písemně definováno poslání, cíle i cílovou skupinu uživatelů a principy zařízení. Téměř nikdo v zařízení ani mimo ně znění dokumentů nezná. Nedá se mluvit o tom, že je to náš závazek vůči veřejnosti....*

Měřitelnost kritérií je důležitá pro Vás, poskytovatele, které zajímá kvalita vlastních služeb, i pro vnější hodnotitele vašich služeb. Porovnáním kritérií se skutečností lze snadno zjistit, co je v zařízení v pořádku a co je třeba změnit. Jestliže takové posouzení budete dělat ve svém zařízení sami, říká se tomu sebehodnocení.

K vnějším hodnotitelům vašich služeb budou patřit zejména ti, kteří vašich služeb využívají – uživatelé služeb nebo jejich blízcí, kteří se budou ptát.

Uzavřete se mnou písemnou smlouvu? Máte pravidla pro vyřizování stížností? Apod., nebo ti, kteří Vám poskytli finanční prostředky a chtějí, abyste je použili na poskytnutí kvalitních služeb.<sup>25</sup>

Vy sami v roli hodnotitelů sebe sama i vnější hodnotitelé se budete ptát po důkazech, že jednotlivá kritéria plníte. Vodítka k důkazům najdete v Průvodci v odstavcích nazvaných „Jak rozpoznat naplňování kritérií“.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> (Zavádění standartu kvality sociálních služeb, 2002. s. 5, cit.)



Standarty i kritéria jsou pro lepší orientaci číslovány. Standarty mají pořadová čísla od 1 do 17. U kritérií odpovídá první číslice pořadovému číslu standartu, ke kterému patří, druhá číslice za tečkou je pořadovým číslem kritéria v daném standartu. Standarty jsou rozděleny do tří základních částí.

**Procedurální standarty** jsou nejdůležitější. Stanovují, jak má poskytování služby vypadat. Na co je potřeba si dát pozor při jednání se zájemcem o služby, jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka. Velká část textu je věnována ochraně práv uživatelů služeb a vytváření ochranných mechanismů jako jsou stížnostní postupy, pravidla proti střetu zájmů apod.

**Personální standarty** se věnují personálnímu zajištění služeb. Při poskytování služeb nejsou možné dodatečné opravy nebo vyřazení zmetků. Nepovedenou službu nelze dodatečně vyřadit. Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících – na jejich dovednostech a vzdělání, vedení a podpoře, na podmínkách, které pro práci mají.

**Provozní standarty** definují podmínky pro poskytování sociálních služeb. Soustřeďují se na prostory, kde jsou služby poskytovány, na dostupnost, ekonomické zajištění služeb s rozvojem jejich kvality.<sup>27</sup>

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

Současné sociální služby v ČR se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zákon představoval v době své účinnosti největší změnu systému v sociálních službách od osmdesátých let minulého století. Je možné také říci, že ČR byla ke změně systému sociální péče donucena i tlakem z deklarací, mezinárodních úmluv a jiných závazků po roce 1989.

---

<sup>26</sup> (Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, 2002. s. 5, cit.)

<sup>27</sup> (Zavádění standardů sociálních služeb do praxe, 2002. s. 6, cit.)

## 2.7. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením

*„ Lidé s postižením jsou denně konfrontováni s mnohonásobným tichým zneužíváním lidských práv. „ Oscar Arias Sanchez, nositel Nobelovy ceny*

Na lidi s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní bytosti

Lidská práva zaručují každému svobodu, slušné zacházení a možnost rozhodovat sám o sobě. I lidé s postižením mají stejná práva jako ostatní lidé. Tyto práva dnes zaručují takto postiženým lidem žít plnohodnotným životem, žijí v běžném prostředí, mají dostatek soukromí a jsou respektováni jako plnohodnotní občané naší republiky.

Práva lidí s mentálním postižením byla v minulých desetiletích zanedbávána a stála na okraji zájmu. Pro řadu situací neexistuje ani v současnosti dokonalé řešení. Lidé s mentálním postižením mají ve stále větší míře možnost žít v běžném prostředí a dostávají se tak do nových dosud neznámých situací. Je proto úkolem poskytovatelů a zaměstnanců sociálních služeb hledat nová řešení, měnit zažitě postupy a tím se podílet na vytváření dobré praxe v oblasti lidských práv lidí s mentálním postižením.<sup>28</sup>

Důraz na naplňování práv lidí s mentálním postižením přímo souvisí s transformací sociálních služeb a s moderními trendy v sociální práci. Klasický ústavní model, který se těšil největšímu rozkvětu ve druhé polovině minulého století, problematiku práv obyvatel ústavu řešil pouze okrajově.

Soustředil se spíše na léčebný a výchovný proces. Lékařský model dával obyvatelům ústavu roli svěřenců, na které je nutno celoživotně působit prostřednictvím výchovných programů. Oba modely stavěly člověka s mentálním postižením do pasivního postavení, kdy o něm rozhoduje někdo jiný: odborník lékařské nebo pedagogické profese.

Navíc obyvatelé velkých ústavů museli své individuální zájmy a potřeby často podřizovat pravidlům kolektivního soužití a chodu instituce. Svůj vliv měla i skutečnost, že většina obyvatel ústavů byla zbavena způsobilosti k právním úkonům, podle tehdejší terminologie byli tedy „nesvéprávní“.

---

<sup>28</sup> (Sobek, J. a kol.: Práva lidí s mentálním postižením, s. 5. 2007)

V moderně pojatých sociálních službách převládá model sociálního začlenění. Člověk s mentálním postižením přestává být pasivním příjemcem péče. Stává se aktivním partnerem plánování a poskytování služby. Důraz je kladen na začlenění do běžného života a na vytváření podmínek, které jsou srovnatelné s životními podmínkami lidí bez postižení. Sociální služba musí uživateli umožnit žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Naplňování práv uživatelů je jedním z hlavních znaků kvalitní sociální služby.

Člověk s mentálním postižením je v rámci moderních sociálních služeb respektován jako občan a jako každá dospělá osoba. To je důležité i z pohledu lidských práv. Právě dospělá osoba je totiž na rozdíl od dítěte nositelem všech základních lidských práv.<sup>29</sup>

Většina z nás žije způsobem, který jsme si zvolili sami. Bydlíme na místě, které jsme si vybraly. Měli jsme možnost se rozhodnout, zda-li budeme bydlet ve městě, na vesnici, v bytě nebo domku sami nebo s partnery a dětmi. Své životy sdílíme s lidmi, které jsme si vybrali a přijali do svého života. Věnujeme se práci, kterou jsme si zvolili. Svůj volný čas můžeme naplnit podle svého. Máme možnost věnovat se svým koníčkům a zálibám, cestovat, sportovat, setkávat se s přáteli. Ne všechno je vždy ideální a zcela podle našich představ. Pokud však nejsme s něčím spokojeni, máme možnost to změnit.<sup>30</sup>

Základní lidská práva jsou pro náš každodenní život natolik samozřejmá, že si v běžných situacích jejich existenci většinou ani neuvědomujeme. Problém začneme cítit teprve ve chvíli, kdy někdo druhý začne naše práva porušovat. Snaží-li se někdo omezit naši svobodu, volný pohyb, soukromí našeho domova, způsob trávení volného času nebo možnost nakládání s naším majetkem, začneme svá práva bránit. Pocítíme, že náš běžný každodenní život byl omezen a že dodržování našich základních práv je podmínkou spokojeného života.

Lidé s mentálním postižením jsou ve stejné situaci. Pokud jejich základní práva nejsou dodržována, je jejich život omezen a deformován. Dodržování nebo naopak porušování základních práv se promítá do klíčových oblastí každodenního života: bydlení, práce, volný čas, oblast mezilidských vztahů apod. Cílem moderní sociální služby je umožnit lidem s mentálním postižením žít běžným životem. Tento cíl však bez znalosti a respektování základních práv nelze naplnit.<sup>31</sup>

Mezi základní lidská práva patří např.:

---

<sup>29</sup> (Sobek, J. a kol.: Práva lidí s mentálním postižením, s. 7. 2007, cit.)

<sup>30</sup> (Sobek, J. a kol.: Práva lidí s mentálním postižením, s. 9. 2007, cit.)

<sup>31</sup> (Sobek, J. a kol.: Práva lidí s mentálním postižením, s. 9. 2007, cit.)

- osobní svoboda a svoboda pohybu
- právo na ochranu soukromí
- právo na ochranu osobního a rodinného života
- právo na důstojné zacházení
- právo na práci a odměnu
- právo na vzdělání
- právo vlastnit majetek
- právo na léčbu se souhlasem apod. <sup>32</sup>

## 2.8. Práva, právní odpovědnost a přiměřené riziko uživatele sociálních služeb při přechodu do běžného života

S dalším pojmem, se kterým se setkáváme, je odpovědnost.

Je mnoho definic právní odpovědnosti, zjednodušeně můžeme říct, že odpovědnost je „druhotná právní povinnost, která vznikla tomu, kdo porušil jinou, prvotní právní povinnost“. Prvotní právní povinnost může vycházet zejména ze zákona (například povinnost nepáchat trestný čin), nebo z jiné právní skutečnosti (typicky nějaká smlouva ujednaná mezi stranami).

Ten, o kom mluvíme, že je odpovědný, tj. ten komu vzniká druhotná povinnost, například z nějaké smlouvy, je nazýván subjekt. Subjektem v tomto případě je tedy osoba, která měla splnit určitou povinnost, ale ji nesplnila. Odpovědnost by měla zejména vést k odstranění škodlivého následku, který vzniká tím, že někdo si neplní své povinnosti, v tomto případě mluvíme o tzv. reparaci neboli reparační funkci odpovědnosti. Kromě reparace plní odpovědnost i funkci jakési sankce za to, že subjekt porušil svou prvotní povinnost. <sup>33</sup>

Odpovědnost uživatelů sociálních služeb – jejich odpovědnost se bude řídit zejména úpravou odpovědnosti za škodu způsobenou těmi, kteří nemohou posoudit následky svého jednání. Jde o takovou škodu, která je způsobená protiprávním úkonem osoby, která není vzhledem ke svému věku nebo duševnímu stavu tzv. deliktně způsobilá. Tato odpovědnost je v sociálních službách velmi důležitá.

Uživatel sociálních služeb, například pan se středně těžkým mentálním postižením bude odpovídat za škodu, pokud byl v daném konkrétním případě schopen rozeznat následky svého

<sup>32</sup> (zákon č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod)

<sup>33</sup> ([http://www.mpsv.cz/files/clanky/10701/Právní odpovědnost.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/10701/Právní%20odpovědnost.pdf))

jednání a ovládnout toto své jednání. Obdobně jako u zavinění, máme zde dvě složky, přičemž postačí k tomu, aby nebyl pan odpovědný, pokud chybí jedna složka.

Abychom to neměli tak jednoduché, zákon v případě této odpovědnosti počítá s tím, že tyto osoby, typicky jsou to děti a osoby s mentálním postižením, jsou pod náležitým dohledem. Vzniká tak následně otázka, kdo vykonává náležitý dohled a co to vlastně znamená?

Zákon přímo neurčuje, kdo je osobou povinnou vykonávat dohled, přihlíží se ke konkrétním okolnostem. Povinnost vykonávat dohled mají ze zákona například opatrovníci, ze smlouvy o sociálních službách lze dohled dovodit i poskytovatelům sociálních služeb. Pokud klient žije v residenčním zařízení, tak logicky nelze požadovat po opatrovníkovi, aby přímo vykonával nějaký dohled. Proto v případě sociálních služeb je dohled z velké části důležitou otázkou pro poskytovatele, resp. zaměstnance poskytovatele sociálních služeb.

Co to dohled je, není jednoduché zodpovědět, protože zákon neuvádí žádnou definici náležitého dohledu. Nicméně soudy ve svých rozhodnutích určily, co považují za náležitý dohled. Tak například:

„Náležitým dohledem“ podle ustanovení § 422 odst. 2 OZ není možno rozumět takový dohled, který by byl za normálních okolností osobami dohledem povinnými vykonáván stále, nepřetržitě a bezprostředně (na každém kroku), neboť v takovém případě by byla zákonem předpokládaná možnost zproštění odpovědnosti těchto osob prakticky vyloučena. Při úvaze o tom, zda osoby dohledem povinné náležitý dohled zanedbaly, je nutno vzít zřetel (např. věk, povahové vlastnosti a celkové chování).<sup>34</sup>

Okolnosti týkající se podléhající dohledu (věk, chování, povahové vlastnosti, míru postižení), je důležité brát v úvahu v každém jednotlivém případě. Náležitý dohled by měl být vykonáván tak, aby neporušoval práva osoby, na kterou je vykonáván, ale na druhou stranu uživatel nesmí být nepřiměřeně ohrožen. Jde o to najít určitý balanc. Jako pomůcka nám může sloužit tzv. přiměřená opatrnost.

Pojem vysvětluje ve své zprávě Ombudsman:

Přiměřenou opatrnost lze charakterizovat jako takovou opatrnost, která by byla za normálních podmínek dostatečná k tomu, aby průměrný klient sociálního zařízení (pokud pracovník klienta

---

<sup>34</sup> (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012, s. 10. cit.)

nezná) nebo konkrétní klient ( pokud jej pracovník dostatečně zná ) nebyl nějakým předvídatelným způsobem ohrožen....

Přiměřené riziko je přijatelné, pokud tedy lze osvědčit, že u konkrétního klienta bylo uděláno vše proto, aby k žádné újmě za normálních okolností nedošlo, nelze např. za úraz činit odpovědným pracovníky ústavu. Pojistky ve smyslu, když klient nikam nepůjde, nemůže se nic stát, vedou k nepřiměřenému omezování autonomie klienta, byť je samozřejmě pro sociální zařízení mnohem jednodušší. Je nutno ale pamatovat, že takovýto postup by mohl nastat až po vyčerpání jiných, méně omezujících prostředků či kroků (právě pojmenování rizikových situací, vypracování postupů. Jak riziko minimalizovat – např. nácvikem apod.).

Můžeme tak shrnout, že jde o opatrnost, která dostačuje k tomu, aby nebyl uživatel služby ohrožen předvídatelným způsobem. Pro stanovení přiměřeného rizika je důležité individuální plánování, které zahrnuje rizikové faktory a možné rizikové situace.<sup>35</sup>

## 2.9. Individuální plánování

*„ Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně je pochybená.“* Adrian D. Ward

Individuální plánování je plánování zaměřené na člověka a v posledních pěti letech prošlo transformací. Z tajemné činnosti, v níž se vyznalo jen nemnoho věci oddaných lidí, se stalo něčím, o čem téměř každý tvrdí: „Dělám plánování zaměřené na člověka již léta“.

Plánování zaměřené na člověka se stalo módní záležitostí. Stalo se lakmusovým papírkem, kterým se testuje politická korektnost. Jakákoliv činnost, při níž jsou lidé dotazováni na to, co se jim líbí nebo chtějí, je považována za zaměřenou na člověka. Stále více zemí, regionů a okresů začíná požadovat (nebo o tom uvažují) plánování zaměřené na člověka pro všechny, jimž jsou poskytovány služby či ty, kteří do nich vstupují.

---

<sup>35</sup> ( Národní centrum transformace sociálních služeb, 2012, s. 10. cit. )

Mnohé z údajných plánů zaměřených na člověka ve skutečnosti nejsou ani trochu na člověka zaměřené. Plány se dělají tam, kde je to důležité pro poskytovatele služeb, ale předstírá se, že jsou důležité pro lidi, jimž jsou služby poskytovány, a zneužívá se přitom „hlas“ těchto lidí (například: „Je třeba mne omezit.“).

Lidi, jejichž jediným snem je dostat se ven z ústavu, v němž žijí, mají své vlastní plány, v nichž sní o samostatném životě o domku na předměstí. Lidi, jimž se kladou otázky o věcech, v nichž nemají žádnou životní zkušenost, která by jim umožnila dát informovanou odpověď. Kladou se jim otázky, které již v sobě obsahují odpověď. Podobně problematické jsou i plány, které se nerealizují.<sup>36</sup>

Plánování zaměřené na člověka je prostředkem, není však cílem. Výsledkem je život podle představ dotyčného člověka, není jím plán, který ho popisuje. Plánování zaměřené na člověka je proces, kterým zjišťujeme, jak chtějí lidé žít, a následně popisuje, co je třeba udělat, aby se jim to pomohlo dosáhnout.

Popisuje, jak si lidé svůj život představují a co je třeba udělat (a co musí být zachováno), aby se představy mohly naplnit. Dobré plány vycházejí z toho, co je pro lidi důležité, a berou při tom v úvahu všechny ostatní faktory, které mají dopad na jejich životy – efekty jejich postižení, názory těch, kdo se o ně starají (a znají je), a také příležitosti či omezení vyplývající z nutnosti veřejného financování.

Plán zaměřený na člověka odráží proces:

Který respektuje člověka s postižením, jeho rodinu a ty, kteří ho podporují.

V němž se vynakládají čas a úsilí, aby se zajistilo, že „hlas“ člověka s postižením bude slyšet bez ohledu na vážnost či povahu jeho postižení.

Kde je důraz na poznání toho, co tento člověk považuje za důležité, když se jedná o to, jak chce žít, co je důležité pro ty, kteří tohoto člověka milují, a na všechny otázky spojené se zdravím a bezpečností (z pohledu dotyčného člověka)<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> (Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změn. 2000, s. 5. cit.)

<sup>37</sup> (Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách. 2000, s. 5. cit.)

Výsledkem je písemným popisem toho, co je pro lidi důležité, jak se vypořádat se všemi záležitostmi kolem zdraví a bezpečí a co by se mělo učinit, aby se jim jejich vytoužený život usnadnil. Plán nelze od tohoto procesu oddělit. Nekvalita v procesu má za následek nekvalitu plánu.

Vedle těch variabilních prvků tam najdeme i podstatné rozdíly. Některé ze známějších formálních procesů zahrnují: osobní plánování <budoucnosti, základní plánování životního stylu, 24 hodinové plánování a celoživotní plánování.

Navíc ještě existuje celá řada procesů, které byly vyvinuté lokálně. Tyto lokální procesy jsou často nepojmenované a skládají se ze známějších procesů, které byly vyvinuté lokálně. Tyto lokální procesy jsou často nepojmenované a skládají se ze známějších procesů.

Avšak nálepka na procesu nám nic neříká o užitečnosti nebo integritě plánu. Když se to povede, tak všechny tyto snahy spojuje úsilí o poznání toho, co je pro lidi důležité, a o implementaci toho, co jsme poznali. Vyžaduje to partnerství mezi :dotyčným člověkem: těmi, kdo ho znají: těmi, kdo pro něj plán vytvářejí: a těmi, kdo plán realizují.

Tam, kde se povedlo pečlivé plánování, a plán byl realizován, se zjistilo, že:

Když lidem umíme naslouchat a respektujeme je, dozvíme se, co je pro každého z nich důležité, a to bez ohledu na vážnost jejich postižení.<sup>38</sup>

Plánování nikdy nekončí, co budou lidé chtít zítra, je odlišné o toho, co si přejí dnes.

Růst a poznávání probíhají přirozenou cestou, pokud lidé dostanou příležitosti, které si přejí, takové příležitosti, které dávají smysl v souvislosti s tím, co je pro ně důležité.

Poskytnutí struktury v rámci těchto příležitostí pomáhá lidem s těžkým postižením získat přístup k těmto příležitostem a více se z nich naučit.

Většina typů chování, která bývají označována za nespolutracující, vyzývavá či problémová zmizí, když se lidem poskytne to, co je pro ně důležité.

Bez ohledu na závažnost postižení, lidé dokáží mít pozitivní kontrolu nad svými životy, když se jim naučíme naslouchat a budou si navzájem důvěřovat.

---

<sup>38</sup> (Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách. 2000. S. 6. cit.)



Vznikají komunity, sítě vzájemně podpůrných vztahů, ale jejich vybudování je obvykle otázkou let, nikoliv měsíců.

Také se zjistilo, že i když jsou nároky lidí skromné, jejich realizaci si můžeme dovolit jen tehdy, když se změní způsob, jímž jsme zvyklí k těmto věcem přistupovat. Dokud se při financování nezačne dávat přednost lidem před kapacitami, jednotlivcům před ústavou, nebude se moct dovolit realizace plánů, v nichž se žádá o změnu toho, kdo s nimi bydlí, nebo toho, co dělají. Zjistilo se, že bariéry tvoří naše vlastní struktury a že mnohé zprávy o vysokých nákladech reflektují naši pružnost reagovat.<sup>39</sup>

Plánování zaměřené na člověka je zároveň slibem. Dosáhnout systémového posunu nelze jen tak přes noc. Vyžaduje to tvoření kapacit, změnu struktur, které definují, kam systém směřuje a čemu by měl věnovat pozornost, což zase vyžaduje politickou odvahu a politický kapitál. Některé z prvků ke změně systému jsou tyto:

Školení v myšlení zaměřeném na člověka pro všechny osoby zapojené do plánování a jeho realizace.

Požadavek, aby všichni, kdo plány vypracovávají, prokázali svou kompetenci v plánování zaměřeném na člověka, a aby některé z jejich plánů byly pravidelně přezkoumávané.

Školení pro ty, kdo udělují licence a provádějí inspekce, a požadavek, aby byli schopni určit, jestli tyto plány odpovídají kritériím a také zdali jsou realizované.

Změna pravidel pro služby a požadavky na financování takovým způsobem, aby podporovala plánování zaměřené na člověka a jeho realizaci.

Podpora (školení a technická pomoc) agentur, které chtějí změnit své postupy a struktury.

Pomáhat lidem s postižením a jejich rodinám při budování komunity dřív, než si začnou zoufat, protože rodiny mají energii a zdroje potřebné k vytváření partnerství.

Vedoucí pracovníky, kteří chápou, co je opravdové plánování zaměřené na člověka, jaké změny budou potřebné k jeho realizaci, a kteří mají dostatečnou vůli k budování podpory a zároveň k obhajování těchto změn před těmi, kdo se jimi cítí ohroženi.

---

<sup>39</sup> (Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách. 2000, s. 6. cit.)

Dá se říct, že při vytváření a realizaci plánů zaměřených na člověka jde v podstatě o posun těžiště moci a kontroly. Jedná se zde o sdílení kontroly s podporovanými lidmi a jejich rodinami.

Pro mnoho lidí je to příležitost, kterou využijí, ale pro jiné to představuje značnou ztrátu moci. Plánování zaměřené na člověka by se mělo provádět s každým pouze tam, kde je odhodlání k potřebným investicím a změnám. A rovněž je třeba, aby tváří v tvář námitkám a útokům podpořila tyto změny též vyšší hierarchie.

Ti, kdo chtějí začít se změnami, si musí vytvořit strategie, které jim pomohou tyto změny podpořit. Když se dává práce se zjišťováním, co je pro lidi důležité, děláme na ně dojem, že budeme jednat podle toho, co se zjistilo. Neměli by se dělat sliby, když se neví, jestli se slib dodrží.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> (Výběr z textů Michalela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách. 2000, s. 7. cit.)

## 2.10 Chráněné bydlení

V současné době v chráněném bydlení žije 8 uživatelů. Ke zvládnutí života mimo sociální zařízení jsou k dispozici uživatelům asistenti, kteří jim poskytují potřebnou podporu.

Na návštěvu mě pozvaly 2 klientky, které bydlí spolu v bytě 2+1, každá má svůj samostatný pokoj. Zařízení bytu je skromnější a není tak moderní, jako v tréninkovém bydlení. V tomto bytě bydlí klientky už rok.

Víkendy si vaří klientky s asistencí, pro obědy si chodí do sociálního zařízení a večeri si vaří sami. Jejich plán do budoucna, je pokročit s vařením tak, aby si jídlo uvařily doma a nemusely docházet do sociálního zařízení. To by znamenalo velkou úsporu financí, kterých moc nazbyt není.

Do sociálního zařízení si chodí pro „kapesné“, aby neztratily kontakt s ostatními uživateli. S asistencí zvládají praní prádla.

V bytě mají vzorně uklizeno a má veškeré vybavení.

## 2.11 Tréninkové bydlení

Tento typ tohoto bydlení je součástí sociálního zařízení. Byly zde v půdní zástavbě vystavěné 4 bytové jednotky, 2 byty mají sociální zařízení, ostatní mají zařízení společné. Bytové jednotky jsou smíšené, žijí zde muži i ženy. Klienti mají možnost si zařídit byty podle svého, vybrat si nábytek dle svého vkusu.

Žijí zde klienti od 21 roku do 84 let. Trénují sociální dovednosti, aby mohli přejít na bydlení chráněné. Max. doba tréninku je 3 roky, po třech letech jsou klienti rozděleny na chráněné bydlení nebo se jim hledá jiná služba dle jejich možností a schopností. Trénink nacvičují v oblasti financí, samostatné nákupy, vycházky....

Jsou zde zaměstnány 4 asistenti na plný úvazek a jeden vedoucí pracovník, pracovní doba je od 6.30hod. do 22. hod. Poté jsou uživatelé sami, mají ale možnost obrátit se na službu DOZP.

Tito uživatelé v tréninkovém bydlení zvládají úkony potřebné k samostatnému životu s minimální podporou. Zde si sami vaří, nebo mají možnost si vybrat chodit na obědy do

sociálního zařízení, obstarávají si běžné nákupy, jezdí na rekreace, zvládají své finance, navazují přátelské vztahy apod.

Tento typ bydlení se maximálně přibližuje samostatnému bydlení mimo sociální zařízení a uživatelé tohoto typu bydlení mohou navázat na bydlení mimo sociální zařízení v samostatných bytových jednotkách.

V tréninkovém bydlení v současné době žije 18 uživatelů, kteří se připravují na samostatné bydlení mimo sociální zařízení. Vše je za podpory asistentů, kteří jim tento přechod umožňují.

Tito klienti se zapojují i do pracovního procesu, mimo zařízení jezdí do zaměstnání 11 uživatelů. Pracují v chráněných dílnách. Najít však zaměstnání pro tyto klienty, je stále velký problém, který se snad v budoucnu zlepší.

# Praktická část

# 1. Výzkumné šetření

Analýza odborné literatury byla východiskem pro zpracování teoretické části mé bakalářské práce, ve které jsem se zaměřila na vývoj a změny sociální péče před a po roku 1989. Jak má vypadat kvalitní sociální služba a podle čeho se dnešní moderní sociální služba řídí. V praktické části jsem vycházela z konkrétních situací klientů, kteří žijí v Centru sociálních služeb v Jindřichově Hradci, konkrétně uživatelů, kteří bydlí v chráněném a tréninkovém bydlení v tomto zařízení. Pomocí kvalitativního výzkumu a metodou rozhovoru se čtyřmi současnými uživateli, jsem mohla nahlédnout do jejich životů a soukromí. Zaměřila jsem se na změny, které v jejich životech nastaly díky tomuto typu bydlení.

## 2. Cíle výzkumného šetření

Cílem této bakalářské práce je zhodnotit klady a závěry života v uživatelů v chráněném bydlení z pohledu samotných klientů a z toho odvodit doporučení, která by uživatelům chráněného bydlení ulehčila proces adaptace.

## 3. Metoda sběru dat

Tato bakalářská práce je doplněna o praktické informace přímo z výkonu praxe. Jádrem jsou řízené rozhovory s uživateli tréninkového bydlení i chráněného bydlení, kteří mají zkušenosti s tímto bydlením. Polo-strukturovaný rozhovor jsem zvolila, abych se pomocí předem připravených otázek dozvěděla všechny potřebné informace, klientky průběžně reagovaly na otázky a samy vyprávěly o svých životech a změnách, které zažívají. Rozhovory probíhaly v chráněném bydlení v bydlení tréninkovém. Klientky těchto domovů byly ke mně velmi přátelské a milé.

Na základě obsahové analýzy jejich výpovědí je provedeno komplexní zhodnocení tohoto způsobu adaptace a jsou navržena vhodná opatření ke zlepšení zjištěného stavu.

## 4. Etická otázka výzkumu

Nejdříve jsem zjistila, jestli vůbec budou klientky ochotné mi poskytnout rozhovor, po svolení jsem si domluvila návštěvu v jejich domovech. Z osobních zkušeností vím, že tito lidé jsou velmi přátelští a tím i snadno „zneužitelní“.

Proto jsem uživatelkám vysvětlila téma výzkumu a účel rozhovoru. Všechny uživatelky souhlasily, že jejich povídání v rozhovorech bude součástí mé práce a že si budu rozhovory pečlivě zapisovat.

Rozhovory probíhaly v přátelské atmosféře, klientky mi nabídly kávu, drobné občerstvení, které jsme přinesla přijaly s radostí. V roli tazatelky jsem nebyla poprvé, jelikož v tomto zařízení pracuji, tak byly rozhovory velmi příjemné a klientky mě pozvaly i na další návštěvu. Získala jsem velmi cenné informace, jelikož pracuji na jiné domácnosti s klienty, kteří potřebují vysokou míru podpory, tak bylo toto setkání pro mne velmi přínosné, neboť je vidět velký rozdíl mezi uživateli chráněného a tréninkového bydlení a mezi uživateli, kteří potřebují ke svému životu vysokou míru podpory ze strany asistenta.

## 5. Výzkumné prostředí

Prostředím mého výzkumu bylo Centrum sociálních služeb v Jindřichově Hradci. Prostředí pro mne známé, neboť v organizaci pracuji již sedmým rokem.

Zařízení tohoto typu je největším v jižních Čechách a zřizovatelem je kraj Jihočeský kraj. Organizace je zřízená jako samostatná příspěvková za účelem poskytování sociálních služeb podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů.

## 6. Poslání a cíl zařízení

Centrum sociálních služeb je DOZP (domov osob se zdravotním postižením), i když je zařízení velké, je zde kladen důraz na individuální práci s uživateli, pomáhat těmto uživatelům při přechodu ze sociální péče do „běžného života“. Cílem organizace je zachovávat přirozené vztahové sítě, respektovat práva a lidskou důstojnost každého uživatele.

## 7. Cílová skupina

Cílovou skupinou výzkumného šetření jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, zejména mentálního, případně kombinovaného. Osoby, které jsou starší 18. let. Doba pobytu je neomezená.

## 8 Poskytované služby

Služby poskytované touto organizací se poskytují uživatelům, kteří potřebují pro svůj život pravidelnou podporu nebo péči.

Zařízení poskytuje tyto služby:

- domov pro osoby se zdravotním postižením
- denní stacionář
- týdenní stacionář
- chráněné bydlení
- tréninkové bydlení

## 9 Respondenti výzkumu

Respondentkami výzkumu byly čtyři klientky tohoto zařízení, z nichž dvě žijí v chráněném bydlení a dvě v bydlení tréninkovém.



## 10 Kazuistiky a rozhovory

Kazuistiku jsem si vybrala proto, že je to podrobný popis a výklad konkrétních případů. Umožní mi se vcítit a pochopit na základě rozhovorů, co lidé prožívají, jak lidé chápou a vytvářejí sociální realitu.

### **Paní Matylda, 84 let.**

Rok narození 1930. Paní Matylda se narodila v Českých Budějovicích, vyrůstala s rodiči a dvěma sourozenci. Rodina žila ve velmi skromných podmínkách – otec byl často bez práce nebo vykonával příležitostné práce. Otec zemřel, když bylo p. Hyldě asi 17 let, sestra Libuška byla pravděpodobně nevládní. V dospělosti se bratr se sestrou nepohodli a díky jeho vlivu se i p. Hylda přestala stýkat se sestrou. V dětství byla p. Hylda často nemocná, v 18-19 letech byla léčena v ozdravovně. V roce 1965, po smrti matky, byla p. Hylda umístěn do léčebny v Dobřanech, potom do ÚSP Česká Olešná. Tam se toto zařízení rušilo a vybuďovalo se toto zařízení – Centrum sociálních služeb v Jindřichově Hradci.

Nyní bydlí p. Hylda v tréninkovém bydlení, na pokoji s její kamarádkou .p. Hylda uklízí sama, dbá na čistotu, má přehled o svých věcech, o prádle. Svoji skříň si uklízí sama, oblečení si vždy pečlivě vybere v souladu s příležitostí i počasím. Paní často mluví o tom, že by chtěla bydlet v domově důchodců, myslí si, že starší lidé mají pochopení pro věk. Vadí jí, že si mladí lidé neváží starších lidí.p. Hylda má velmi ráda rodinu svého bratra: švagrovou, neteře a jejich děti. Pravidelně si s nimi dopisuje a vždy se těší na jejich návštěvu. Avšak po smrti bratra rodina jezdí k paní málo – 2 až 3 do roka .p. Hylda rozumí penězům, při nakupování je rozvážná, umí spočítat cenu nákupu. Paní chodí sama do města na procházky, nakupovat, do divadla za kulturou a s kamarádkou i do restaurace na jídlo. Zdravotní stav p. Hyldy odpovídá jejímu věku, svůj zdravotní stav si umí ohlídat, vysvětlí, co jí trápí a jaké má potíže.

Paní Hylda říká, že od svých 14. let pracovala, byla zaměstnaná v německé fabrice Westen u lisu a to do 18 let, poté onemocněla a musela z fabriky odejít. Paní zná svá práva, ale neumí se hájit, je nesmělá. Umí přijít za člověkem, kterému důvěřuje a popsat událost, která ji znepokojila. Paní umí číst, psát a počítat, má ukončených 5 tříd obecné školy a 2 roky „měšťanky“.

### **Rozhovor s paní Matyldou:**

1. Jaký byl Váš život, před tím, než jste začala žít v sociálním zařízení?

*„Doma se mi moc líbilo, žít jinde jsem nechtěla, ale nic jiného mi nezbylo. Už jsem si tady zvykla a líbí se mi tu“*

2. Jak zvládáte své finance?

*„S penězi mi pomáhá asistentka a koupím se všechno co potřebuju, ještě chodíme s kamarádkou na kafe do města“.*

3. Můžete mi říct, jak vypadá Váš den zde v zařízení?

*„Když vstanu, tak si dám s kamarádkou snídani, pak se jdeme projít na zahradu, když je už teď tak krásný počasí, nebo jdeme do města na procházku. Někdy si uvaříme oběd, když chceme, když ne, tak jdeme do jídelny na oběd a večere si vaříme každý den na co máme chuť, háčkují dečky a koukáme na seriály“*

4. Máte nějaký „svůj sen“?

*„Žádný sen nemám, moc se mi tady líbí a jinak bych bydlet už nešla“.*

5. Přála byste si žít sama v bytě mimo zařízení?

*„Nikam jít nechci, už jsem si tady zvykla a mám strach, že bych to venku nezvládla, bojím se“.*

**Paní Jana, 66 let.**

Paní Jana, rok narození 1948. Paní se narodila v J. Hradci, je jedináček, chodila do zvláštní školy, výuku nezvládala, proto docházku ukončila. Od roku 1963 žila v ÚSP Stráž nad Nežárkou, ústavu si brzy zvykla, poté byla přestěhována do České Olešné a v roce 2000 byla přeložena do Centra sociálních služeb v J. Hradci. Kde dnes žije v tréninkovém bydlení. P. Jana jezdí ke své neteři a sestřenici, které má v J. Hradci. S rodinou má dobrý vztah a o návštěvě vypráví.

Jana bydlí ve dvoulůžkovém pokoji s kamarádkou, p. Jana chodí vhodně a čistě oblečená, zvládá osobní hygienu, při stolování používá příbor. V kolektivu je oblíbená, ráda se účastní rekreací, společenských akcí, navštěvuje kino, divadlo... Nejvíce paní kamarádí se svou spolubydlící, které velmi ráda pomáhá a opečovává ji. Tato přehnaná péče občas sklouzne do komandování, a proto se někdy pohádají. P. Jana je citlivá, v určitých situacích je chvála i výtka doprovázená pláčem. Pochvala ji velice potěší a povzbuzuje ji do další aktivity, p. Jana nastoupila v r. 2006 do pracovního poměru do chráněné dílny v Plasné, kde je moc spokojená, do práce chodí na vlakové nádraží již sama.

Paní Jana neumí číst a ani psát, zvládne počítání do deseti, zvládne se podepsat. Paní Jana se umí částečně hájit, pojem právo potřebuje vysvětlit, chápe ho v omezené míře, potřebuje podporu při dodržování dohodnutých pravidel. Prospívá jí zjištění, že to dělá dobře.

### **Rozhovor s paní Janou:**

1. Jaký byla Váš život před tím, než jste žila v sociálním zařízení?

*„Doma jsem se měla dobře a líbilo se mi tam“.*

2. Jak zvládáte své finance?

*„S penězi vystačím, koupím si všechno so chci a nic mi tady nechybí“.*

3. Můžete mi říct, jak vypadá Váš den zde v zařízení?

*„Chodím na procházky s Hyldou, teď hodně chodíme na zahradu, když už je venku takhle krásný počasí. Chodíme i do města, uvaříme si, na co máme chuť. Někdy jsme v obýváku, koukáme na televizi a povídáme si“.*

4. Máte nějaký „svůj sen“?

*„O ničem teď nepřemýšlím, jsem tady moc spokojená, mám tady kamarády.“*

5. Přála byste si žít v bytě mimo zařízení, ve kterém žijete?

*„Nikam jít nechci, líbí se mi tady, ven se bojím. Bála bych se, že venku si sama ani nedojdu nakoupit, tady mi ve všem pomůžou“.*

### **Paní Lída, 47 let.**

Paní Lída se narodila v roce 1967 v Prachaticích. Do patnácti let bydlela se svými rodiči a třemi bratry v rodinném domku. Přestože p. Lída tvrdí, že rodiče byli hodní, na svůj pobyt v rodině nevzpomíná ráda. Do základní školy chodila ve Volarech, vyšla ze sedmé třídy. Po ukončení pracovala v továrně, kde montovala součástky do motorek. V 15 letech p. Lída odešla z rodiny do léčebny v Opařanech, paní tvrdí, že do Opařan odešla proto, že utíkala z domova.

V Opařanech žila do 18 let, poté se p. Lída přestěhovala do léčebny ve Lnářích. V současné době žije paní v Centru sociálních služeb v chráněném bydlení.

Paní Lída má oblíbených několik kousků domácího oblečení, které neustále střídá dokola.

V tomto oblečení by i nejraději chodila do města. Proto je vhodné někdy „vhodné“ oblečení paní doporučit.

Nejdříve bydlela paní na klasické domácnosti na pokoji ještě s jednou klientkou. Paní Lída měla velké přání mít svůj byt a bydlet sama mimo sociální zařízení. To se jí za pomoci sociální služby podařilo dokázat.

Paní Lída se nerada zúčastňuje společenských aktivit a rekreací, jako důvod obvykle uvádí, že se musí šetřit. Paní nikomu nevěří, jenom sama sobě, po smrti rodičů a staršího bratra p. Lída neudrží žádný kontakt s rodinou. Je klidné povahy, nemá nikoho, s kým by si rozuměla, ani žádnou kamarádku ani nemá zájem mít přítele. Když žila v sociálním zařízení, odmítala jíst z „ústavního“ nádobí, pocit, že nádobí je jen její a jí z něho pouze ona, je pro ni důležitý.

Paní umí číst a psát, spočítat si umí jednoduché úlohy. Naučila se velmi rychle ovládat televizi, DVD i myčku na nádobí. Rozumí pojmu právo, svá práva zná a umí si je hájit. Financím paní rozumí, ale neumí s nimi hospodařit, v tomto směru ji pomáhá asistentka.

### **Rozhovor s paní Ludmilou:**

*„Bydlí se nám tu dobře, do ústavu bych se nikdy nevrátila, mám tady větší klid. Chodím na akce do města, pro obědy si chodím do ústavu a k večeři si schovám polévku od oběda a dám si k ní rohlík nebo housku. V budoucnu si chci vařit úplně sama, protože si uvařím to, na co mám zrovna chuť.“*

*Mám i svůj mobil, pod zrychlenou volbou si vytočím koho potřebuju. Smsky psát ale neumím. Nejraději jsem sama doma a mám svůj klid. Do ústavu bych se v žádném případě nevrátila, mám tady svůj klid“.*

Se sousedy paní nekomunikuje, nevyhledává jejich společnost, ale ani nevyvolává nějaké konflikty. Paní Lída ani moc nekomunikuje se svojí spolubydlící, jak sama řekla, nejraději tráví svůj volný čas ve svém pokoji.

### **Paní Anna, 57 let.**

Paní Anna od mala vyrůstala v dětském domově, na vlastní rodinu si nepamatuje. Vzpomíná si na tetu, která si p. Annu občas vzala k sobě domů. V dětském domě se jí líbilo na zahradě, při dětském domově fungovala škola, kde se učila číst a psát. Dnes si ale nic ze školy nepamatuje.

V 18 letech si pro ni přišla „druhá matka“, (druhá manželka nevlastního otce), tak se ocitla ve vesnickém stavení s hospodářstvím, kde musela hodně pomáhat. Vzpomíná, že vstávala velmi brzy, ve tři ráno, musela dělat různé práce na poli.....

Na svou druhou matku vzpomíná velmi nerada, protože ji mlátila, radši vzpomíná na tátu, ten se jí dokázal vždy zastat. Občas p. Anna utíkala, spala ve chlévě, ale vždy se dobrovolně vrátila. Jednou, když ukradla druhé matce peníze na cigarety, tak ji rodina dala do Dobřan d léčebny. V léčebně se jí líbilo, prý to tam bylo hezké, jezdili na výlety, měla tam i přítele. Z Dobřan se paní dostala do České Olešné a poté do Centra sociálních služeb v J. Hradci.

Paní Anna nejdříve bydlela na klasické domácnosti, na dvoulůžkovém pokoji. Osobní hygienu, oblékání zvládala bez cizí pomoci. Ráda se účastnila společných aktivit. Přála si bydlet sama a to se jí za pomoci sociální služby podařilo dokázat. Dnes bydlí p. Anna v bytě s paní Matyldou.

Anna zná dobře svá práva, ví, co se smí a co nesmí, dobře dodržuje dohodnutá pravidla.

### **Rozhovor s paní Annou:**

*„V bytě se mi moc líbí, sama si dojdu koupit housky k snídani. V žádném případě se nechci vrátit do ústavu, máme tady klid a ten v ústavu nemáme.*

*Mám taky svůj mobil, zavolám si, komu chci, sms ale psát neumím. Ráda si povídám se sousedama a mám takovej sen, že budu mít svůj karavan a budu žít v lese“.*

Paní Anna více vyhledává společnost sousedů kolem sebe, je ke svému okolí všímavější, než její spolubydlící.

Lidé v domě si pomalu zvykli na to, že tyto ženy budou jejich sousedky. Senioři k těmto ženám přistupují vstřícněji, než mladí lidé, ti jejich společnost přijímají hůře a zatím je mezi sebe nepřijali. Ale na druhou stranu ani jejich pobyt v domě nějak neohrožují.

# 11 Tabulka klady a zápory chráněného a tréninkového bydlení

Chráněné bydlení		Tréninkové bydlení	
Klady	Zápory	Klady	Zápory
<ul style="list-style-type: none"> <li>- byt je v běžném domě</li> <li>- asistent si je vědom, že vstupuje do prostor uživatele</li> <li>- možnost kdykoliv opustit byt</li> <li>- klasické názvosloví (kuchyně, obývací místnost, chodba, koupelna)</li> <li>- uživatel se ve svém bytě setkává s užším týmem asistentů</li> <li>- možnost navázat nové vztahy</li> <li>- naprosté soukromí a „klid“</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- možnost „zneužití“ uživatele je větší, než v sociálním zařízení</li> <li>- uživatel není v přímém kontaktu s asistentem při potížích</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- postupné osamostatnění, možnost přechodu do chráněného bydlení</li> <li>- možnost partnerského soužití na „zkoušku“</li> <li>- uživatel je v přímém kontaktu s asistentem při potížích</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- byt je v zástavbě sociálního zařízení</li> <li>- uživatelé se postupně setkávají se všemi členy personálu i s ostatními uživateli</li> <li>- pro člověka „zvenku“ se mohou vyskytnout psychické zábrany pro vstup do budovy</li> <li>- uživatelé vnímají tréninkové byty jako součást zařízení</li> <li>- při výskytu partnerských problémů, klienti čekají od personálu, že za ně problém vyřeší</li> <li>- možnost zneužití asistence ze strany klientů</li> </ul>

*Zdroj: vlastní zpracování*

## 12 Hodnocení výsledku výzkumu

K mému výzkumu jsem si vybrala kvalitativní výzkum, kde se k výzkumu používá rozhovor.

Cílem hloubkového a polo-strukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu (kvalitativní přístup).<sup>41</sup>

Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod a reprezentovat, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.<sup>42</sup>

Z mého srovnání v tabulce, která názorně ukazuje, jaké jsou klady a zápory chráněného a tréninkového bydlení je jednoznačné, že pokud klienti žijí v tréninkovém bydlení, které je součástí sociálního zařízení, tak mají potřebu větší asistence ze strany personálu. Svě bydlení vnímají jako bydlení v sociálním zařízení, asistenti je musí více motivovat k samostatnosti, aby zvládli přechod do bydlení chráněného. Neboť v bydlení mimo sociální zařízení, v chráněném bydlení žijí klienti samostatným životem, s minimem asistence, své problémy zvládají řešit sami, mohou kdykoliv opustit byt a jít ven za zábavou, do kina, na procházku. Lépe navazují nová přátelství, mají naprosté soukromí a „klid“. Žijí životem jako my všichni.

Po zpracování výzkumného šetření a srovnání jednotlivých příběhů uživatelů sociálních služeb, mohu konstatovat, že tito lidé udělali velký pokrok ve svých životech. Velmi důležité je s těmito lidmi správně komunikovat a umět jim naslouchat. Jako možné riziko ze své zkušenosti vidím ve špatné komunikaci a to, že někteří lidé prostě nevěří v to, že i lidé s postižením dokáží žít mimo sociální zařízení a vedou plnohodnotný život.

Zajímavé je zjištění, když tito uživatelé přešli z větší komunity do menší, jaké pokroky ve svých sociálních dovednostech dosáhli. Víc si věří a dokáží si hájit svá práva a v žádném případě, by se nevrátili do zařízení sociální péče. Argumentují hlavně tím, že tam kde teď bydlí, mají svůj klid a je tam ticho, což v sociálním zařízení není. Nejdříve trénovali výukové cesty, dnes chodí sami do obchodů a jiných zařízení. Projeví své přání, sny a potřeby a hájí si svá práva. Už to nejsou „děti“, za které je kolikrát společnost považovala, ale jsou to dospělí lidé, kteří mají svá práva a povinnosti, jako každý občan naší země.

<sup>41</sup> (Švaříček, Šedová a kol. 2007, s. 13)

<sup>42</sup> (Švaříček, Šedová a kol. 2007, s. 17)



# Závěr

V této bakalářské práci se snažím čtenářům ukázat, že i lidé s handicapem dokáží žít běžným životem. Dnešní trend sociální péče je postupně tyto zařízení transformovat, umožnit uživatelům těchto zařízení žít v přirozeném prostředí, umožnit jim aktivní zapojení na trh práce a do společnosti. Nabídnout těmto uživatelům bydlení v běžné zástavbě ve městech a stávající sociální zařízení bude postupně opuštěno. V novém bydlení je samozřejmě uživatelům zajištěná dostatečná podpora odborným personálem organizace.

Přechod ze sociálního zařízení do menšího komunitního bydlení pro tyto obyvatele není jednoduchý a je třeba se jim náležitě věnovat a dát jim potřebnou podporu a asistenci za uskutečnění tohoto cíle.

Detailně popisuji v tabulce klady a zápory života v chráněném bydlení, ze které jednoznačně vyplývá, že bydlení mimo sociální zařízení je velkým přínosem a pokrokem v životech těchto lidí. Respektuji pohled samotných klientů sociálních zařízení. Jediné riziko z mého pohledu vidím možné „zneužití“ lidí z venku, neboť v sociálním zařízení jsou pod jistým dohledem personálu. Ale s tímto rizikem se setkáváme každý z nás, protože život přináší nečekané situace.

Klientky tréninkového bydlení ve svých výpovědích uvádějí, že by se zpátky do sociálního zařízení, kde žije více uživatelů pohromadě nevrátily, ale na druhou stranu mají obavy z přechodu do bydlení chráněného. Překonat tyto obavy jim pomáhá odborný personál.

Jsou znát velké pokroky těchto uživatelů, které přešly z velké domácnosti, jsou si jistější ve svých rozhodnutích, nejdříve trénují výukové cesty, poté tyto klientky chodí samy a z 80% odmítají asistenci, s tím, že zvládnou vše samy.

Na druhou stranu, ale vyžadují asistenci při jednání s opatrovníky, asistenci při vyřizování důchodů a občanských průkazů. A to už je výzva pro personál, aby jim dodali potřebnou sebedůvěru a poskytli jim odbornou asistenci při těchto činnostech, neboť venku v chráněném bydlení 2 z 8 klientů tuto činnost zvládají naprosto sami. Tito klienti zvládnou dojít na poštu a zaplatit složenky, jsou schopni hospodařit se svým zůstatkem peněz.

Zvládají to po ročním trénování tohoto nácviku, dodržují dohody s asistentem a od června se u jedné z uživatelů tréninkového bydlení změnila denní asistence na asistenci, která se bude poskytovat pouze třikrát týdně.

Je velmi důležité, aby naše společnost lidí s handicapem přijala mezi sebe a v jejich cestě k samostatnému životu jim nedělala zbytečné překážky. Sama z vlastní zkušenosti mohu posoudit, že v našem městě lidé reagují na tyto lidi kladně, už pro ně není překážkou, že tito lidé jsou jejich sousedé, že chodí do společnosti za zábavou, chodí ke kadeřnici.... Díky této profesi jsem vnímavější k potřebám druhých. Život máme jen jeden a záleží pouze na nás, jak život chceme prožít.

# Seznam použitých zdrojů:

CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Nakl. Quip-společnost pro změnu, 2006. ISBN 802-394-7729

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-506-7.

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

*Práva lidí s mentálním postižením – Příručka pro poskytovatele sociálních služeb*. Portus Praha, 2007.

Výběr z textů Michaela W. Smulla o základním plánování životního stylu, sebeurčení a organizačních změnách. 2000.

*Zavádění standartů kvality sociálních služeb do praxe*. Průvodce pro poskytovatele. Praha 2000.

*Práce s klientem s rizikem v chování*. MPSV. Praha 2005

ŠVAŘÍČEK, ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Portál, s. r. o. 2007, ISBN 978-7367-313-0

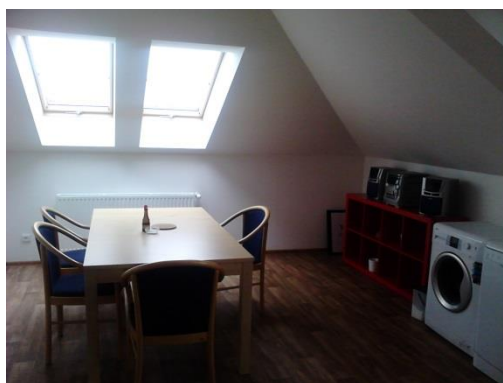
MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha, Portál s. r. o. 2003, ISBN 80-7178-549-0

VALENTA, MICHALÍK, LEČBYCH a kol. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně právním kontextu*. Praha, Grada Publishing, a. s. 2012, ISBN 978-80-247-3829-1

HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Portál s. r. o. 2012, ISBN 978-80-262-0221-9

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. PORTÁL, 2014, ISBN 978-80-262-0696-5

# Přílohy:







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

## **§1**

### **Předmět úpravy**

- (1) Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen „osoba“) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné sféry v oblasti sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.
- (2) Tento zákon dále upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních. (§ 116 občanského zákoníku, cit.)

## **§ 2**

### **Základní zásady**

- (1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.
- (2) 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, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. (Sbírka zákonů č. 108/ 2006. s. 1257)

### §3

#### Vymezení některých pojmů

Pro účely tohoto zákona se rozumí

- a)** sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- b)** nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,
- c)** dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost,
- d)** přirozeným sociálním prostředím rodina a sociální vazby s osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,
- e)** sociálním začleňováním proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný,
- f)** sociálním vyloučením vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace,
- g)** zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby, (Sbírka zákonů č. 108/ 2006. s. 1257)



**h)** plánem rozvoje sociálních služeb výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů a potřeb, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb (Sbírka zákonů č. 108/2006. s. 1258)