



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Transformace pobytových zařízení pro osoby s mentálním postižením

Vypracovala: Blanka Ježková
Vedoucí práce: Mgr. Olga Malinovská, Ph.D.
České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci 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 práce, a to v nezkrácené podobě 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:

Podpis studenta:

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Olze Malinovské, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za poskytnutí rozhovorů a ředitelkám dvou zařízení, které mi umožnily uskutečnit u nich pozorování.

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je transformace pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část popisuje historický vývoj sociálních služeb, zejména na našem území. Dále je zde definována mentální retardace a její klasifikace. Tato část se věnuje také vzniku speciální pedagogiky. V neposlední řadě jsou zde kapitoly zabývající se samotnou transformací pobytových zařízení sociálních služeb a legislativními ustanoveními, které jsou s tímto procesem spojeny. Velká část je zde věnována Standardům kvality sociálních služeb, které jsou přílohou č. 2 Vyhlášky 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílem praktické části je zjistit, zda je péče v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením adekvátní a jak moc se během transformace změnila. Dalším cílem je zjistit, jak se změnilo vzdělávání zaměstnanců i klientů těchto služeb a jakou roli měli dříve a jakou mají dnes speciální pedagogové. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaných rozhovorů a pozorování.

Klíčová slova: transformace sociálních služeb; mentální retardace; speciální pedagog, sociální služby

Abstract

The topic of bachelor thesis is transformation of residential facilities for people with disabilities. The thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part describes historical development of social services, especially in The Czech Republic. Furthermore, the mental disability is defined and classified. Also, this part of the bachelor thesis deals with history of special education and integrative and inclusive education. Finally, there are chapters dealing with transformation of residential facilities within social services and legislative provisions which are connected with the process of transformation. The main focus is on Qualitative Standards within social services which are included in Annex II to Regulation (No. 505/2006 Coll.), implementing regulation to Social Services Act (No. 108/2006 Coll.)

The aim of the empirical part is to find out whether the healthcare in residential facilities for people with mental disabilities is adequate and how the healthcare has changed since the transformation. Next goal is to determine how the education of employees and clients of these services has changed and what role special education teachers used to have and what role they have nowadays. Data collection was performed using semi-structured interviews and observation.

Key Words: transformation of residential facilities , mental retardation, special education , social services

Obsah

1	teoretická východiska	- 8 -
1.1	Mentální retardace	- 8 -
1.1.1	Etiologie mentální retardace	- 10 -
1.1.2	Klasifikace mentální retardace	- 12 -
1.1.3	Psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením	- 14 -
1.2	Historie sociálních služeb	- 16 -
1.2.1	Současné druhy sociálních služeb.....	- 20 -
1.3	Transformace sociálních služeb	- 22 -
1.3.1	Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb	- 23 -
1.3.2	Zákon o sociálních službách a standardy kvality	- 26 -
1.3.3	Rizika transformace	- 30 -
1.4	Speciální pedagogika	- 31 -
1.4.1	Role speciálního pedagoga v sociálních službách.....	- 32 -
2	PRAKTICKÁ ČÁST	- 34 -
2.1	Cíle výzkumu	- 34 -
2.2	Metodologie výzkumu.....	- 35 -
2.3	Charakteristika sledovaných zařízení a výzkumný vzorek	- 36 -
2.3.1	Zařízení č. 1	- 37 -
2.3.2	Zařízení č. 2	- 38 -
2.4	Polostandardizované pozorování.....	- 40 -
2.4.1	Kategorie č. 1: Umístění zařízení	- 40 -
2.4.2	Kategorie č. 2: Uspořádání a vybavení domácnosti	- 41 -
2.4.3	Kategorie č. 3: Uspořádání a vybavení pokojů	- 42 -
2.4.4	Kategorie č. 4: Atmosféra na pracovišti.....	- 43 -
2.4.5	Kategorie č. 5: Vztahy mezi klienty	- 44 -

2.4.6	Kategorie č. 6: Náplň dne.....	- 45 -
2.4.7	Kategorie č. 7: Sebeobsluha.....	- 47 -
2.5	Polostrukturované rozhovory	- 49 -
2.5.1	Kategorie č. 1: hygiena.....	- 50 -
2.5.2	Kategorie č. 2: sexualita	- 52 -
2.5.3	Kategorie č. 3: stravování	- 53 -
2.5.4	Kategorie č. 4: individuální plánování.....	- 56 -
2.5.5	Kategorie č. 5: vzdělávání a zaměstnávání klientů	- 58 -
2.5.6	Kategorie č. 6: vzdělávání zaměstnanců.....	- 58 -
2.5.7	Kategorie č. 7: role speciálního pedagoga	- 59 -
3	DISKUZE.....	- 61 -
4	ZÁVĚR.....	- 64 -
5	ZDROJE	- 66 -
6	SEZNAM PŘÍLOH	- 69 -

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

První kapitola teoretické části je věnována mentální retardaci, její etiologii, klasifikaci a specifikům osob s mentálním postižením. Druhá kapitola se zabývá sociálními službami, jejich rozdělení a zejména historií. Další kapitolou je role speciálního pedagoga v sociálních službách, závěr teoretické části je věnován samotné transformaci a Standardům kvality.

Seznam zkratk:

CNS – centrální nervová soustava

DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením

MKN – mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – ministerstvo práce a sociálních věcí

MR – mentální retardace

STD – sociálně terapeutické dílny

TS – týdenní stacionář

1.1 Mentální retardace

Mentální retardace může být determinována celou řadou faktorů a kritérií a proto je velice složité ji definovat. Může být posuzována inteligenčním kvocientem, biologickými faktory, nebo sociálními hledisky, jako například adaptibilitou daného jedince. (Janků, 2010)

„Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl „opožďení (zpomalení) mysli.“ Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické mentální schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách.“ (Slowík, 2016, str. 112) Mentální retardace tedy ovlivňuje mnoha životních oblastí osob s mentálním postižením. Tito lidé mají problémy například i s komunikací, sociální interakcí, pracovním uplatněním apod.

Pojem mentální retardace byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci ve 30. letech minulého století. V letech 1952-1989 se v tehdejší Československu podle Bajo a Vaška vyskytovalo přes dvacet různých termínů pro mentální retardaci. Jsou to například pojmy jako *intelektově vadní, intelektově abnormální, slabomyslní, mentálně nevyvinutí, duševně úchylní* apod. (Janků, 2010).

V našich zemích se v počátku vývoje speciální pedagogiky používal termín *oligofrenie*, kterou Sovák definoval jako poruchu vývoje všech psychických funkcí, nevíce však funkcí rozumových. Je to souhrn četných a leckdy mnohotvárných příznaků, které mají různé příčiny i rozličný základ patologickoanatomický. Většinou jde o následky hrubšího poškození mozku, vzácněji o jiné příčiny (Janků, 2010).

„Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné přizpůsobivosti (Slowík, 2016, str. 112).

Dolejší (1983) definuje mentální retardaci jako vývojovou poruchu integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.

Oproti tomu Krejčířová (1998) definuje mentální retardaci jako závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časně postnatální etiologie, které vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí.

Beirne – Smith (2005) zahrnuje do své definice i příčiny vzniku mentální retardace: *„Mentální retardace je stav charakterizovaný především celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je ovlivňován mnohými faktory. Jsou mezi nimi faktory biologické, psychické a sociální“*

Jak si můžeme na základě předešlých řádků všimnout, definice mentální retardace se u jednotlivých autorů občas značně liší. Proto byla zavedena Mezinárodní klasifikace nemocí, kde je jasně dána definice mentální retardace.

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize je mentální retardace *„stav zastaveného nebo neúplného vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez,*

nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“ (Statistický manuál MKN-10, 2013) Ve zbytku práce budeme pracovat s touto definicí.

Také terminologie mentální retardace se často mění, což je způsobeno mimo jiné tím, že používané slovo po nějakém čase získá u majoritní společnosti pejorativní zabarvení. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Ve vymezení rozdílu mezi pojmy *mentální retardace* a *mentální postižení* se autoři často rozcházejí. Valenta, Müller (2004) uvádějí, že mentální postižení je pojem nadřazený mentální retardaci, kdy jedinci s mentálním postižením jsou lidé s IQ pod 85, zatímco u lidí s mentální retardací je hranice IQ 70. Oproti tomu podle Černé, Zemkové a Novotného (1982) jsou pojmy mentální retardace a mentální postižení synonymy.

1.1.1 Etiologie mentální retardace

Lidé pátrají po příčinách mentální retardace již od počátků vývoje společnosti. V minulosti byla mentální retardace přisuzována například různým nadpřirozeným jevům, odmítání bohů, trestům pro matky a otce, psychickému strádání, šílenství nebo naopak daru věčného dětství. (Janků, 2010). V dnešní době však můžeme vzhledem k pokročilosti medicíny mnoho faktorů odhalit. Díky tomu je také možné do určité míry mentálnímu postižení předejít a snížit procentuální zastoupení lidí s tímto defektem. Přesto je však podle Janků u 80% případů původ neznámý. (Janků, 2010).

Příčin vzniku mentálního postižení je celá řada. Vždy se ale jedná o organické či funkční poškození mozku. Mentální retardací tedy není stav, kdy je mentální opoždění způsobeno nepodnětným či patologickým sociálním prostředím. Dříve byl tento pojmenováván jako *pseudooligofrenie*. Na rozdíl od organického či funkčního poškození mozku lze u pseudooligofrenii mentální úroveň jedince výrazně zvýšit, nebo dokonce i normalizovat. (Slowík, 2016)

Důvodem nejednoznačného původu vzniku může být i fakt, že se jedná o multifaktoriální etiologii, kdy je pravděpodobných příčin hned několik. Jednoznačně lze etiologii popsat ve chvíli, kdy se jedná například o mentální retardaci způsobenou genetickými poruchami, jako jsou genové mutace či chromozomální odchylky. Mezi nejznámější genetickou poruchu patří trizomie 21. chromozomu, tedy Downův syndrom, který je také spojen s mentální retardací. Dalšími syndromy způsobenými genetickými odchylkami mohou být Turnerův a Klinefelterův syndrom. Dále lze určit jasný původ ve chvíli, kdy se jedná o mentální retardaci způsobenou metabolickými poruchami (např.

fenylketonurie), intoxikací (např. fetální alkoholový syndrom) nebo o následky traumat (např. hypoxie, asfyxie). (Slowík, 2016)

Ke snížení již dosažené mentální úrovně může dojít následkem úrazu hlavy, nemoci, nebo po nezbytných operačních zákrocích. (Slowík, 2016) O mentální retardaci však mluvíme pouze v případě, že dojde k poškození CNS do 18. – 24. měsíce věku. (Švingalová, 2003)

Základním dělením faktorů ovlivňujících vznik mentálního postižení je rozdělení na **endogenní a exogenní**.

- **Endogenní faktory vzniku mentální retardace**

Mezi nejčastější endogenní, tedy vnitřní, příčiny vzniku mentální retardace patří již výše zmíněná genetika. Genetická výbava jedince je ovlivňována jak dědičností, tak náhlou spontánní mutací v průběhu prenatálního vývoje. Kateřina Janků uvádí, že lehká mentální retardace je většinou důsledkem zděděné inteligence a vlivu rodinného prostředí. (Janků, 2010).

Franiok ovšem uvádí, že díky využívání prenatální diagnostiky lze velké množství anatomicko-fyziologických vad objevit již v raném stádiu těhotenství. Díky tomu bylo také odhaleno, že větší rizikovost je u žen nad 35 let. (Franiok, 2005)

- **Exogenní faktory vzniku mentální retardace**

Exogenní faktory můžeme rozlišovat například podle toho, v jaké fázi vývoje na mozek a CNS působily. Jedná se o fáze **prenatální, perinatální a postnatální**.

Mezi **prenatální** příčiny můžeme řadit chemické látky, které se k plodu dostávají skrze matku. Jsou jimi například alkohol, kouření, abúzus drog, medikace. Do této kategorie patří také onemocnění matky, jako třeba zarděnky, toxoplazmóza, syfilis. Dalšími teratogenními faktory působícími nepříznivě v době těhotenství jsou rentgenové paprsky, ultrafialové záření či laser. (Janků, 2010). Největší pravděpodobnost vzniku mentální retardace v prenatálním období je ve 3. – 10. týdnu, kdy je mozek nejcitlivější na působení teratogenních faktorů. V tomto období dochází například ke vzniku mikrocefalie, anencefalie či hydrocefalie. (Švingalová, 2003)

Černá uvádí jako **perinatálními** příčiny například nízkou porodní hmotnost, nezralost, hypoxii, porodní úraz, následky klešťového porodu, respirační nouzi nebo překotný či protahovaný porod. (Černá, 2008)

A **postnatálními** jsou takové faktory, které na dítě působí v období raného vývoje, tedy přibližně do dvou let. Patří sem mimo jiné i sociální vlivy, jako třeba psychosociální deprivace neboli dlouhodobé strádání a neuspokojování potřeb dítěte. Existuje také řada různých onemocnění, které v postnatálním věku způsobují mentální retardaci. Díky velkému rozvoji medicíny však dochází k ústupu těchto onemocnění, nebo minimálně zmírnění následků (Janků, 2010). Švingalová uvádí, že čím dříve dojde u dítěte k nějaké otravě, úrazu, zánětu apod., tím horší mohou být následky. (Švingalová, 2003)

1.1.2 Klasifikace mentální retardace

V Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize je mentální postižení zařazeno v 5. kapitole, tedy mezi poruchy duševní a poruchy chování. Konkrétně se jedná o F70 – F79, kde jsou popsány jednotlivé stupně mentální retardace.

Stupeň mentální retardace je obvykle měřen pomocí standardizovaných testů inteligence, které však mohou být nahrazeny škálami určujícími stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Měření škálami určují stupeň mentální retardace pouze přibližně. Diagnóza také závisí na všeobecných intelektových funkcích, které určí školení diagnostik. (Statistický manuál MKN-10, 2013)

V ČR je ještě používána MKN 10. revize, kde je mentální retardace dělena na tyto stupně:

- **F70 – Lehká mentální retardace**

„IQ se pohybuje přibližně mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let).“ (Statistický manuál MKN-10, 2013)

Děti s lehkým mentálním postižením mají často opožděný vývoj řeči (Bendová, 2015) Tento stav zapříčiňuje problémy se školní výukou. (Statistický manuál MKN-10, 2013). Jedinci s lehkým mentálním postižením jsou však schopni dosažení základního vzdělání a následně mohou studovat střední školu. Zpravidla však studují zejména na odborných a středních odborných učilištích. V dospělosti jsou schopni integrace na volném trhu práce a udržují sociální vztahy a rodinný/partnerský život. Mentální retardace však může ovlivňovat kvalitu těchto vztahů i jejich pracovní morálky (Bendová, 2015)

- **F71 – Středně těžká mentální retardace**

„IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let)“ (Statistický manuál MKN-10, 2013)

Střední mentální retardace se projevuje zřetelným vývojovým opožděním v dětství. Většina osob s tímto stupněm postižení je však schopna dosáhnout určité hranice

nezávislosti a soběstačnosti. Zvládnou přiměřeně komunikovat a dosáhnout určité úrovně školních dovedností. Pro dospělé osoby je však potřeba zajistit přiměřenou míru podpory k práci a činnosti ve společnosti. (Statistický manuál MKN-10, 2013)

„Vedle mentálního postižení se u jedinců se středně těžkou mentální retardací objevují i postižení somatická a epilepsie. U střední mentální retardace se lze setkat s osobami, které jsou schopny vést dialog, osvojit si schopnost číst, psát, počítat, ale i s osobami, které komunikují na úrovni 1-2slovných vět, v jejich mluvním projevu se objevují agramatismy, řeč je obsahově chudá, výrazně narušená v rovině foneticko-fonologické.“
(Bendová, 2015)

- **F72 – Těžká mentální retardace**

„IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Tento stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.“ (Statistický manuál MKN-10, 2013)
Často se objevují i somatická a smyslová postižení či epilepsie. Neuropsychologický vývoj je celkově omezený. Jedinci s těžkou mentální retardací mají často sklony k sebepoškozování. Komunikace většinou probíhá nějakou alternativní neverbální formou. (Bendová, 2015)

- **F73 – Hluboká mentální retardace**

„IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.“ (Statistický manuál MKN-10, 2013) Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou zpravidla zcela závislí na péči okolí. Ve spojitosti s tímto postižením jsou osoby často imobilní a inkontinentní. Vyskytují se zde také často somatická postižení a smyslové vady. (Bendová, 2015)

- **F78 – Jiná mentální retardace**

Jedná se o mentální retardaci, kdy není možné kvůli dalším přidruženým sensorickým nebo somatickým poškozením určit stupeň inteligence. Dále se tato diagnóza používá u jedinců s těžkými poruchami chování. (Švingalová, 2003)

- **F79 – Neurčená mentální retardace**

Mentální retardace je sice prokázána, ale není zjištěno dostatečné množství informací, aby bylo možno zařadit jedince do jedné z konkrétních kategorií. (Švingalová, 2003)

1.1.3 Psychické zvláštnosti osob s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením by nemělo charakterizovat jejich postižení a měli bychom ve vztahu k nim přemýšlet zejména nad tím, že každý je jedinečná bytost s individuálními vlastnostmi a prožíváním. S tímto vědomím bychom k nim měli vždy přistupovat. Znamená to tedy, že přístup, který bude vyhovující u jednoho klienta, nemusím vyhovovat ostatním a naopak. A stejné je to i s psychickými zvláštnostmi osob s mentálním postižením. Každý jedinec má naprosto jedinečnou kombinaci vlastností. Vývoj psychiky je determinován dvěma hlavními faktory – dědičností a vnějším prostředím. Základní podmínkou pro psychický vývoj je učení. Jedinci s mentálním postižením mají nejen časově opožděný duševní vývoj, ale také strukturálně. Není proto možné automaticky přiřazovat jedince s mentálním postižením k mladšímu jedinci. (Valenta, Müller, 2004). Z tohoto důvodu bychom se k dospělým jedincům s mentálním postižením neměli chovat tak, jako by to byly děti. Jejich myšlení se sice v určitém směru připodobňuje k dětskému věku, ale stále mluvíme s dospělými osobami.

„Jedním z hlavních deficitů u dětí s mentálním postižením je jejich snížená potřeba poznávat okolní svět. Je to způsobeno tím, že v okamžiku narození dítěte se mozková kůra stává aktivní, byť ještě neukončila své formování ani po stránce anatomické, tím méně po stránce funkční. Všechny orgány se rozvíjejí v průběhu své činnosti, také mozek se rozvíjí, pokud na něj působí stále nové podněty, které vyvolávají reaktivní činnost mozkové kůry.“ (Švarcová-Slabinová, 2006) Pokud má tedy dítě menší potřebu poznávat okolní svět, ubírá tak mozek o potřebné podněty.

Dalším rozdílem mezi intaktními dětmi a dětmi s mentálním postižením jsou časté problémy s rozvojem komunikativních schopností. Tyto nedostatky se projevují i v rodině, kdy rodiče a příbuzní často dítěti špatně rozumí. Výraznější je to ale v komunikaci s vrstevníky, kteří dítě nechápou a nastávají tak i problémy s navazováním přirozených sociálních vztahů. Tento jedince je často vylučován z kolektivu, ostatní děti si s ním nehrají, ignorují ho, nebo se mu i posmívají a šikanují ho. Dítě s mentálním postižením si svou odlišnost často uvědomuje a může to tedy spustit celou řadu přidružených komplikací. (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010) Z výše zmíněných důvodů mají tyto děti často nedostatky v sociální adaptaci. (Vágnerová, 1999)

Zvláštnosti osob s mentálním postižením se projevují i v kognitivních funkcích. Například ve **vnímání**. Základem vnímání je utváření podmíněných reflexů. U dětí s mentálním

postižením se tento proces děje pomaleji a to v závislosti na stupni mentální retardace. Nové podmíněné spoje se nejen vytvářejí pomaleji, ale bývají také velice křehké. Touto zvláštností lze vysvětlit pomalé tempo učení dětí s mentální retardací (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010) Valenta, Krejčířová (1997) uvádí, že u dětí s mentální retardací dochází kromě zpomalení tempa učení například i k nedostatečnosti prostorového vnímání, sníženou citlivostí hmatových vjemů, špatné koordinaci pohybu apod.

Tyto děti se spokojí s povrchním poznáním věcí a nepotřebují je zkoumat do detailů. Jejich vnímání je zpomalené a rozsah zúžený. Valenta, Krejčířová (1997) uvádí, že u jedinců s mentální retardací dochází také ke sníženému časoprostorovému, hmatovému, sluchovému a zrakovému vnímání a nedostatečné koordinaci pohybů.

Deficity v **myšlení** vznikají již v souvislosti s řečí. Kvůli špatné tvorbě spojů sluchových analyzátorů se objevují problémy v rozvoji fonemického sluchu. U těžších forem mentální retardace se řeč nerozvine vůbec. (Valenta, Krejčířová, 1997) Dítě tedy slyší, ale nerozumí tomu. Tyto potíže jsou pak prohloubeny zpomaleným vývojem artikulace. Slovní zásoba dětí s mentálním postižením je také výrazně menší, než u zdravých jedinců. Stavba vět bývá nedokonalá. Narušená je v oblasti myšlení zejména poznávací činnost. (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010) U „*Rozvoj myšlení naráží na omezené zásoby sluchových i zrakových představ, neuspokojivé zacházení s předměty, omezená a problémová komunikace*“ (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010). Proto se u jedinců s mentálním postižením často používají komunikační karty, které dítěti pomohou například lépe si spojit slovo s předmětem. Děti se středním a těžším mentálním postižením mají problém v abstraktním myšlení. Často nepřemýšlí nad důsledky svého jednání a nejsou schopni vidět chyby, nepochybují o správnosti svých domněnek. Problémem je také časová posloupnost. Přesto, že zvládají jednotlivé dílčí kroky úkolu, jako celek jim může dělat problém. Jejich myšlení je stereotypní, rigidní a často lpí na určitém, vždy stejném způsobu řečení. (Vágnerová, 1999)

Časté jsou u osob s mentálním postižením výkyvy **pozornosti** související i s rychlou unavitelností. Záměrnou pozornost jsou schopni udržet jen na omezenou dobu, proto je důležité, aby po ní následoval odpočinek. (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010)

Problémem žáků s mentálním postižením bývá také **paměť**. Mají tendenci zapamatovat si učivo mechanicky, bez jeho porozumění. Paměť je tedy mechanická a s malou kapacitou. Jedinci si znalosti osvojují pomalu a naučené rychle zapomínají. (Vítková

1992). To souvisí s již zmíněnou nedostatečnou představivostí, kdy děti nemají ani snahu dávat věci do souvislostí. Také jim trvá delší dobu, než si věci zapamatují, naopak zapomínání je rychlejší, což je způsobeno rychlým vyhasínáním podmíněných spojů. Důležité je proto intenzivnější opakování nabytých vědomostí. (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010)

Volní vlastnosti jsou další, které jsou mentálním postižením ovlivněny. Většina lidí s mentálním postižením má sníženou funkci volných vlastností (hypobulii), někteří je však nemají vůbec (abulie) (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010). *„Poruchy vůle se projevují nesamostatností, nedostatkem iniciativy, omezenou možností řídit vlastní jednání, neschopností překonávat překážky. Všechny tyto projevy jsou projevem nezralé osobnosti. Jedinci s mentálním postižením vykazují nedostatky iniciativy a nejsou schopni řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíli* (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010) Lidé s mentálním postižením mají většinou sníženou míru vnitřní motivace, a proto je potřeba jim k činnostem dát motivaci vnější.

V neposlední řadě se u osob s mentálním postižením objevují problémy v **emocionálním vývoji**, který bývá také značně opožděn. Komplikované jsou v tomto ohledu neznámé osoby, prostředí nebo jiné podněty, které u nich často vyvolávají strach a nepřiměřené, často panické reakce. Pro intaktní společnost jsou často podněty vyvolávající tyto reakce neadekvátní a nepochopitelné. Časté je také rychlé střídání nálad. (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010). Emoce mají v životě dětí s mentálním postižením mimořádný význam a patří k nejvýznamnějším motivačním činitelům jejich vývoje. (Franiok, 2005). Prožívání pozitivních emocí výrazně ovlivňuje kvalitu jejich života. (Franiok, Kaleja, Zezulková, 2010). U dětí s MR jsou časté poruchy přizpůsobení, emoční poruchy, vysoká úzkost či deprese. Tyto jedinci mají nízkou frustrační toleranci a snadněji tak podléhají panickým, agresivním či únikovým reakcím, pomocí kterých se vyrovnávají s frustrací. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

1.2 Historie sociálních služeb

Sociální služby jsou služby, které jsou poskytovány společensky znevýhodněným lidem. Jejich cílem je těmto osobám zvýšit kvalitu jejich života, začlenit je do života společnosti, chránit je před různými riziky apod. Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby

mohou výt v ČR obce, kraje, MPSV nebo nestátní neziskové organizace. (Matoušek, 2011)

První forma sociálních služeb se na našem území objevila v raném středověku, kdy bylo křesťanství přijato za státní náboženství, a byla zřízena církev. Společně s křesťanstvím se do evropských zemí dostala příkázání jako pomoci chudým, konání dobrých skutků, či poskytování almužen. Tato pomoc chudým však neměla žádná právní ustanovení. Pomoc většinou probíhala formou poskytování přístřeší, stravy a základní zdravotnické péče. (Matoušek, 2011).

V rámci křesťanství také vznikaly takzvané *řády*, které se dále soustředily na pomoc chudým a nemocným. Jedním z prvních a nejvýznamnějších byl řád sv. Františka, který vznikl ve 13. století. (Matoušek, 2011)

Církev se tedy již ve středověku určitým způsobem starala o chudé, můžeme proto hovořit o počátcích sociálních služeb. Zatímco ze strany státu se tito lidé žádné pomoci nedočkali. Stát vnímal chudé lidi jako hrozbu, a proto byly osoby, které se nějakým způsobem vymykaly normě, vylučovány ze společnosti. Docházelo k vyhánění od sídel a ukládání nepřiměřených sankcí. Tento osud čekal na nemajetné lidi, žebráky, tuláky, cizince, cikány, ale například i duševně nemocné lidi a lidi s nakažlivými nemocemi. (Matoušek, 2011)

Podobné praktiky byly známy ještě z doby renesanční, kdy bylo běžné například vypouštění tuláků, chudých a bláznů na lodi, které pak pluly od města k městu. V rámci veřejné zábavy také bylo zvykem tyto lidi vymrskávat z města. Na rozdíl od křesťanské pomoci, která v té době nebyla nijak právně podložena, tyto praktiky své místo v zákoně měly. (Matoušek, 2011)

Prvními právními dokumenty, které ukládaly obcím povinnost pomáhat svým chudým praceneschopným obyvatelům, byl Kodex chudých z roku 1597 a Chudinské zákony z roku 1601. Tyto první právní předpisy vydala anglická královna Alžběta I. a platily na celém území státu. (Matoušek, 2011)

Později se tato politika rozšiřovala i do dalších evropských států. Důležité však bylo rozdělování chudých na *práceschopné* a *práceschopné*. Práceschopní byli umisťováni do donucovacích pracoven, zatímco praceneschopným byla poskytnuta základní péče. Tedy například přístřešek a souhlas k tomu, aby mohli žebrat (Matoušek, 2011).

Přibližně v 17. století začali postupně vznikat služby ústavního charakteru. Zpočátku však byly nediferencované a žili zde na jednom místě chudí, staří, nemocní, tuláci, žebráci, děti a mládež apod. Na činnost těchto ústavů měl dohlížet sbor složený z několika pověřených osob. Ve výsledku však ale o všem rozhodoval jejich správce, který měl rozsáhlé pravomoci. Mohl tak rozhodovat i o používání fyzických trestů či vězení. (Matoušek, 2011).

Na přelomu 18. a 19. století již začala vznikat velká zařízení s určitým zaměřením. Jednalo se například o sirotčince, blázince, starobince, chudobince aj. Zde se již o znevýhodněné starali zaměstnanci. (Matoušek, 2011)

Na našem území byla péče o chudé legislativně upravena až v 19. století, kdy vzniklo takzvané *domovské právo*. Jednalo se o právní vztah mezi obcí a jejími obyvateli. Obce a města tak měla povinnost postarat se o jejich obyvatele (obecní zřízení č. 170/1849) a dobročinné ústavy (obecní zákon č. 18/1962).

„Po vzniku Československé republiky v roce 1918 došlo k tzv. *recepti rakousko-uherského práva, tedy k převzetí velkého množství rakousko-uherských předpisů do právního řádu ČSR*“ (Matoušek, 2011). Péče o chudé u nás v té době byla poskytována až v případě krajní nouze. Jako první se měla postarat rodina či jiné systémy veřejného zabezpečení. Postarat se o ně dále mohly různé spolky, fondy nebo soukromoprávní subjekty. Až pokud člověk nemohl být zabezpečen za pomoci těchto zdrojů, vznikla povinnost správních orgánů poskytnout mu potřebnou péči. V případě, že by například jedinec onemocněl na území jiné obce, než jeho domovské, vznikla povinnost hostitelské obce se o něho postarat. Později však mohla využít *regresního práva*, tedy požádat domovskou obec o náhradu nákladů na poskytnutou péči. (Matoušek, 2011)

Finanční podpora však nebyla v té době jedinou formou pomoci chudým. Ustanovení §12 chudinského zákona umožňovalo obci umístit chudého, jehož pobyt v obci byl nebezpečný, do veřejného či soukromého ústavu (Matoušek, 2011).

Ústavní péče byla za dob první republiky nejčastější formou poskytování sociální služby. Vzhledem k celé historii přístupu k chudým a nemocným se jednalo o obrovský pokrok. Na rozdíl od dřívějšího represivního přístupu zde již byla znevýhodněným jedincům poskytována komplexnější péče.

Jedny z nejvýznamnějších a nejmodernějších ústavních zařízení tehdy byly Masarykovy domy – sociální ústav hlavního města Prahy v Krči (nyní Thomayerova fakultní

nemocnice). „V jejich areálu se nacházelo 6 starobinců (celkem 1200 lůžek), 1 ústav pro 100 manželských párů a 4 chudobince (celkem 800 lůžek). Během let 1928-1940 byly ještě přistavěny další pavilony včetně ambulancí a operačních sálů. Po dokončení měly ústavy celkem 3256 lůžek, z toho 1278 starobineckých, 1432 chudobineckých a 546 lůžek pro děti.“ (Matoušek, 2011)

V době první republiky také vznikalo takzvané soukromé chudinství, které provozovaly především dobročinné spolky a humanitární organizace. Soukromé chudinství bylo také podporováno legislativně, konkrétně ustanovením §29 chudinského zákona nařizovalo obcím, aby podporovaly zřizování pomocných a bratrských pokladen a dobrovolných ústavů. (Matoušek, 2011)

Nejvýznamnějšími chudinskými spolky té doby byly: Společnost Čs. Červeného kříže, organizace Okresních péčí o mládež, Masarykova Liga proti tuberkulóze. V tomto období se také velice rozvíjely specializované poradenské služby. (Matoušek, 2011)

V roce 1948 byla přijata Valným shromážděním Všeobecná deklarace lidských práv, která zajišťovala rovná práva všem, bez rozdílu rasy, pohlaví, náboženství, sociálního původu, majetku aj. V článku 22 se píše, že „každý člověk má jako člen společnosti právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a svobodnému rozvoji jeho osobnosti.“

První bod 25. článku zní takto „Každý má právo na životní úroveň přiměřenou zdraví a blahobytu jeho i jeho rodiny, čítajíc v to potravu, šatstvo, bydlení, lékařskou péči a nezbytné sociální služby; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při pracovní nezpůsobilosti, při ovdovění, v stáří nebo v ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalé v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli.“ (Usnesení č. DE01/48 Valného shromáždění OSN, Všeobecná deklarace lidských práv, 1948)

Tato deklarace změnila princip poskytování sociální služby. V letech před přijetím deklarace byly sice jednotlivé orgány povinny péči poskytovat, ale nebylo nikde určeno, kdo na ni má právo. Po přijetí deklarace získává nárok na sociální ochranu každý, kdo je nějakým způsobem znevýhodněn. (Matoušek, 2011)

Po únorovém převratu roku 1948 nastala v Československu změna koncepce sociálního zabezpečení. Byl zrušen institut sociálního práva, který byl nahrazen institutem československého občanství (zákon č. 174/1948 Sb.). Přijetím tohoto zákona přepadla

povinnost starat se o znevýhodněné občany z obcí na stát. V roce 1956 pak byl přijat další zákon týkající se sociálního zabezpečení, který již převedl téměř veškerou sociální péči na stát. Jednalo se o zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. Jediné, kde umožňoval tento zákon jinou činnost, než státních orgánů, byla ústavní péče. *„Ustanovení § 62 zákona 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, umožnilo zřizování, provozování a udržování ústavů sociální péče též dobrovolným organizacím, církvím a náboženským společnostem, podnikům a jednotným zemědělským družstvům. Dozor nad nimi vykonával Státní úřad sociálního zabezpečení (Matoušek, 2011)*

Již v roce 1964 byl přijat další zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení. Tento zákon kladl důraz zejména na přednost péče ze strany rodiny či poskytování věcných dávek před dávkami peněžitými. Zatímco v předchozím zákoně 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, se jednalo pouze o ústavní péči, stejnojmenný zákon z roku 1964 již umožňoval poskytování pečovatelských služeb, pomůcek k odstranění, zmírnění nebo překonání následků a jejich poškození, nebo peněžitých příspěvků. V tuto chvíli již však veškerou péči poskytoval stát a žádní jiní zřizovatelé ústavů sociální péče již v zákoně nebyli uvedeni. (Matoušek, 2011).

Dalším navazujícím zákonem byl zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení, který již popisovalo pojem *sociální péče* téměř shodně s dnešními zákony.

Poté byl přijat zákon 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, který platil až do roku 2011, na který navazuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.

Přesto, že od počátku devadesátých let docházelo na našem území k velkým změnám, možnosti využití sociálních služeb byly značně omezené. Jednalo se prakticky pouze o ústavní péči či pečovatelskou službu. Jiné služby sice v malém množství existovaly, neměly však žádnou právní úpravu. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

1.2.1 Současné druhy sociálních služeb

Sociální služby se mohou dělit podle různých kritérií. Nejčastěji užívaným je však rozdělení na služby pobytové, ambulantní a terénní. Při ambulantní formě klient dochází v pravidelných intervalech do služby, není zde však ubytován. Jedná se například o denní stacionáře, sociálně aktivizační služby, odborné poradenství apod. Terénní forma poskytuje sociální službu přímo v přirozeném prostředí klienta. Je to například osobní asistence, pečovatelská služba, nebo třeba raná péče. Pobytová služba, která nás pro

účely této práce zajímá nejvíce, se dále může dělit například podle délky pobytu. Jsou to například týdenní stacionáře, víkendové odlehčovací služby, celoroční domovy pro osoby se zdravotním postižením apod. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018) V této kapitole jsou rozepsány některé služby, které poskytují zařízení z výzkumného šetření. Všechny tyto služby jsou legislativně upraveny v zákoně o sociálních službách.

- Domov pro osoby se zdravotním postižením

Jedná se o celoroční pobytovou službu. V rámci služby je tedy zajištěno ubytování, strava, pomoc při zvládnutí úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při hygieně, výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při uplatňování práv apod. Poskytovatel sociální služby zde zajišťuje i zprostředkování dalších externích služeb, jako je kadeřnice, pedikúra, nákupy oblečení a drogerie apod. Dohled je v této sociální službě nepřetržitý.

- Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je také pobytová služba, která je však poskytována od pondělí do pátku, přičemž na víkendy jezdí uživatelé k opatrovníkům. Jsou zde zajištěny stejné činnosti, jako v DOZP, pouze s tím rozdílem, že oblečení, kadeřnictví, doktory apod. zajišťuje opatrovník.

- Denní stacionář

Jedná se o ambulantní sociální službu, tedy bez možnosti ubytování. Klienti sem docházejí během týdne, přičemž zde probíhají různé výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

- Odlehčovací služba

Odléhčovací služba je dočasná pobytová služba, která přináší úlevu lidem dlouhodobě pečujícím o člověka s postižením. Jsou zde poskytovány stejné úkony jako v TS, pouze s menším časovým rozsahem.

- Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba, která je v současné době nejpodobnější běžnému způsobu života. Cílem této služby je příprava jedince s postižením na samostatné bydlení, či poskytnutí života podobného majoritní společnosti. Klienti jsou zde vedeni k maximální možné soběstačnosti. Uživatelé si tedy zajišťují většinu úkonů spojených s péčí o vlastní osobu sami, s dohledem či dopomocí asistenta.

1.3 Transformace sociálních služeb

Kvůli totalitní éře se v České republice, stejně jako v dalších postkomunistických zemích, přistoupilo ke změnám v otázkách lidských práv s velkým zpožděním oproti ostatním evropským zemím. „*Vývoj humanizace společnosti a antidiskriminačních opatření začal v Evropě již v období po druhé světové válce.*“ (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007*)

Přesto, že zájem o kvalitu sociálních služeb ve světě se začal rozvíjet již okolo 20. let 20. století, v západoevropských zemích se tento zájem projevoval až od 80. let 20. století. V ČR můžeme hovořit o rozvoji kvality až na přelomu 20. a 21. století, přičemž první úpravy související s přeměnou systému sociální ochrany nastaly v Československu až okolo roku 1990, kdy byl připraven Scénář sociální reformy. (Malík Holasová, 2014). Kromě jiného se přepokládala v tomto programu změna celého tehdejšího systému sociální péče v modernější formu. Ze stanovených cílů byl však naplněn pouze jeden a to přijetí zákona o životním minimu a zákona o sociální potřebnosti v roce 1991. Co se týče samotné sociální péče, tam byly snahy o reformu méně úspěšné. Přesto, že se na legislativních změnách začalo pracovat již v roce 1994, k přijetí nových právních předpisů došlo až v roce 2006. (Matoušek, 2011)

V souvislosti se změnami po roce 1989 nastaly velké změny i v oblasti sociálních služeb. Došlo k velkému nárůstu počtu neziskových nestátních organizací, pro které nebyla dostatečná právní úprava. Většina těchto zařízení byla založena jako občanská sdružení, pro která neplatily povinnosti jako vydávat výroční zprávy či nechávat provádět audit svého hospodaření s penězi. Mimo to také nebyla tato sdružení povinna zaměstnávat pracovníky s určitou mírou kvalifikace. (Matoušek, 2011) To vše se změnilo až roku 2007 přijetím zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Hlavním cílem těchto nových právních úprav je, aby byly vytvořeny podmínky pro uspokojování potřeb lidí, kteří si je nezvládnou prosadit sami. Zákon o sociálních službách definuje základní rámec k zajištění podpory a pomoci potřebné v určité nepříznivé sociální situaci. Jedná se o nabídku takových činností, které jsou důležité pro sociální začlenění osob a vytvoření jim takových podmínek pro život, které budou srovnatelné s majoritní společností. (Valenta, Michalík, Lečbych, 2018)

Transformace, neboli deinstitucionalizace sociálních služeb, je proces, při kterém se původní ústavní zařízení pro osoby se zdravotním postižením nahrazují jinými formami sociálních služeb. Cílem tohoto procesu je osobám se zdravotním postižením zvýšit kvalitu života a umožnit jim žít běžný život, co nejvíce srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Celý tento proces zajišťuje, kontroluje a realizuje Národní centrum podpory transformace sociálních služeb.

Za první právní náznak transformace sociálních služeb můžeme považovat již vznik Bílé knihy v roce 2003 vydané MPSV. Tento dokument kladl důraz na zachování pomoci v přirozeném prostředí daného klienta, snahu o sociální začleňování a zapojení všech aktérů. Vznik zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách poté proběhl v souladu s Bílou knihou i dalšími právními dokumenty, jako například Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, Evropskou sociální chartou apod. (Malík Holasová, 2014)

„Hlavní priority procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb byly vyjádřeny v dokumentu „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127.“ (MPSV, Transformace sociálních služeb, 2020)

Během deinstitucionalizace tedy dochází k řízenému rušení ústavní péče a rozvoji jiných služeb, které jsou převážně komunitní. Takové sociální služby jsou více orientovány na individuální potřeby klientů a na jejich sociální začleňování. (MPSV, *Transformace sociálních služeb*, 2020)

1.3.1 Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb

Hlavním cílem tohoto programu je podpořit poskytovatele a zřizovatele pobytových sociálních služeb v procesu humanizace služeb. Reaguje tak na vývoj v oblasti sociálních služeb a je jedním z nástrojů uplatnění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podporuje poskytovatele v zajištění takové péče o znevýhodněné osoby, která v co nejvyšší možné míře odpovídá životu jejich vrstevníků v přirozeném prostředí. (MPSV, *Koncepte podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, 2007) Zákon o sociálních službách byl tedy velmi důležitý pro skutečný rozvoj sociálních služeb. MPSV tak začalo prosazovat samotnou deinstitucionalizaci a

transformaci sociálních služeb a to mimo jiné pomocí Standardů kvality. (Malík Holasová, 2014)

„Materiál koncepce podpory transformace deklaruje zájem státu na směřování vývoje sociálních služeb v České republice do podoby odpovídající vyspělým státům EU a definuje jednotlivé aktivity podpory transformačního procesu.“ (MPSV, Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007) Hlavním cílem výše zmíněných aktivit je podpora sociálních služeb ve směřování k poskytování takových služeb, které kladou důraz na individuální potřeby každého klienta. Jedním z největších témat zvyšování kvality sociálních služeb je celoživotní vzdělávání zaměstnanců sociálních služeb a zajištění kvalitních supervizí. (Malík Holasová, 2014)

„Předpokladem úspěchu procesu transformace je osvěta u veřejnosti i samotných uživatelů, aktivní spolupráce účastníků procesu, uživatelů služeb, zařízení ústavní sociální péče, obcí, krajů a resortů a v neposlední řadě vzdělávání pracovníků sociálních služeb. Tyto aktivity musí být v potřebné míře doprovázeny metodickou a finanční podporou státu a dalších institucí veřejné správy. Je nutné zdůraznit, že transformace je ovšem otázkou přirozeného vývoje a volby jednotlivých zařízení a při plánovaných změnách je nutné přihlížet ke specifikům pobytových služeb v každém jednotlivém zařízení“ (MPSV, Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007) Zejména z důvodu dobrovolnosti míry tohoto procesu je potřeba podporovat poskytovatele sociálních služeb v tom, aby sami chtěli svou činnost směřovat k co největší možné úrovni naplňování individuálních potřeb každého uživatele.

V dokumentu Koncepce podpory transformace z roku 2007 se uvádí, že poměr pracovníků na uživatele je 1:1,5. Bohužel jsou do tohoto poměru započítáni úplně všichni zaměstnanci, včetně administrativních pracovníků, uklízeček, kuchařek aj. V reálu tedy připadá na jednoho zaměstnance v přímé péči přibližně 3 až 15 klientů. Co se vzdělání týče, tak v roce 2007 mělo 69 % pracovníků v přímé péči dosaženo pouze základní vzdělání, které bylo doplněno pouze kurzy. V souvislosti s nízkým počtem personálu a jeho malé kvalifikovanosti se často hovoří o tzv. materiálním způsobu péče. To znamená,

že jsou zajištěny pouze základní fyziologické a hygienické potřeby uživatelů. Počet sociálních pracovníků v ústavní péči je velice nízký a často jsou zaměstnáváni pouze v managementu zařízení, tedy nikoli v přímé péči o uživatele. (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007*)

Vzhledem k těmto statistikám je více než zřejmé, že změna ve struktuře sociálních služeb byla nutná. Nízký počet pracovníků v přímé péči a jejich nízká vzdělanost má totiž přímý vliv na kvalitu života klientů.

Cílem transformace ústavní péče pro osoby se zdravotním postižením bylo vytvořit síť služeb, které budou umožňovat život v přirozeném prostředí a minimalizovat ústavní péči, která separuje lidi s postižením od majoritní společnosti. Tento proces znamenal zejména podporu terénních a ambulantních služeb a humanizaci stávajících pobytových zařízení a jejich postupné rozšiřování o přijatelnější formy těchto služeb. Jedná se například o chráněná bydlení a služby podpory samostatného bydlení. (Malík Holasová, 2014)

Humanizace ústavních pobytových zařízení znamená zejména vnímání každého klienta jako individuální bytosti. Důležitý je v tomto ohledu rozdíl mezi *péčí* a *podporou*. V ústavní péči, jak už název napovídá, se jednalo zejména o poskytování péče. Přehnaná péče však může člověka degradovat a může dokonce zvýšit jeho závislost na pečovateli. Zatímco *přiměřená podpora* vede jedince k využití a rozvíjení jeho vlastních schopností. Míra podpory by tedy měla odpovídat skutečné potřebě daného člověka. Neméně důležitým krokem v tomto procesu je komplexní analýza, tedy prověření stávajících diagnóz a medikace. Na základě této analýzy je vytvořen plán péče a podpory. (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007*) Klient je dle tohoto nového konceptu vnímán jako zákazník, který je zde vnímán podobně jako v tržním sektoru, nikoli pouze jako pasivní účastník, který nedokáže posoudit svou situaci a nemá informace o možnostech pomoci. Hlavním cílem kvality je zde tedy zejména spokojenost tohoto zákazníka. (Malík Holasová, 2014)

Plán péče je odrazem osobní představy uživatele o vlastním životě a jeho individuálních potřeb, které jsou v souladu se sociálním začleňováním a podpory běžného způsobu

života. Klient je tedy vnímán jako aktivní zákazník, který zná své možnosti a potřeby. (Malík Holasová, 2014)

Aby byly podmínky pro bydlení v pobytových sociálních službách co nejvíce podobné běžnému životu, je potřeba v první řadě snížit kapacitu těchto zařízení. Dalším faktorem individuálního přístupu k uživatelům je personální zajištění, které zahrnuje nejen pečlivý výběr zaměstnanců, ale i jejich další vzdělávání a udržení dobré atmosféry v týmu.

1.3.2 Zákon o sociálních službách a standardy kvality

Aktuálně jsou nejstěžejnějšími právními dokumenty o poskytování sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Výše zmíněný zákon o sociálních službách je prvním zákonem, který dodržuje princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele. To pomáhá k tomu, aby sociální služby volili pouze lidé, kteří je opravdu potřebují a to v takové míře, ve které potřebují. (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007*) Přílohou č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, jsou Standardy kvality sociálních služeb. Ty jsou doporučované MPSV od roku 2002, závazným právním předpisem se staly až 1. 1. 2007. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb, 2021*) Standardy kvality vznikly jako reakce MPSV na velké změny v poskytování sociálních služeb. Hlavním úkolem tohoto orgánu v kontextu sociálních služeb je totiž prevence sociálního vyloučení, podpora života v přirozeném prostředí, ochrana zranitelných skupin obyvatelstva před porušováním jejich občanských práv a před neodborným poskytováním sociálních služeb. Aby mohly být všechny tyto úkoly zabezpečeny, vydalo MPSV Standardy kvality jako závazný právní předpis. (Johanová, 2004)

Tento právní dokument obsahuje celkem 15 standardů kvality sociálních služeb, ve kterých jsou popsána jednotlivá kritéria toho, jak musí být sociální služby poskytovány. Standardy jsou děleny do třech kategorií: procedurální, personální a provozní. Dále v této kapitole si popíšeme ty nejdůležitější z nich.

Základním smyslem standardů je umožnit průkazné hodnocení kvality poskytované služby. Jejich důležitou vlastností je, že jsou velmi obecné a každá sociální služba si je tak

může uzpůsobit pro jejich typ služeb. Důvodem této pružnosti je snaha MPSV neomezovat sociální služby pouze na současné druhy, ale zachovat poskytovatelům možnost adekvátně reagovat na aktuální potřeby klientů a vytvářet tak služby nové. (Dvořáčková, 2012)

Mezi největší přínos standardů kvality patří zkvalitnění a zefektivnění sociálních služeb. Týká se to zejména starých ústavních zařízení, kde může zavedení standardů pomoci začít jednat s klienty individuálně dle jejich skutečných potřeb, nikoli se všemi stejně a stejným způsobem. V tomto ohledu má velký význam Standard č. 5 o individuálním plánování (viz kapitola Standard č. 5). Očekávaným výsledkem zavedení těchto změn je zvýšení efektivity sociální služby a tím pádem i větší dostupnost všem, kdo tuto službu potřebují. (Johanová, 2004)

- **Standard č. 1 – Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb**

Zařízení v tomto standardu shrne poslání, cíle a způsoby poskytování jejich služeb společně s vymezením cílové skupiny. Společným cílem všech sociálních služeb je pomoci jejich uživatelům žít život co nejvíce se podobající životu majoritní společnosti. Tedy ideálně žít v domácím prostředí, mít kvalitní přátelské, rodinné a partnerské vztahy, chodit do práce/školy, rozhodovat o svém volném čase apod. Zařízení má také své metodiky a postupy, jak předcházet předsudkům společnosti vůči jejich uživatelům. (Johanová, 2004)

- **Standard č. 2 – Ochrana práv osob**

- **Standard č. 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu**

Zařízení již při jednání se zájemcem zjistí, jaké jsou potřeby a zájmy potencionálního uživatele a zda je může naplnit. Cíle, které by měla sociální služba naplňovat, by měl stanovovat zejména uživatel. Zařízení před uzavřením smlouvy dbá také na to, aby zájemce věděl, o všech důležitých podmínkách, které se k poskytování služby vztahují. (Johanová, 2004) Pokud má uživatel nějaké komunikační bariéry, je poskytovatel povinen poskytnout mu informace takovou formou, které zájemce bude rozumět.

Poskytovatel má stanovená pravidla pro odmítnutí zájemce o službu z důvodu nedostatečné kapacity či nesplnění kritérií cílové skupiny uživatelů. (Johanová, 2004)

- **Standard č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby**

- **Standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby**

Poskytovatel má definována pravidla, podle kterých se řídí při plánování a způsobu hodnocení procesu poskytování služby. Individuální plán se zpracovává společně s uživatelem a to s ohledem na jeho osobní možnosti a cíle. Společně také plán průběžně vyhodnocují, aby se zjistilo, zda je plán stále aktuální a zda klientovi vyhovuje. Každý uživatel má svého klíčového pracovníka, se kterým tento plán tvoří a vyhodnocuje. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

Klíčový pracovník je člověk, který s uživatelem nejen tvoří individuální plán, ale také seznamuje s tímto plánem ostatní zaměstnance a dohlíží za jeho aktuálnost. Klíčový pracovník je takovým průvodcem uživatele při jeho čase v dané službě. Takový pracovník by měl umět vést rozhovor, aktivně naslouchat, přistupovat ke klientovi jako k rovnocennému partnerovi, znát standardy kvality a další související dokumenty a dále pracovat na svém odborném růstu. (Hauke, 2011)

- **Standard č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby**
- **Standard č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo na způsob poskytování sociální služby**

Poskytovatel je povinen písemně zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021) Tyto pravidla musí být zpracována takovým způsobem, aby jim mohl porozumět i klient sociálních služeb, tedy například pro osoby se zrakovým postižením pomocí Brailova písma, pro osoby s mentálním postižením pomocí piktogramů apod.

Zařízení informuje uživatele o možnostech, jak mohou stížnost podat. Jakou formou, na koho se mohou obracet, kdo a jak ji bude vyřizovat apod. S tím může klientovi pomoci klíčový pracovník, ale zároveň musí být jasné, že to není jediná osoba, která mu může pomoci a že i na klíčového pracovníka si může klient stěžovat.

„Také musí poskytovatel osoby informovat o možnosti obrátit se s v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.“ (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

V každé organizaci by měla být nějaká schránka/krabice, kde mohou nejen klienti, ale i zaměstnanci, anonymně podávat stížnosti a připomínky k chodu sociální služby.

- **Standard č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

Poskytovatel nenahrazuje jiné běžně dostupné služby, než služby korespondující s jeho posláním a cíli. Zařízení pouze vytváří klientovi příležitosti, aby mohl využívat další běžně dostupné služby, jako například kadeřnictví, kosmetiku, masáže, lékaře, školy, úřad práce aj. Poskytovatel zkrátka pouze pomáhá jeho klientům zprostředkovat služby jiných fyzických a právnických osob. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

Organizace také podporuje klienty v jejich sociálním životě, tedy v rozvíjení a udržování vztahů s přirozeným sociálním prostředím. V případě konfliktu je však povinna zachovat neutrální postoj a tento konflikt nijak neovlivňovat. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

- **Standard č. 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby**

Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla toho, jak probíhá přijímání a zaškolování nových zaměstnanců. Také má zpracovanou organizační strukturu, ze které je jasně zřejmý vztah mezi jednotlivými zaměstnanci a funkce každého z nich. Dále má písemně definovanou strukturu a počet pracovních míst, jednotlivá pracovní místa a kvalifikační a osobnostní předpoklady pro vykonávání jednotlivých funkcí. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

- **Standard č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců**

Vzhledem k velkému rozvoji v oblasti přístupu k osobám s mentálním postižením je plán vzdělávání zaměstnanců nedílnou součástí každé organizace. Je nepřehledné množství různých školení, stáží, seminářů, workshopů apod., které mohou zaměstnanci podstoupit. V kontextu transformace sociálních služeb je proto tento standard velice důležitý.

Poskytovatel má proto písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců, přičemž zaměstnanec je povinen podstoupit 24 hodin školení během kalendářního roku. (108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, 2006)

Nedílnou součástí tohoto standardu je také výměna informací mezi zaměstnanci. Zařízení má proto zpracováno pravidla, jakým způsobem k výměně informací dochází. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021) Pro celkovou atmosféru na pracovišti a tedy i duševní zdraví zaměstnanců jsou důležitým faktorem kolegiální vztahy a jednotný přístup ke klientům. Z tohoto důvodu je zaměstnavatel zavázán zařídit pro své zaměstnance péči kvalifikovaného odborníka, a to formou supervize. Supervize může být skupinová, ale i individuální.

- **Standard č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby**
- **Standard č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě**
- **Standard č. 13 – Prostředí a podmínky**
- **Standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace**

Zařízení má písemně definováno, k jakým nouzovým a havarijním může dojít a jak je v takovém případě řešit. Každý zaměstnanec je seznámen s těmito postupy a organizace vytváří takové podmínky, aby byly zaměstnanci schopni tyto postupy použít i v praxi. Zároveň poskytovatel vede dokumentaci o již vzniklých nouzových a havarijních situacích a průběhu jejich řešení. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

Velmi důležitá je v ohledu k nouzovým a havarijním situacím prevence.

- **Standard č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby**

Poskytovatel má definovány metody, kterými průběžně kontroluje a hodnotí, zda způsob poskytování sociální služby koresponduje s definovaným posláním, cíli a zásadami nejen organizace, ale i jednotlivých zainteresovaných osob. S tím souvisí pravidelné zjišťování spokojenosti osob, kterým je tato služba poskytována, či jsou do ní jiným způsobem zainteresovány. Stížnosti a připomínky bere organizace jako podnět pro další rozvoj a zvyšování kvality. (MPSV, *Standardy kvality sociálních služeb*, 2021)

1.3.3 Rizika transformace

„Vlastní transformace sociálních služeb má zejména tři zásadní překážky. Jsou to obavy z nedostatku finančních prostředků na provedení transformace, odpor proti změně a otázky využití stávajících ústavních zařízení.“ (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, 2007)

Přesto, že se předpokládá, že úspěšný výsledek procesu transformace přinese v celkovém rozpočtu sociálních služeb úspory, samotný proces může znamenat velké navýšení nákladů. Jsou to zejména náklady na vytváření nových služeb, programy na vzdělávání personálu, finance spojené s větším poměrem zaměstnanců na jednoho klienta apod. Proto je velice důležité náklady minimalizovat promyšleným managementem změny v jednotlivých regionech. (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, 2007)

Dalším rizikem transformace by mohlo být negativní vnímání změny ze strany uživatele a jeho rodiny. Uživatelé často žijí v zařízení ústavní péče již tak dlouho, že v nich mohou změny vyvolávat obavy a úzkosti ze ztráty životní jistoty. Často je to způsobeno nedostatečnou informovaností a neznalostí jiných typů sociálních služeb, což v nich může vyvolávat strach ze změny. (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007*) Z tohoto důvodu je velice důležité jedince se vším pečlivě seznámit a postupovat takovým tempem, které je klientovi příjemné. Například při přechodu z ústavní péče do chráněného bydlení je potřeba klienta na tuto změnu řádně připravit například na cvičných bytech s asistentem. Důležitý je i výběr osob, které tento přechod zvládnou.

Zásadním faktorem je také kvalitní personál zařízení. V tomto ohledu je velice důležitá osvěta. Pracovníci musí být seznámeni s procesem transformace a jeho nezbytností. Řada zaměstnanců je v zařízení již dlouho a může být proto těžké je přesvědčit, že současná podoba péče potřebuje změnu. V souvislosti s tím je nepostradatelnou součástí jejich vzdělávání. (MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007*)

1.4 Speciální pedagogika

Speciální pedagogika je velmi významným a rozvinutým oborem pedagogiky, a to i přesto, že je oborem poměrně mladým. Dle Fischera a Škody můžeme speciální pedagogiku definovat jako vědní obor, který se zabývá zákonitostmi výchovy a vzdělávání a rozvojem jedinců, kteří jsou znevýhodněni vůči většinové populaci v oblasti fyzické, psychické nebo sociální a mají speciální výchovně vzdělávací potřeby. (Fischer, Škoda, 2008)

Přesto, že problematika lidí s postižením provází lidstvo již od jeho počátků, speciální pedagogika je vědou poměrně novou. Jednou z prvních velmi významných osobností v tomto oboru je podle Slowíka profesor Miloš Sovák, zakladatel České logopedické společnosti a první vedoucí katedry speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Kromě teoretické oblasti se také zasadil o velký pokrok

v praktickém směru. Prosadil například bezplatné přidělování sluchadel pro osoby s vadami sluchu a možnost psaní levou rukou u levorukých žáků. (Slowík, 2016)

Ještě před speciální pedagogikou se dětmi s různými odchylkami zabýval obor s názvem pedopatologie, ve kterém se nejvíce prosadil profesor František Čáda. Po pedopatologii přišla na řadu tzv. nápravná pedagogika, kterou se u nás zabýval především Jan Mauer a Josef Zeman. Dalším používaným termínem ve spojitosti se speciální pedagogikou byla defektologie. Přesto se však Miloš Sovák přiklonil k termínu speciální pedagogika. (Slowík, 2016)

1.4.1 Role speciálního pedagoga v sociálních službách

Speciální pedagog patří stejně jako pracovník v sociálních službách do kategorie pomáhajících profesí. Dle Hartla (2004) je pomáhající profesí ta, která se zaměřuje na pomoc druhým s jejich problémy. V těchto profesích je člověk vystaven velké psychické zátěži.

V sociálních službách je role speciálního pedagoga velice podstatná, přesto jsou však v právním ukotvení mírné odchylky a pozice speciálního pedagoga v těchto službách není nezbytná. Jedinec, který má vysokoškolské vzdělání v oboru speciální pedagogiky, může být v sociálních službách buď na pozici sociálního pracovníka, nebo jako pracovník v sociálních službách, tedy v přímé péči. Nebo v případě, že si to žádá charakter služby, může si organizace vytvořit i přímo pozici speciálního pedagoga. (108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, 2006)

Müller (2014) uvádí, že speciální pedagogika je obor, který se snaží najít možnosti podpory pro lidi se zdravotním postižením, sociálním znevýhodněním či jiným defektem, kvůli kterým je omezena jejich schopnost společenské adaptace. K dosažení tohoto cíle je využívána celá řada metod a technik, které jsou právě často součástí sociálních služeb. Zde si popíšeme příklady technik a metod, které jsou v sociálních službách často využívány.

Bazální stimulace

Koncepce bazální stimulace je založena na rozvoji vnímání, díky kterému se pak jedinec může vyvíjet dále. Vytvořil ji A. Fröhlich v roce 1991 pro děti s těžkým postižením. Jedná se o holistický přístup, který vnímá tělo a duši jako neoddělitelné součásti člověka. (Müller, 2014) Koncept bazální stimulace podporuje v nejzákladnější rovině lidské

vnímání, komunikaci a pohybové dovednosti. Jsou zde podporovány zachovalé komunikační a pohybové dovednosti jedince. Důležitou součástí bazální stimulace je individuální přístup a spolupráce blízkých. (Kroupová, 2016)

Muzikoterapie

Muzikoterapie je jedna z expresivních terapií. Pracuje tedy s výrazovými uměleckými prostředky. (Kantor, Lipský, Weber, 2009) Má mnoho metod a forem. Terapeut zde pomocí hudby dosahuje terapeutických změn v jednání, chování či prožívání jedince. Může se jednat o muzikoterapii individuální či skupinovou. (Kroupová, 2016) Dále rozdělujeme muzikoterapii na produktivní, neboli aktivní a receptivní, neboli pasivní. (Bendová, Zikl, 2011)

Snoezelen

Snoezelen je zároveň metodou a zároveň názvem prostředí, které slouží ke smyslové stimulaci jedince. Jedná se o multisenzorickou místnost, která slouží ke stimulaci a aktivaci psychomotorických funkcí jedince s mentálním postižením. Dále mu nabízí i velmi příjemný prostor pro relaxaci. V prostředí snoezelen je možné provádět i bazální stimulaci, muzikoterapii či další formy terapií. (Bendová, Zikl, 2011)

Canisterapie

Další velmi oblíbenou terapií ve speciální pedagogice je animoterapie, konkrétně hlavně canisterapie a hipoterapie. Animoterapie má mnoho podob. Jedná se například o Animal Assisted Activities (aktivity za asistence zvířat), kdy se využívá přítomnosti zvířete za účelem aktivizace jedince. Dále Animal Assisted Therapy (terapie za asistence zvířat), kde se jedná o odborně vedenou cílenou nápravu některých funkcí. Animal Assisted Education (vzdělávání za asistence zvířat) a Animal Assisted Crisis Response (krizová intervence za asistence zvířat). Nejčastěji používanou formou canisterapie je u nás metoda polohování, díky které dochází k uvolnění spasmů, zahřátí a zvýšení pohyblivosti, prohloubení dýchání apod. (Müller, 2014)

2 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část navazuje na část teoretickou. Jejím cílem je formou kvalitativního výzkumu zjistit, na jaké úrovni jsou sociální služby pro lidi s mentálním postižením v České republice. Zda je úroveň péče v těchto zařízeních dostačující a zda skutečně odpovídá standardům kvality. Další otázkou je, zda je péče v zařízení pro osoby s mentálním postižením přibližně stejná, či zda jsou v jednotlivých zařízeních nějaké velké rozdíly v postoji k osobám s postižením. Kvalitativní výzkum byl zvolen z důvodu, že chce autor proniknout hlouběji do tématu transformace pobytových zařízení v sociálních službách a to včetně pozůstatků z minulého století. Dalším důvodem je větší flexibilita výzkumu, kdy se autor může doptávat na další důležité otázky, které mohou vyplynout z rozhovorů či pozorování.

Tato část se skládá ze tří oblastí výzkumu. Jednou z nich je autorovo pozorování v konkrétních zařízeních, druhou a třetí částí jsou polostrukturované rozhovory se současnými i bývalými zaměstnanci a s klienty daných organizací.

2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, zda je kvalita sociálních služeb na takové úrovni, na které by měla být podle právních dokumentů, tedy zejména podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Přílohou č. 2 vyhlášky 505/2006 Sb., prováděcího předpisu zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, tedy Standardy kvality sociálních služeb. Jak moc se změnil přístup zaměstnanců a forma poskytování služby díky transformaci sociálních služeb. V neposlední řadě se výzkumná část zabývá rolí speciálních pedagogů v těchto organizacích. K výzkumu šetření byla vybrána dvě zařízení, která mají dlouholetou historii. V obou organizacích proběhlo nejdříve zúčastněné pozorování autora a poté polostrukturované rozhovory nejen se současnými, ale i s minulými zaměstnanci. Konkrétně se zaměstnanci z konce minulého století.

Zúčastněné pozorování je zaměřeno zejména na chod celé domácnosti, způsob komunikace s klienty a mezi zaměstnanci, vztahy klientů mezi sebou, materiální zajištění a celkové uspořádání domácností či harmonogram dne. V neposlední řadě jsou zde pozorovány znaky ústavní péče, které vyplynuly z teoretické části nebo z rozhovoru s bývalými zaměstnanci.

Polostrukturované rozhovory jsou směřovány k otázkám ohledně hygieny, sexuality, vzdělávání klientů i zaměstnanců, stravování, individuálního plánování nebo pracovních možnostech klientů. Otázky týkající se těchto oblastí zodpověděli současní i minulé zaměstnanci. Cílem těchto rozhovorů je zjistit, zda se kvalita péče o klienty změnila a pokud ano, tak jakým způsobem.

Výzkumné otázky:

- Jak se změnila forma poskytování sociálních služeb?
- Je kvalita sociálních služeb na úrovni odpovídající legislativním úpravám?
- Jaká je role speciálního pedagoga v sociálních službách?
- Jaké jsou možnosti vzdělávání zaměstnanců a klientů v sociálních službách?

2.2 Metodologie výzkumu

V první části výzkumu došlo k zúčastněnému pozorování autora v daných zařízeních. Předmětem zájmu tohoto pozorování bylo v první řadě proniknutí do problematiky dané služby. Tedy seznámení s cílovou skupinou, seznámení se zaměstnanci a klienty, nahlédnutí do atmosféry celého týmu. Dále bylo pozorováno materiální vybavení domácnosti, rozmístění nábytku, možnost klientů mít na pokoji vlastní vybavení, vztahy mezi klienty apod. V neposlední řadě byly předmětem pozorování organizační věci, včetně harmonogramu celého dne. Ve větší míře se tedy jednalo o pozorování strukturované, podle předem připraveného pozorovacího archu.

Dále proběhl sběr kvalitativních dat formou polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory proběhly s klienty a jak s bývalými, tak současnými zaměstnanci daných organizací. Cílem těchto rozhovorů bylo v první řadě potvrzení a doplnění informací získaných ze samotného pozorování. Dále bylo pomocí rozhovorů autorovi umožněno nahlédnout do fungování pozorovaných zařízení v době před transformací. Předmětem zájmu byly oblasti jako hygiena, vzdělávání klientů a zaměstnanců, sexualita, zaměstnávání klientů, vztahy mezi klienty i zaměstnanci či individuální plánování. V neposlední řadě byla předmětem zkoumání role speciálních pedagogů v těchto zařízeních.

Ke zpracování dat, která byla získána díky polostrukturovaným rozhovorům a pozorování se zaměstnanci a klienty, došlo za využití techniky otevřeného kódování.

Rozhovor

Rozhovor je podle Reichela mluvenou formou dotazování. Osoby, kterým otázky pokládáme, se nazývají respondenty. Otázky musí být jasné a srozumitelné. V polostrukturovaném rozhovoru máme předem připravený okruh otázek, přičemž je možné se respondenta v průběhu rozhovoru zeptat na doplňující otázky.

Pozorování

Pozorování je jednou z hlavních metod získávání informací. Dle Reichela je vědecké pozorování definováno jako technika sběru dat, založená na sledování smyslově vnímatelných projevů aktuálního stavu aspektů. Dělí se na standardizované a nestandardizované, případně ještě polostandardizované. Poslední zmíněné pozorování bylo použito v této práci. Pozorování tedy probíhalo podle předem připraveného pozorovacího archu (viz Příloha č. 2), ale zároveň zde byl prostor pro sledování dalších znaků. Jednalo se o pozorování zúčastněné, kdy se autorka zapojovala i do společných aktivit v organizaci.

Otevřené kódování

„Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje.“ (Švaříček, 2014)

Dle Švaříčka lze tuto metodu použít při analyzování textu, který máme v podobě přepsaného rozhovoru, záznamu z pozorování, či nějakého jiného dokumentu. Tento text si nejprve rozdělíme na jednotky, kterými může být slovo, věta, odstavec apod. Z této jednotky se tedy stává významový celek různé velikosti, kdy se může někdy jednat o jedno slovo, jindy o delší souvětí.

Každé jednotce, která takto vznikne, poté přidělíme nějaký *kód*, tedy označení v podobě slova či krátké věty.

2.3 Charakteristika sledovaných zařízení a výzkumný vzorek

Kvůli zachování anonymity všech zúčastněných zde nebudou zmíněna žádná jména ani umístění jednotlivých organizací. V následujících podkapitolách budou popsány pouze cílové skupiny a konkrétní navštívené služby.

2.3.1 Zařízení č. 1

Toto zařízení se věnuje problematice osob s mentálním postižením již od 60. let minulého století. V současné době poskytuje služby jako je chráněné bydlení, týdenní stacionář, denní stacionář, sociálně terapeutické dílny a domov se zvláštním režimem. Vzhledem k co největší podobnosti s druhým pozorovaným zařízením byly pro tento výzkum zvoleny služby týdenního stacionáře a chráněného bydlení.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je zde poskytováno osobám se sníženou soběstačností z důvodu mentálního postižení, nebo kombinace mentálního, tělesného či smyslového postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována osobám v rozmezí 18 a 50 let. Hranice 50 let je však pouze pro žadatele o službu, pokud je osoba již klientem a přesáhne tuto věkovou hranici, může mu být služba dále poskytována. Kapacita této služby je 24 lůžek. Chráněné bydlení je rozděleno do dvou domácností, které jsou v dojezdové vzdálenosti MHD.

Cílem chráněného bydlení je pomoc a podpora klientům při rozvoji jejich sociálních kompetencí vedoucích k jejich individuálnímu rozvoji. Dále je to pomoc a podpora při integraci klientů do každodenního života většinové společnosti.

Týdenní stacionář

Týdenní stacionář je v zařízení č. 1 určen osobám ve věku od 6 do 50 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního postižení nebo kombinace mentálního a zdravotního postižení. Stejně jako u chráněného bydlení je však horní hranice pouze pro zájemce o službu a neplatí pro klienty, kteří byli přijati již před dosažením tohoto věku. Kapacita týdenního stacionáře je stejně jako u chráněného bydlení 24 lůžek.

Cílem týdenního stacionáře je podpora klientů ve zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, podpora jejich vlastní samostatnosti a zvládnání dovedností běžného života jako je hygiena, úklid, vaření, nakupování, cestování, hospodaření s penězi. Dále se jedná o podporu v upevňování mezilidských vztazích a pomoc při kontaktu se širším společenským prostředím a využívání dostupných služeb.

Další služby

Dále provozuje tato organizace denní stacionář, sociálně terapeutické dílny a domov se zvláštním režimem. Tyto služby však v rámci výzkumu nebyly pozorovány, nebo jen okrajově.

- Respondent č. 1

Žena, která pracuje na chráněném bydlení v zařízení č. 1 již 22 let. Byla tedy součástí služby již od začátku. V době, kdy nastupovala, jí bylo 32 let. Dříve byla jako asistent na chráněném bydlení, dnes je již na jedné z vedoucích pozic. Na transformaci v této organizaci má velký podíl. Tato respondentka má vystudovanou školu v oboru pekař/cukrář a pro svůj výkon v sociálních službách má dokončení kurz pracovníka v sociálních službách, který je podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pro výkon této profese dostačující.

- Respondent č. 2

Druhá respondentka také odpovídala na otázky ohledně zařízení č. 1. Tato žena však v současnosti již v organizaci nepracuje, odpovídala proto pouze na otázky týkající se minulosti. Pracovala společně s respondentkou č. 1 na chráněném bydlení jako asistent v přímé péči. Její vzdělání v tu dobu bylo základní.

- Respondent č. 3

Třetí respondentce je 54 let a v zařízení č. 1 pracuje již 11 let jako pracovník v sociálních službách, tedy asistent v přímé péči, konkrétně v týdenním stacionáři. Vystudované má tato žena gymnázium a pro svou činnost v organizaci má dokončen kurz pracovníka v sociálních službách. Dále má tato žena vystudovaný kurz arteterapie, kterou však v praxi s klienty dle jejích slov moc nepoužívá.

- Respondent č. 4

Respondent č. 4 je 25 letý muž, který pracuje jako asistent v přímé péči a pro svou činnost má kurz pracovníka v sociálních službách. Nyní studuje druhým rokem bakalářské studium v oboru sociální a charitativní práce. V zařízení č. 1 pracuje nyní druhým rokem, konkrétně v týdenním stacionáři.

2.3.2 Zařízení č. 2

Druhé zařízení, jež bylo součástí výzkumné části bakalářské práce, se věnuje problematice osob se zdravotním postižením od 80. let minulého století. Organizace má celkem čtyři služby. Jedná se o sociálně terapeutické dílny, chráněné bydlení, domov pro osoby se zdravotním postižením a týdenní stacionář. Pro účely této práce proběhlo pozorování a rozhovory se zaměstnanci TS, DOZP a CHB.

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je zde poskytováno osobám s mentálním postižením, případně mentálním postižením v kombinaci s dalším postižením. Cílová skupina je zde ve věku 18-64 let, přičemž zde mohou být i klienti starší, pokud jim byla služba poskytována již před dovršením tohoto věku. Kapacita této služby je 15 lůžek, která jsou rozdělena celkem do tří domácností.

Týdenní stacionář

Cílovou skupinou TS jsou stejně jako v CHB osoby se sníženou soběstačností z důvodu mentálního postižení, případně mentálního postižení v kombinaci s jiným postižením. Věková kategorie je však u týdenního stacionáře 6-26 let, přičemž pokud byla klientovi služba poskytována již před dovršením 26 let, může mu být služba poskytována až do 36 let. Kapacita TS je také 15 lůžek, která jsou zde rozdělena do dvou domácností.

Domov pro osoby se zdravotním postižením

DOZP má stejnou cílovou skupinu jako CHB a to včetně věku. Kapacita této služby je 35 lůžek, která jsou rozdělena do čtyř domácností.

- Respondent č. 5

Respondentkou č. 5 je 56 letá žena, která v zařízení č. 2 pracuje již 35 let. Byla tedy u vzniku chráněného bydlení a transformace služeb. Dříve pracovala jako pracovník v sociálních službách, nyní je však zdravotní sestrou a zastává tedy v domově pro osoby se zdravotním postižením funkci zdravotníka. Vzhledem k četnosti jejich návštěv na všech odděleních zná velice dobře všechny klienty dané služby.

- Respondent č. 6

Žena, která je již v důchodu. Do roku 2019 však pracovala jako pracovník v přímé péči v domově pro osoby se zdravotním postižením v zařízení č. 2, a to již od roku 1991. Byla tedy stejně jako respondentka č. 5 součástí transformace. Je vyučena v oboru švadlena a pro svoji práci v sociálních službách si dodělávala kurz pracovníka v sociálních službách.

- Respondent č. 7

Sedmým respondentem je 36 letý muž, který pracuje v zařízení č. 2 třetím rokem na pozici pracovníka v přímé péči v chráněném bydlení. Má maturitní vzdělání a kurz pracovníka v sociálních službách.

- Respondent č. 8

Poslední respondentkou je žena z týdenního stacionáře v zařízení č. 2. Je jí 31 let a v organizaci pracuje 2 roky. Má vystudované bakalářské vzdělání v oboru speciální pedagogiky. Ve stacionáře zastává roli aktivizačního a výchovného pracovníka.

2.4 Polostandardizované pozorování

Jak již bylo zmíněno výše, první metodou sběru dat bylo polostandardizované pozorování. Autor byl ve dvou zařízeních, kde proběhlo několikadenní pozorování. Pozorování bylo strukturované na základě předem připraveného pozorovacího archu. Získaná data jsou vyhodnocena pomocí otevřeného kódování.

Při této analýze došlo ke vzniku následujících kategorií:

- Kategorie č. 1: Umístění zařízení
- Kategorie č. 2: Uspořádání domácnosti
- Kategorie č. 3: Uspořádání a vybavení pokojů
- Kategorie č. 4: Atmosféra mezi zaměstnanci
- Kategorie č. 5: Vztahy mezi klienty
- Kategorie č. 6: Náplň dne
- Kategorie č. 7: Sebeobsluha

2.4.1 Kategorie č. 1: Umístění zařízení

- Zařízení č. 1

První zařízení má jednu ze služeb, konkrétně týdenní stacionář, umístěnou na okraji velkého města. Jedná se sice stále o město, ale budovy jsou schovány mezi stromy a pozemek je celý oplocený. Přesto je to však v docházkové vzdálenosti od potřebných služeb, jako jsou obchody či MHD. Pozemek je sice celý oplocený, ale brána je zde po celý den otevřena. Druhá služba prvního zařízení, tedy chráněné bydlení, je umístěna kousek od týdenního stacionáře, avšak budova již není oplocena ani nijak jinak ohraničena a nachází se přímo v zástavbě dalších domů. Přímo před budovou je malý park, kam mají klienti volný přístup.

- Zařízení č. 2

Druhé pozorované zařízení má první službu, domov pro osoby se zdravotním postižením, podobně umístěnou, jako je týdenní stacionář v prvním zařízení. Tentokrát se však nejedná o velké město, ale okraj větší vesnice. Klienti zde bydlí ve velkém areálu, jehož dominantou je zámecká budova. V této budově bydlí více jak polovina klientů této

služby, přičemž zbylí klienti bydlí v přilehlých dvou budovách. Nachází se zde také park, ve kterém jsou různá hospodářská zvířata. Park je však celý obestavěný kamennou zdí a brána do areálu je po většinu dne zavřená. Další službou této organizace je chráněné bydlení. Celkem je rozděleno do tří budov. Dva rodinné domy se nacházejí na vesnici o velikosti přibližně 500 obyvatel a jeden dům je ve větším okresním městě. V první zmíněné variantě se nenachází žádný obchod či jiné služby, ale klienti mohou využít autobusových spojů. Poslední službou této organizace je týdenní stacionář, který se nachází v centru malého města, hned vedle budovy základní školy. Jedná se o dvě budovy, přičemž jednou z nich je bytová budova, kde má zařízení pronajato jednu bytovou jednotku. Součástí týdenního stacionáře je oplocená zahrada, která je většinu času zamčena.

- Shrnutí

Obě jmenovaná zařízení jsou umístěna na okraji vesnice či města, což by se dalo považovat za znak ústavní péče, kdy byli klienti umisťováni daleko od společnosti. V prvním zařízení je alespoň brána otevřena po celý den, na rozdíl od druhého zařízení, kde je brána zavřená po celý den. Zde je areál zcela uzavřený a odejít z něho pryč není tak snadné, jako ve službě z prvního zařízení. V případě chráněných bydlení je zde však značný pokrok, kdy mají klienti možnost jít sami do města/vesnice, najít si přátele mimo zařízení apod. Celkově ale mají klienti mnohem větší možnost jít do společnosti. Někteří samostatně, někteří pouze v doprovodu asistenta.

2.4.2 Kategorie č. 2: Uspořádání a vybavení domácnosti

- Zařízení č. 1

Uspořádání domácností je uzpůsobeno velké kapacitě těchto služeb. Je zde vždy nějaká hlavní velká místnost, která slouží jako jídelna a zároveň denní místnost. V týdenním stacionáři je jedna kuchyň, do které však klienti nemají přístup. Na chráněném bydlení jsou kuchyně hned dvě. Obě zmiňované služby mají vlastní zahradu, která je sice oplocena, ale klienti mají volný přístup mimo zahradu. Záchod má každý klient ve své koupelně vedle svého pokoje. Ve společenské místnosti je televize a reproduktory s rádiem. Gauč je zde však pouze jeden, proto kdyby chtěli na něco dívat všichni klienti, tak se nevejdou. Ve vstupní hale je šatna, kde má každý klient svou skříňku, kam si může uložit své věci.

- Zařízení č. 2

V každé domácnosti je vždy jedna společenská místnost, jejíž velikost je přibližně úměrná počtu klientů na domácnosti. Oproti prvnímu zařízení je zde však rozdělena jídelna a společenská místnost. Je zde větší důraz na to, aby se všichni klienti mohli společně usadit například u televize, která je v každé společenské místnosti.

Ve vstupní místnosti na každou domácnost je vždy věšák a skříň na boty. Dvě domácnosti zde mají samostatný vchod, další dvě jsou umístěny v budově zámku. Konkrétně jde o první a druhé patro, kde jsou umístěni klienti s vyšší mírou podpory. Tyto klienti mají občas problém sejít schody, proto je zde schodolez, díky kterému mohou asistenti vzít ven i méně pohyblivé jedince. V tomto zařízení jsou ještě stále na oknech mříže jako ochrana před pádem klientů z okna.

Ve zbylých službách tohoto zařízení je vybavení takřka totožné. Na dvou pobočkách je dokonce snoezelen místnost, která je mezi klienty i zaměstnanci velice oblíbená. Je zde také velký důraz na dostatek venkovního posezení v podobě laviček, houpaček či závěsných košů. Součástí týdenního stacionáře je dokonce venkovní bazén.

- Shrnutí

Všechny domácnosti, které byly v rámci praktické části bakalářské práce navštíveny, působí velice domáckým dojmem. Je zde vybavení podobné tomu, jaké najdeme v běžné domácnosti. Nepůsobí nijak ústavním dojmem a jediný rozdíl od průměrné domácnosti je na některých odděleních ve velikosti, kdy je potřeba společenské místnosti přizpůsobit počtu klientů. To se však bohužel nedělo v jedné službě prvního zařízení, kdy byl v obývacím pokoji jediný gauč pro 15 klientů. Zbylí uživatelé musí v případě společných aktivit sedět na židlích. Na druhém zařízení jsou velkým překvapením staré mříže na oknech, což je rozhodně pozůstatek institucionálního modelu.

2.4.3 Kategorie č. 3: Uspořádání a vybavení pokojů

- Zařízení č. 1

Ve všech zmiňovaných službách tohoto zařízení mají pokoje uživatelů podobné uspořádání. Klienti jsou ubytováni většinou po dvou, výjimečně je někdo na pokoji sám. V týdenním stacionáři má každý pokoj svou vlastní koupelnu se sprchou či vanou. Na chráněném bydlení má dokonce každý uživatel na pokoji i svou lednici, která je součástí základního vybavení pokoje. Každý si také může svůj pokoj dovybavit sám. Někteří zde mají i vlastní televizi či rádio.

- Zařízení č. 2

Ve druhém zařízení je uspořádání a vybavení pokojů poměrně podobné, jen s tím rozdílem, že uživatelé zde bydlí občas dokonce po čtyřech a nemají proto ani možnost si pokoj tolik vybavit sami. Zkrátka by se jim to do něho nevešlo. Také soukromí je zde kvůli množství osob na jednom pokoji značně omezeno. Každý má v pokoji postel a jednu skříň. Často si také klienti koupí televizi, která je na pokoji vždy maximálně jedna.

- Shrnutí

V této kategorii jsou si obě organizace velice podobné. Významný rozdíl je však v tom, že v zařízení č. 1 má každý pokoj svou vlastní koupelnu, přičemž v zařízení č. 2 je vždy jedna, maximálně dvě koupelny na celou domácnost. Dalším rozdílem je počet klientů na jednom pokoji. Zatímco v první zmiňované službě se jedná vždy maximálně o 2 klienty, ve druhé jsou to až 4. Oba tyto faktory značně ovlivní soukromí uživatelů.

2.4.4 Kategorie č. 4: Atmosféra na pracovišti

Tato kategorie se dá považovat za velmi subjektivní, ale zároveň je pro kvalitu péče velice podstatná. Kvůli krátkému časovému úseku ji nelze hodnotit nijak významně, ale některé rysy jsou znatelné již po pár minutách pozorování. Hodně však záleží i na tom, jací zaměstnanci jsou zrovna na směně, proto na tuto kategorii nebudeme klást velký zřetel.

- Zařízení č. 1

V prvním pozorovaném zařízení jsou velké rozdíly v atmosféře mezi týdenním stacionářem a chráněným bydlením. V první zmiňované službě si zaměstnanci hodně stěžovali na nutnost změn. Nelíbilo se jim, že by měli něco dělat jinak, než před 10 lety. To bylo vyzpozorováno z rozhovorů mezi jednotlivými zaměstnanci. Také se zde stalo, že se asistenti vzájemně upozorňovali, že dnes přijede paní ředitelka. Napjatá atmosféra mezi zaměstnanci přímé péče a vedením byla opravdu znatelná. To se ovšem nedá říct o chráněném bydlení, kde vedoucí přímo zasahuje do přímé péče a komunikuje hodně s klienty i zaměstnanci. Zaměstnanci jsou si vědomi, že některé změny jsou pro vylepšení služby nutné.

- Zařízení č. 2

V tomto zařízení opět hodně záleží na konkrétní pobočce a oddělení. Na DOZP je vždy vidět změna v chování zaměstnanců ve chvíli, kdy přijde na oddělení někdo z vedení. Sami asistenti říkají, že mají pocit, že je chodí vedení pouze kontrolovat. Ani zaměstnanci mezi sebou nemají vztahy úplně čisté. Stěžují si zde jeden na druhého, co kdo neudělal či udělal.

To se však nedá říci o týdenním stacionáři, kde je znát velice blízký vztah všech zaměstnanců. Je zde velice znát, že když jde o péči o klienta, všichni společně se domluví, co pro něho bude nejlepší a následně se tím všichni řídí. Zde dokonce vedoucí pomáhá s ranní hygienou uživatelů a celkově se hodně zapojuje i do přímé péče. Změny v chování zaměstnanců při příchodu vedení jsou zde proto téměř nulové.

- Shrnutí

Jak je již zmíněno výše, jedná se o kategorii, která je těžko hodnotitelná a pozorovatelná. Zejména ve chvíli, kdy se jedná o pár dnů pozorování. Přesto není možné tuto kategorii nezmínit v kontextu kvality sociálních služeb. Vztahy mezi zaměstnanci a vztahy s vedoucími jsou podstatnou součástí každé služby. V obou případech byl alespoň v jedné službě vyzorován strach a odpor k vedení, což by se dalo považovat za standard v mnoha zaměstnáních. Přesto by to tak dle mého názoru být nemělo, protože atmosféra na pracovišti velice silně ovlivňuje i klienty.

2.4.5 Kategorie č. 5: Vztahy mezi klienty

- Zařízení č. 1

Podobně jako atmosféra na pracovišti, ani tato kategorie se nedá hodnotit zcela objektivně. Přesto je však z pozorování možné lehce proniknout do této problematiky. Na chráněném bydlení je zřejmé, že klienti působí hodně individuálně. Mají každý svůj program, kterého se drží. Přesto však dokáží fungovat společně, a nejen při společné práci, jako je například vaření, ale i při trávení volného času, kdy se spolu třeba dva klienti šli opalovat. Vztahy zde působí velice harmonicky.

Oproti tomu v týdenním stacionáři vztahy nejsou ideální. Jsou zde většinou 2-4 zaměstnanci na 15 uživatelů a ti zřejmě proto mají pocit, že si musí pozornost asistenta získat. Křičí zde proto často jeden přes druhého. Z pozorovaného rozhovoru asistentky s jednou klientkou vyplynulo, že ona sama nemá navázaný vztah s nikým. Cítí se „jiná“ než všichni ostatní a má pocit, že do takového zařízení nepatří. Tato klientka prý často vyvolává hádky, kdy bere doslova každé slovo, které někdo řekne.

Na druhou stranu je zde vidět, že někteří klienti mezi sebou mají velice blízký přátelský vztah. Vtipkují spolu, usmívají se na sebe, vymýšlejí společné aktivity.

- Zařízení č. 2

Ve druhém zařízení jsou vztahy mezi klienty o něco výraznější. Je zde znatelná rivalita, dokonce i agrese mezi jednotlivými uživateli. Není výjimkou, že se mezi sebou klienti

pohádají a poté sprostě urážejí. Občas se dokonce stane, že některý klient dostane od jiného facku, je poškrábán apod. Na jedné domácnosti byl vztah dvou uživatelů dokonce tak výrazně negativní, že musela být jedna z nich přemístěna na jinou domácnost. Uživatelé zde mají možnost navázat i partnerský či sexuální vztah, k čemuž také mezi dvěma klienty dochází.

Na chráněném bydlení jsou vztahy o něco klidnější. Klienty se spolu smějí, tráví spolu volný čas a vymýšlejí různé plány. Občas také nastane nějaká neshoda, ale většinou je hned vyřešena.

V týdenním stacionáři se klienti vzájemně moc nekontaktují. Každý si převážně hledí svého a na činnosti ostatních nereaguje. U některých klientů dochází pouze k fyzickému kontaktu, kdy mají potřebu sedět v těsné blízkosti u sebe apod. Je tedy vidět, že přítomnost ostatních jim nevádí, často je jim naopak příjemná.

- Shrnutí

Stejně jako předchozí kategorie, i tato je velice subjektivní a dle mého názoru ještě hůře hodnotitelná. Přesto jsou některé rozdíly v jednotlivých službách znatelné. A to nejen v kontextu zařízení č. 1 a 2, ale i v rámci jednotlivých služeb a oddělení. Velice subjektivně by se však dalo říci, že velký podíl na těchto vztazích má i atmosféra mezi zaměstnanci a jejich přístup ke klientům.

2.4.6 Kategorie č. 6: Náplň dne

- Zařízení č. 1

V týdenním stacionáři probíhá běžný den následovně. Klienti ráno vstanou a okolo sedmé hodiny je čeká snídaně, kterou již mají připravenou na stole. Po snídani jim asistenti rozdají nějakou práci ke stolu. Jsou to různé skládačky, omalovánky apod. Následuje společná aktivita, které se však účastní jen dobrovolníci. Jedná se například o nějaký sport, jako třeba stolní tenis. Poté přichází na řadu svačina a káva. Kávu pomáhá připravovat jedna klientka, ostatní si ji mohou za 5 korun koupit. Po svačině probíhá další společná činnost a tentokrát již více povinná. Jedná se o společnou procházku. Autorkou pozorovaná procházka neměla žádný konkrétní cíl. Došlo se pouze na místo s lavičkami, kde nebylo ani řečeno, co se děje a čekalo se. Po nějaké době asistent řekl, že za chvíli se půjde zase zpátky. Po procházce je již na řadě oběd, po kterém následuje odpočinek. Ten mohou klienti trávit, jak chtějí. Ať už odpočinkem na pokoji, v obýváku či na zahradě.

Pak následují další aktivity u stolečku, společné aktivity a večeře. Po večeři si jde již většina klientů lehnout.

V chráněném bydlení je režim dne hodně individuální. Hodně klientů zde jezdí do práce, proto musí vstávat v určitý čas a sami se dopravit do práce. Všichni klienti mají na pokoji lednici a nasnídají se proto sami hned jak vstanou, stejně tak si sami hned udělají ranní hygienu. Dopoledne jde potom služba na vaření společně s asistentem nakoupit a hned následuje vaření. Ostatní, kteří daný den nejsou zrovna v práci, mají v tu chvíli volno. Mohou tedy svůj volný čas trávit, jak chtějí. To samé platí i odpoledne. Klienti mohou sami cestovat po městě, mají kamarády i mimo zařízení, jezdí na různé akce apod. Jedinou podmínkou, kterou musí splnit, je, že dají vědět asistentům, že jsou v pořádku, a přijdou v domluvený čas.

- Zařízení č. 2

Ve druhém zařízení je podobný počet režimů dne, jako je celkově oddělení. Když vezmeme ale DOZP jako celek, tak zde ráno probíhá hygiena včetně sprchy, po které se jde hned na snídani. Všichni snídají společně, jídlo je donášeno z kuchyně. Poté někteří chodí do sociálně-terapeutických dílen, ostatní mají volno. Ve svém volnu chodí na procházky, plní své povinnosti v domácnosti, koukají na televizi apod. Většina klientů si vlastní program nevymyslí, a proto je potřeba, aby je asistenti nějak aktivizovali. Pokud je následující den v plánu vaření, dopoledne je věnováno nákupu potravin v blízkém městě. Po obědě je polední klid, kdy si jde většina klientů lehnout. Důležitou součástí dne pro velkou část uživatelů je káva, kterou si většinou vaří 2x denně. Tu si mohou vzít ven, kde mají možnost setkat se s klienty z jiných oddělení. Někteří klienti se mohou jít projít i sami mimo areál, ale těch je zde naprosté minimum. Po večeři opět probíhá hygiena, kdy se klienti umyjí většinou již pouze pěnou. Poté jdou někteří spát, někteří se ještě dívají na televizi.

V týdenním stacionáři závisí harmonogram daného uživatele na tom, zda ještě dochází do školy, či nikoliv. Pokud ano, tak tráví celé dopoledne ve škole a program ve stacionáři ho čeká až po obědě. V opačném případě je vždy pro klienty připraven nějaký program v podobě výtvarných či hudebních chvil, procházek, poslechu hudby, hipoterapie, snoezelen apod. Klienti, kteří do školy chodí, čekají tyto aktivity odpoledne. Po obědě je zde také klidový režim, kdy se zatáhnou žaluzie, pustí se relaxační hudba a klienti mohou odpočívat. Mají možnost být na pokoji či v herně, přičemž většina zůstává v herně. V létě

klienti tráví většinu času venku na zahradě, kde mají i bazén. Večerní hygiena včetně sprchy probíhá po večeři a po ní jde již většina klientů spát.

Na chráněném bydlení je režim úplně odlišný. Během pracovního týdne chodí klienti do práce, kam dojíždějí buď městskou hromadnou dopravou, linkovými autobusy či auty s asistenty. Oběd mají tedy v zaměstnání a poté se teprve přemístí zpět na chráněné bydlení. Zde se musí ještě po práci postarat o domácnost, přičemž mají na jednotlivé práce služby. Když mají všechny povinnosti hotové, tak mají volný čas, který mohou trávit, jak chtějí. Mohou jít na procházku, dívat se na televizi apod. Všechna jídla, kromě oběda, si musí klienti připravovat sami, proto jezdí i pravidelně nakupovat. Během víkendu si vaří i oběd.

- Shrnutí

V rámci naplňování dne jsou mezi službami také veliké rozdíly a to opět jak v rámci jednotlivých zařízení, tak i v kontextu jednotlivých služeb. Někde se snaží klientům naplnit smysluplně celý jejich den, jinde je naopak nechávají celý den nic nedělat. Najít hranici ideální míry aktivizace je velice těžké.

2.4.7 Kategorie č. 7: Sebeobsluha

- Zařízení č. 1

Ranní hygienu v tomto zařízení si klienti provádějí většinou sami a žádnou další pomoc nepotřebují. Co se týče jídla, tak to je klientům v týdenním stacionáři plně dováženo a nic si sami nepřipravují. Přesto, že prý občas něco uvaří, tak to ale není nijak pravidelně. Jídlo probíhá ve stacionáři tak, že zaměstnanci klientům vše připraví a donesou. Klienti si sami nepřipravují ani příbory či talíře. Po jídle odnesou talíř na kuchyňskou linku, ale do myčky ho již dávají opět asistenti. Při večerní hygieně zaměstnanci pomáhají klientům podle míry podpory, kterou potřebují.

Na chráněném bydlení je míra podpory obecně nižší, než v týdenním stacionáři. A to i přesto, že většina klientů sem přišla právě z týdenního stacionáře. Na chráněném bydlení si klienti každý den vaří. Mají služby na vaření a jsou rozděleni do dvou skupin, přičemž každá skupina vaří jiné jídlo. Přístup do kuchyně zde mají neomezený, což není případ týdenního stacionáře, kde mají uživatelé vstup do kuchyně zakázán. Zde je pouze jedna uživatelka, která vaří ostatním kávu a do kuchyně proto může. Jako důvod je prezentována pandemická situace spojená s onemocněním COVID-19. Což podle

dostupných zdrojů není vládním nařízením, ale nejspíše pouze interním a to s působností pouze na týdenní stacionář.

V chráněném bydlení mají také klienti větší možnost samostatně cestovat a celkově si určovat, co budou ve svém volném čase dělat (viz Kategorie č. 7: Náplň dne).

- Zařízení č. 2

V tomto zařízení má každé oddělení a každá pobočka trochu jiná pravidla. V týdenním stacionáři, kde je zejména dětská klientela a těžšími formami mentálního a kombinovaného postižení, probíhá ranní hygiena vždy s dopomocí asistenta. Nikdo zde nezvládne hygienu provést sám, vždy je nutná minimálně slovní dopomoc a to i u oblékání. Večerní hygienu také provádí s klientem zaměstnanci. Všichni se sprchují každý den ihned po večeři, případně těsně před ní. Imobilní uživatelé, kteří jsou na vozíčku, se většinou sprchují obden, přičemž zbylé dny je hygiena provedena pouze žínkou.

Jídlo zde připravují kuchařky, které ho vydávají okénkem přímo v jídelně. Každý klient si dojde minimálně pro příbor, většina si přinese ke stolu i jídlo. Uživatelům je poskytována taková míra podpory, kterou potřebují. Do kuchyně zde nemají klienti přístup vůbec.

V týdenním stacionáři je také již zmiňovaný byt, kde jsou umístěni ti uživatelé, kteří potřebují menší míru podpory a jsou zde připravováni na případný přechod do chráněného bydlení. Jsou to klienti, kteří jsou ve stacionáři již od dětství a většinou se již blíží k vrchní hranici cílové skupiny. Zde je proto asistence poskytována u většiny úkonů v menší míře. Někteří zde provádějí hygienu pouze se slovní dopomocí. Také zde mají rozděleny práce v domácnosti, na kterých se všichni podílejí. Jedná se o praní, mytí nádobí, zametání, vytírání apod. Tyto činnosti jsou také prováděny pouze s takovou mírou podpory, která je potřeba. Uživatelé ze zkušebního bytu také velice rádi pomáhají s doprovodem dětí z vedlejší budovy do školy. Vzhledem k množství klientů na vozíčku to asistentům vždy moc pomůže. Zde si také uživatelé pravidelně vaří. Je to vždy ve čtvrtek a ten den si sami obstarávají všechna jídla, včetně svačin. Vaří taková jídla, na kterých se společně domluví.

Na chráněných bydleních si uživatelé veškerou hygienu obstarávají sami, občas potřebují maximálně slovní dopomoc. Vaří si zde pouze o víkendech, kdy nechodí do práce či dílen. Během týdne totiž většina klientů buď pracuje, nebo jezdí do sociálně-terapeutických dílen. Vše však probíhá v rámci organizace, nikoli na otevřeném trhu práce.

V domově pro osoby se zdravotním postižením je situace s hygienou podobná oběma předchozím službám. Někteří klienti zvládnou hygienu sami, jiní se slovní dopomocí a někteří potřebují plnou asistenci. Stravu si zde zajišťují sami pouze na dvou ze čtyř oddělení a to jednou týdně, podobně jako na zkušebním bytě v týdenním stacionáři. Ve zbylých dnech a na zbylých dvou odděleních je strava dodávána z podnikové kuchyně ve velkých termo hrncích. Klienti ze dvou oddělení s menší mírou podpory pro jídla chodí. Jídlo rozdělují asistent, klienti si však připraví příbory, pití a talíře. Na těchto dvou domácnostech po sobě uživatelé nádoby i myjí, což je podobně jako na bytě v týdenním stacionáři starost služby. Na zbylých dvou domácnostech zaměstnanci připravují ohledně stravování kompletně vše, myjí nádoby, odnášejí talíře apod. Jsou zde totiž klienti s větší mírou podpory, kteří potřebují často i krmit.

- Shrnutí

Sebeobsluha je dalším velice důležitým bodem v sociálních službách. Stejně jako u aktivizace je i zde těžké najít ideální balanc v tom, s čím klientům pomáhat a do jaké míry. Každý totiž potřebuje mít možnost zlepšovat se, a když bychom za klienty vykonávali veškeré sebeobslužné práce, neměli by možnost dalšího růstu. V tomto směru je však těžké jednotlivá zařízení hodnotit, protože na to bychom museli perfektně znát všechny klienty a znát jejich potřebnou míru podpory. Přesto je však zřejmé, že v týdenním stacionáři v zařízení č. 1 se na potřebnou míru podpory moc ohled nebere. Například jídlo je zde všem klientům bez rozdílu donášeno přímo na stůl, včetně příborů, pití apod.

2.5 Polostrukturované rozhovory

Celkem proběhlo osm rozhovorů, čtyři o každém zařízení. Dva lidé jsou dokonce současnými i minulými zaměstnanci daných zařízení, takže s nimi proběhl dvojitý rozhovor. O minulosti i současnosti. Další dva byli bývalými zaměstnanci těchto zařízení a zbylí čtyři současnými. Seznam připravených otázek je Přílohou č. 1.

Hlavním cílem těchto rozhovorů bylo zjistit, jak se změnilo fungování služeb za posledních 20 – 30 let. Srovnáváno je tedy pomocí rozhovorů období konce minulého století a současnost. Další výzkumnou otázkou bylo, jaká je role speciálního pedagoga v daných zařízeních a jaká byla jeho role v minulosti. Současně byly také díky rozhovorům doplněny informace ze zúčastněného pozorování. Tato data jsou opět

vyhodnocena pomocí metody otevřeného kódování, při kterém tentokrát vznikly následující kategorie:

- Kategorie č. 1: hygiena
- Kategorie č. 2: sexualita
- Kategorie č. 3: stravování
- Kategorie č. 4: individuální plánování
- Kategorie č. 5: vzdělávání a zaměstnávání klientů
- Kategorie č. 6: vzdělávání zaměstnanců
- Kategorie č. 7: role speciálního pedagoga

2.5.1 Kategorie č. 1: hygiena

Zařízení č. 1

Dle respondentky č. 1 probíhalo koupání klientů v minulosti vždy v jasně daný den, konkrétně v úterý a ve čtvrtek, maximálně ještě nějaký den o víkendu. Sprchovali se vždy ihned po večeři a po ní šli většinou rovnou spát, maximálně se na něco chvilku podívali na televizi ve společenské místnosti. Respondentka č. 2 toto potvrdila a dodala, že klienti se občas koupali i hromadně. Říká, že: *„Tenkrát nikdo neřešil, zda se mezi sebou klienti stydí, nebo zda je jim to nepříjemné. Pro úsporu času se jeden svlékal ve stejné koupelně, kde se mezitím druhý sprchoval.“* Důraz na soukromí byl tedy v minulosti opravdu malý. Obě ženy také vypověděly, že i na čištění uší, stříhání nehtů apod. byl dříve přesně určený den, konkrétně středa. Ve středu po poledním klidu se postupně všem klientům ostříhaly nehty a vyčistily uši, jindy to nebylo možné. Respondentka č. 1 k tomuto říká, že: *„Nikdo neřešil, zda nehty ostříhat potřebujete, nebo ne. Prostě byla středa, tak vám je někdo ostříhal.“* S tím souvisí i potlačování individuálních schopností každého s klientů. Dle respondentky č. 2 *„Míru podpory opravdu nikdo neřešil. Všichni byli vykoupáni a umyty, nebyl čas, aby se někdo umyl sám.“*

Oproti tomu dnes se, podle současných asistentů, může vykoupat každý ve chvíli, kdy chce. Respondent č. 4 však říká: *„Na koupání máme sice určené úterý a čtvrtek, ale není to striktně dané. Pokud je léto a klienti se více potí, koupou se častěji, v zimě naopak méně. Když někdo během dne řekne, že chce do sprchy či vany, je mu to umožněno.“* Klienti tedy mají právo říct si, kdy se koupat chtějí a kdy naopak ne. Lepší je to dnes i v míře podpory, kterou dostávají. Respondentka č. 3 říká: *„Hygiena probíhá individuálně.“*

Závisí na schopnostech daného klienta. S některými ji musíte udělat celou, u jiných stačí pouze dohled a slovní dopomoc.“ Na chráněném bydlení již dnes není podle respondentky č. 1 určen ani rámcově žádný konkrétní den, kdy se musejí koupat. *„Hygiena je plně v jejich režii. Mámě vytipované klienty, kteří se neradi koupají, takže ty musíme upozorňovat, aby se alespoň obden vykoukali, ale jinak si to vždy určují sami.“*

Zařízení č. 2

Ve druhém zařízení to s hygienou dříve probíhalo trochu podobně, jako v zařízení č. 1, jen možná s výraznějšími nedostatky. Respondentka č. 6 uvádí: *„Dříve byl daný pouze jeden den v týdnu, kdy se všichni koupali. Myslím, že to byl čtvrtek po večeři. V tu chvíli byli všichni klienti doslova zahánáni do koupelny, svlečení a čekali nazí ve frontě na sprchu.“* Respondentka č. 5 k tomu dodala, že *„klienti neměli možnost umýt se sami. Hygiena probíhala tak rychle, že nebylo možné čekat, až se umyjí sami.“* V té době se tedy vůbec nekoukalo na soukromí klientů. Také nebyla možnost, že by se někdo vykoupal dříve, než ve čtvrtek. Pedikúra, manikúra a stříhání probíhali v zařízení. *„Všechny klientky tenkrát měly vlasy ostříhané na krátko, protože to bylo zkrátka snadnější.“* dodala k tomuto tématu respondentka č. 1:

Na otázku, jak je to v současné době, odpověděla respondentka č. 1 že: *„Dnes mají klientky pomyslné právo mít i dlouhé vlasy. Přesto se to ještě stále některým asistentům nelíbí. Nelíbí se jim, že musí klientky česat. Vždyť pro ně je přeci snadnější, aby měly krátké vlasy.“* Pozůstatky z doby minulé však nejsou pouze v souvislosti s kadeřnictvím, ale proplétá to všechny oblasti péče o uživatele. *„Na stříhání nehtů a čištění uší je vyhraněná sobota. Je to zejména proto, aby se na to nezapomnělo úplně. Někteří asistenti by třeba uší nečistili vůbec, a proto je určen přesný den. Bohužel, většina zaměstnanců toto bere doslova, a když za nimi během týdne přijde klient, že chce ostříhat nehty, odpoví mu „Copak je dneska sobota?“ Snažíme se to však postupně odbourávat.“* řekla respondentka č. 1 a respondentka č. 2 potvrdila, že si to pamatuje úplně stejně. Dle těchto dvou žen je zde také problém v tom, že někteří zaměstnanci mají stále tendence brát do koupelny více klientů najednou kvůli úspoře času. Naštěstí už se však jedná pouze o výjimky, kterým je vysvětlováno, že takto to nejde. Koupání již dnes probíhá každý večer a není k tomu již tedy určen žádný konkrétní den.

V týdenním stacionáři koupání také probíhá většinově každý den. Pouze uživatelé, kteří jsou na vozíčku, se koupají jen obden. Zbylé dny jsou umyty pouze mokrou žínkou. Dle

respondentky č. 8 dostávají všichni klienti jen takovou míru podpory, kterou nezbytně potřebují.

Shrnutí

Je možné konstatovat, že v hygieně klientů se celkově v sociálních službách hodně změnilo. V obou zařízeních můžeme pozorovat, že dříve byly jasně určené dny a časy, kdy se klienti mohli koupat. V dnešní době tomu tak již není. Přesto si nelze nevšimnout, že některé znaky ústavní péče stále přetrvávají. Zejména v zařízení č. 2, kde někteří zaměstnanci zapomínají na soukromí a sexualitu klientů.

2.5.2 Kategorie č. 2: sexualita

Zařízení č. 1

Respondentka č. 1 dále říká, že: *„Mě hrozně drásalo, že někteří neměli župany, takže chodili různě neoděni, polooděni a podobně. Nikdo se před nikým moc nestyděl, sexualita neexistovala. Klienti se před sebou běžně svlékali.“* Na otázku, jak se tedy vnímala sexualita klientů v té době, respondentka č. 1 odpověděla: *„My jako zaměstnanci jsme ji vnímali, ale moc se o ní nemluvilo. Měli jsme jednu klientku, která měla tyto potřeby, ale její rodina byla silně věřící a proto se s tím nedalo moc pracovat. Museli jsme v podstatě zatajovat její potřeby před rodiči.“* Respondentka č. 2 k tomuto dodala: *„V budoucnu se sházelo několik týmů, abychom společně přišli na to, o čem chceme mluvit, co je to protokol sexuality apod. Poté jsme teprve instalovali velká zrcadla na chodbu, aby se klienti mohli vidět i celý.“*

Dnes zde již sexualitu klientů nikdo nepopírá. Na chráněném bydlení je dokonce klientka, která má hned několik sexuálních partnerů. *„S klienty o sexualitě běžně mluvíme, říkáme jim, jaká pravidla musí dodržovat apod. Ve chvíli, kdy by se dali dohromady dva naši klienti, mohou spolu bydlet na jednom pokoji. I to se nám zde už stalo.“* říká respondentka č. 1. Respondent č. 4, který je z týdenního stacionáře, však říká, že *„Většina klientů sexualitu moc neřeší, ale jinak máme kolegyni, která na to má kurz. Je sexuální poradkyně, jezdí na různá školení a setkání s lidmi z dalších organizací, kde sexualitu probírají. Ve chvíli, kdy by však klienti chtěli bydlet spolu, tak si nemyslím, že by to u nás šlo nějak zařídit.“* Buď je to tedy v každé službě daného zařízení trochu jinak, nebo se jedná o postoj či názor pouze konkrétního zaměstnance. To však vzhledem k malému vzorku respondentů nelze posoudit.

Zařízení č. 2

Jak již bylo zmíněno v kategorii ohledně hygieny, zaměstnanci v domově pro osoby se zdravotním postižením dříve sexualitu klientů nevnímali v podstatě vůbec. Dnes, když byla tato otázka položena současným zaměstnancům, byli odpovědi následující. Respondentka č. 1 říká: *„Dnes jsou již zaměstnanci okolnostmi donuceni, aby si alespoň částečně sexuality klientů všímali. Dříve jsme zde měli ubytované pouze ženy, proto bylo jednodušší ignorovat jakékoliv projevy. V souvislosti s nástupem několika mužů do služby zde vznikly dokonce partnerské vztahy. Jejich klíčový pracovník s nimi proto probral, jak se musejí chránit, kde mohou sex provozovat apod.“*

Respondent č. 7, asistent z chráněného bydlení, dokonce vyprávěl následující příběh: *„Jednou se nám stalo, že si klientka psala s nějakým mužem z jiného zařízení. Vůbec nevím, jak na něho narazila, ale psali si poměrně dlouho. Později se domluvili dokonce s opatrovníkem daného muže, že by chtěli, aby přešel k nám do zařízení, aby spolu mohli bydlet. Jelikož všechny strany souhlasily, bylo jim to umožněno.“* Později se sice rozešli, ale mají spolu dodnes přátelský vztah a mohou tak i nadále žít na jedné domácnosti.

Respondentka č. 8 uvedla k problematice sexuality v týdenním stacionáři následující: *„Byli bychom sami proti sobě, kdybychom nevnímali sexualitu našich klientů. Máme zde mnoho mladých mužů, některé dospělé, jiné v pubertálním věku, kteří mají silné projevy sexuality. Musíme tedy přemýšlet, jak se jejich sexualitou můžeme pracovat. Jednomu 17 letému chlapci, který měl neustálé tendence sahat nám na prsa, jsme koupili takový ten polštář s prsy. Od té chvíle jeho nevhodné chování vymizelo.“*

Shrnutí

Dle dostupných výpovědí je zřejmé, že sexualita u lidí s postižením byla dříve zcela opomíjena. Dnes situace sice stále není ideální a mnoho lidí má předsudky, že osoby s postižením nemohou být sexuálně aktivní, ale celkově se povědomí o této problematice zlepšuje. Mnoho organizací již pořádá různá školení sexuality, existují sexuální poradci či dokonce sexuální asistentky pro lidi s postižením. Postupně se tedy život lidí s postižením začíná i v tomto směru více podobat životu majoritní společnosti.

2.5.3 Kategorie č. 3: stravování

Zařízení č. 1

„Ráno v sedm hodin byl budíček, kdy hned probíhala ranní hygiena a poté se plynule přecházelo do budovy týdenního stacionáře, kde byla centrální kuchyně. Tam teprve klienti snídali.“ Toto je část odpovědi respondentky č. 2 na stravování klientů v minulosti.

Tenkrát probíhala v budově týdenního stacionáře veškerá činnost, takže i obědy a svačiny probíhaly v této hlavní kuchyni. První respondentka z minulosti, která zde pracuje dodnes, dodala, že „na chráněné bydlení jim byly přiváženy večeře. Ty byly v takových těch velkých barelech, hromadně všechno v jednom. Takže mně už pak vadilo, že se muselo pořád někam chvátat a všichni museli jíst hromadně. To jsme se tedy snažili odbourat, začali jsme do týdenního stacionáře chodit pouze na obědy, zbytek jsme si nechávali dovést na chráněné bydlení. Klienti se postupně začínali i podílet na přípravě oběda. Také jsme požádali, aby nám večeře nedávali v jednom velkém barelu, ale aby každý dostal svůj ešus. Sice je to pro nás pak více práce s mytím, ale pro klienty to bylo přijatelnější. Ted' si již vaříme sami.“ Na chráněném bydlení si tedy v tuto chvíli již zajišťují všechno jídlo sami. Každý má na pokoji svou lednici, kde má nakoupené vlastní potraviny na svačiny a snídaně. Večeře a obědy vaří společně. Je vždy určená služba, která má zrovna na starosti vaření a to včetně nákupu. Klienti jsou rozděleni do dvou skupin a každá skupina vaří v jedné kuchyni. Uživatelé se společně domluví, jaká jídla by si chtěli uvařit.

V týdenním stacionáři je to se stravováním jinak, než na chráněném bydlení. Zde si klienti nejen sami nevaří, ale dokonce si ani nepřipravují příbory, talíře apod. Vše jim připravuje asistent. Jedná se prý ale pouze o dočasný stav kvůli pandemické situaci. Jídlo je zde dováženo z další služby, kde je v současné chvíli centrální kuchyně. Respondentka č. 3 říká: „Strava je dovážena z *****, my jim to servírujeme. Připravujeme jídlo na talíře a servírujeme jim ho. Většina klientů je schopna najíst se sama. U jednoho klienta máme mletou stravu, ale nají se sám. Krmíme pouze jednoho klienta, který je na vozíčku a sám by se nenajedl.“ Tato žena také uvedla, že klienti si poté uklízejí talíře sami do myčky, což se při pozorování nedělo. Otázkou tedy je, zda je to ještě stále z důvodu epidemiologické situace, či nikoliv. Na otázku, zda s klienty v týdenním stacionáři někdy vaří, odpověděl respondent č. 4, že „vařivali jsme, ted' však kvůli epidemiologické situaci nevaříme. Byl zde i kroužek vaření, který ted' ale z důvodu COVIDu nefunguje.“ Na otázku, zda se chystají tato opatření rozvolnit, řekl, že to on neví. Záleží zde tedy nejspíše přímo na vedení dané služby.

Zařízení č. 2

System stravování v domově pro osoby se zdravotním postižením se podle výpovědí respondentů od minulosti moc nezměnil. Na oddělení, kde jsou osoby s větší mírou

podpory, je jídlo dodáváno výtahem ve velkých barelech. Zde je teprve rozdělováno na jednotlivé porce. Respondentka č. 5 vypověděla, že „*polévku asistenti dost často mixují a dají ji do hrnečků. Je to pro ně takhle pohodlnější a vysvětlit si, že je to neetické si nenechají. Pokaždé, když jsem na směně, tak s nimi o tom diskutuji.*“ Přesto, že mnoho věcí zde na stravování není ideální a jsou zde stále některé zvyky z minulosti, prošla i tato oblast velkou transformací. Například respondentka č. 6 uvedla, že „*někteří klienti v kuchyni pracují. Mají to jako placené zaměstnání, kdy pomáhají s různými pomocnými pracemi, jako například krájení, mytí nádobí apod.*“ Respondentka č. 5 také uvedla, že s klienty se na dvou odděleních i vaří. Na jedné domácnosti je to vždy ve čtvrtek a na druhé domácnosti celý víkend. Klienti se vždy předem domluví, co budou vařit a den předem si dojedou s asistentem nakoupit do města. Zbylé dny se klienti, kteří chodí do sociálně-terapeutických dílen, stravují v hlavní jídelně. Sami si vyzvednou oběd a společně se najedí. Uživatelé s větší mírou podpory, kteří nechodí do sociálně-terapeutických dílen, jedí na své domácnosti. Na domácnosti jim jídlo rozděluje asistent, přičemž na domácnostech s menší mírou podpory poté mají klienti službu na mytí nádobí, při kterém asistent maximálně dohlíží. Na domácnostech s větší mírou podpory myjí nádobí zaměstnanci.

Na chráněném bydlení je situace odlišná. Klienti většinou přes týden dojíždějí do domova se zdravotním postižením do práce či do sociálně-terapeutických dílen. Obědy tedy mají objednané zde. Zbylá jídla si však dle respondenta č. 7 vaří na své domácnosti. Podobně jako v chráněném bydlení v zařízení č. 1 i zde mají na vaření danou službu. Nákupy probíhají ve vedlejším městě společně s asistentem.

V týdenním stacionáři je dle respondentky č. 8 situace závislá na oddělení. „*Klienti na hlavní budově si nevaří. Všechno jídlo dostávají z výdejního okénka. Někteří si pro jídlo dojdou sami, jiným ho musíme nosit. Kromě uživatelů, kteří jsou na vozíčku, si však každý v okénku vezme alespoň třeba pití, lžičky apod. Klienti z cvičného bytu si jeden den v týdnu vaří všechna jídla. Předem se domluví, na co mají zrovna chuť. K svačině si většinou upečou třeba buchtu.*“ Jídlo zde tedy podle výpovědi respondentky č. 8 probíhá velice individuálně a s ohledem na schopnosti a možnosti daného klienta.

Shrnutí

Problematika stravování je velice náročná. Jsou zde velké rozdíly nejen v jednotlivých zařízeních, ale i daných oddělení. Zatímco někde nenechají klienty ani po sobě uklidit

talíř, jinde si zařizují všechna denní jídla. Velice to záleží na smýšlení celého týmu, kdy právě zde občas nastávají tzv. třecí plochy. Je proto velmi důležité, aby byl tým schopen se domluvit na jednotném postupu, který budou všichni zaměstnanci dodržovat. Také je dle mého názoru v této oblasti velice důležité, aby se asistenti zamysleli i nad tím, co by bylo příjemné jim samotným. To však platí nejen v kontextu jídla, ale naprosto ve všech oblastech péče o lidi s postižením.

2.5.4 Kategorie č. 4: individuální plánování

Zařízení č. 1

„Klienti byli dle zájmu rozdělováni do tzv. tříd, kde dělali různé činnosti, jako například vymalovávání, ruční práce, hromadné procházky. Musím přiznat, že ty činnosti určitě nebyly pro každého přínosem. O žádném individuálním plánování zde rozhodně nebyla ani řeč. Všichni měli vždy stejný program.“ říká o individuálním plánování a náplni dne respondentka č. 1. Respondentka č. 2 poté zmínila, že později se do náplně dne klientů začali zapojovat různé neziskové organizace. *„Byly to neziskovky, které nám začaly dělat různé tanečky pro klienty, fotografické kroužky, turistický kroužek a další aktivizační činnosti. To pro nás dělali převážně studenti vysokých škol, kteří ale většinou vydrželi třeba jeden/dva semestry a jejich zájem rychle opadl. V tu chvíli to ale bylo úžasný.“* Dnes však už žádné takové aktivity neprobíhají. Podobná situace byla i v týdenním stacionáři, kde pořádali různé kroužky i jednotliví asistenti. Bylo to například již zmiňované vaření, dále plavání, turistický kroužek apod.

Respondentka č. 1 také uvedla v kontextu navazování vztahů mezi klienty a zaměstnanci že: *„Byla jsem i svědkem toho, kdy byl klient zahrán do kouta a bylo mu dáno pár facek.“* To bohužel v minulosti nebo výjimkou, nyní však prý občas nastává druhý extrém, kdy občas nastává agrese klientů vůči zaměstnancům. Tato respondentka uvádí, že *„dnes jsou tyto misky vah obrácené. Klientům se neustále zdůrazňují jejich práva a oni nám pak říkají, že mi jsme tady od toho, abychom jim sloužili. Musíme proto ještě najít ten správný balanc. Musí si uvědomit, že sice mají svá práva, ale také své povinnosti.“*

Respondentka č. 1 dále o současné situaci ohledně individuálního plánování uvedla, že *„je diskutabilní, jak to má který klíčový pracovník nastaveno. Individuální plán se sice nastavuje společně s klientem, ale občas je u někoho vidět, že přemýšlí spíše nad tím, aby to pro ně bylo co nejnanejdější, nikoli aby to bylo prospěšné pro klienta. Je jasné, že on vám vše odsouhlasí.“* Z tohoto důvodu by nyní chtěli v organizaci zavést i to, že se bude

častěji měnit klíčový pracovník daného klienta. To je však prý pouze ve fázi testování a účinnost proto zatím není známa.

V týdenním stacionáři má stejně jako na chráněném bydlení každý klient svého klíčového pracovníka, se kterým vymýšlejí individuální plán. „Vždy po půl roce společně s klienty vyhodnocujeme, zda chtějí v individuálním plánu pokračovat, nebo zda ho chtějí změnit. Každý měsíc také píšeme záznamy, co se mu v daném individuálním podařilo.“ sdělil respondent č. 4.

Zařízení č. 2

Respondentka č. 6 o individuálním plánování uvedla, že „správně by mělo individuální plánování probíhat tak, že se klíčový pracovník domluví s klientem na tom, v jaké oblasti by se chtěl v následující době rozvíjet. Lhala bych však, kdybych se vám snažila tvrdit, že to tak opravdu je. Ano, u některých klientů to tak probíhá, ale i tak si klient většinou nic nevymyslí a zaměstnanci mu podsunou odpověď, která se líbí jim. U ostatních klientů často zaměstnanci přemýšlejí pouze nad tím, aby to pro ně bylo jednodušší, nikoliv nad tím, co je pro klienta nejlepší a co ho nějak rozvine.“ To potvrdila i respondentka č. 7, která řekla: „Přiznávám, že i já jsem občas vymýšlela plány, které klienta vlastně nikam neposunuly. Ale na mou obranu, já vlastně tenkrát ani nevěděla, k čemu by měl být takový individuální plán dobrý. V minulosti samozřejmě nic takového neexistovalo. Pak to najednou začalo být povinné, bylo nám řečeno, že to musíme udělat, ale vlastně už nám nikdo nevysvětlil, k čemu je to dobré.“ Tím tato bývalá zaměstnankyně odpověděla i na otázku individuálního plánování v minulosti, ke kterému respondentka č. 6 dodala: „V minulosti jsme individuální plánování neznali. Všichni museli dělat všechno, ke všem se přistupovalo stejně. A to i co se týče míry podpory, kterou také všichni dostávali stejnou, tedy maximální.“ Respondentka č. 8 však dodala, že v současné době je v celé organizaci individuální plánování velkým tématem. Probíhají zde různá školení, kde se probírá právě to, jak plán s klientem správně nastavit, aby ho rozvíjel.

Shrnutí

V minulosti pojem *individuální plánování* ani neexistoval, dnes je skloňovaný v každé sociální službě. Díky standardům kvality je nezbytné, aby měl každý klient svůj individuální plán. Je však otázkou, jakým způsobem jsou plány nastavovány. Jak již bylo zmíněno, někteří zaměstnanci se přiznali, že sami do nedávna nevěděli, jak správně individuální plán nastavit. Někteří dokonce sdělili, že si myslí, že to v jejich organizaci

není nastaveno ideálním způsobem. Přesto je však důležité, že z výpovědí jednotlivých respondentů vyplývá, že si uvědomují, že každý klient je individuální osobnost s individuálními vlastnostmi a potřebami. A to je dobrý start pro nastavení individuální péče o jednotlivé klienty.

2.5.5 Kategorie č. 5: vzdělávání a zaměstnávání klientů

Zařízení č. 1

„V budově týdenního stacionáře byly tzv. třídy, do kterých byli klienti rozdělováni podle zájmů. Jednalo se o vymalovávání, ruční práce, hromadné procházky. Všechno probíhalo hromadně.“ říká o náplni dne klientů v minulosti respondentka č. 1. Žádné vzdělávání zde však dříve neprobíhalo. Jednalo se maximálně o zájmové kroužky, nikoli však o vzdělání jako takové. Ani klienti z týdenního stacionáře, kde je i dětská klientela, tenkrát do školy nedocházeli.

Na otázku, zda mají klienti možnost se nějak vzdělávat, odpověděla respondentka č. 3 takto: *„To taky fungovalo, chodilo se dříve na různé kroužky, ale teď již ne. U nás v rámci aktivizací probíhá opakování trivia, trénování paměti a strukturované učení, které s nimi dělá speciální pedagožka.“* Respondent č. 4 dodal, že *„ve chvíli, kdy by v organizaci byl nějaký klient dětského věku s povinnou školní docházkou, tak bychom ho určitě doprovázeli do nějaké školy.“* Nyní však mají v týdenním stacionáři pouze dospělé klienty, a to i přesto, že cílová skupina zahrnuje i dětský věk.

Respondentka č. 1 ke vzdělávání klientů dodává: *„vzhledem k tomu, že naši klienti již nejsou nejmladší, tak zde o nějakém vzdělávání již nemůže být moc řeč. Chtějí už svůj klid a o vzdělávání moc zájem nemají.“* Probíhá tedy vzdělávání pouze v těch oblastech, které klienty zajímají. U jednoho klienta jsou to například kurzy fotografování, které mu organizace zařídila u profesionálního fotografa.

Zařízení č. 2

Shrnutí

2.5.6 Kategorie č. 6: vzdělávání zaměstnanců

Zařízení č. 1

Respondentka č. 3 říká o možnostech vzdělávání zaměstnanců: *„Každý rok dostáváme od zaměstnavatele širokou nabídku vzdělávání, ze které si můžeme vybrat. Myslím si, že je to docela pestrý seznam a každý si tam vybere to, co potřebuje.“* Na otázku, zda si mohou vybrat sami nějaké úplně jiné školení, odpověděli všichni respondenti tak, že si

myslí, že by jim bylo vyhověno. Nikdo si tím však nebyl jistý, je tedy očividné, že to nikdo nedělá. Dle respondentky č. 2 však v minulosti výběr školení nebyl možný vůbec. Říká, že „v té době nikdo neřešil, kolik hodin školení za rok máme. Ano, nějaká školení sice probíhala, ale bylo jich málo a vždy jen hromadné akce, kam museli povinně všichni zaměstnanci. Naše potřeby šly v tomto ohledu stranou.“

Zařízení č. 2

Na otázku ohledně vzdělávání zaměstnanců odpověděli všichni respondenti z tohoto zařízení téměř totožně. Například odpověď respondenta č. 7 zněla: „Zaměstnavatel vždy vybere nějaká školení, na který musíme všichni povinně jít. Většinou probíhá u nás v organizaci, kdy k nám přijede nějaký školitel.“ To potvrdili i zbylí respondenti, přičemž ani jeden si nemyslí, že by jim paní ředitelka dovolila, aby si vybrali školení, kurz či stáž dle vlastního výběru. Respondentka č. 6 sdělila, že v minulosti zde skoro žádná školení neprobíhala. Dnes se jedná o školení na témata jako například individuální plánování, sexualita lidí s postižením či jemné úchopy. Témata se prý často opakují a dlouhodobým zaměstnancům již žádné nové poznatky nepřinášejí.

Shrnutí

Dle výpovědí respondentů jsou mezi jednotlivými organizacemi v oblasti školení značné rozdíly. Zatímco v prvním zařízení zněly výpovědi jednotlivých zaměstnanců spíše pozitivněji a o jednotlivých školeních mluvili se zájmem, u druhého zařízení byl zájem podstatně menší. Často se zde opakovala myšlenka, že školení jsou všechna stejná a nic nového se zde nedoví. Je zde však mnoho faktorů, které zde mohou hrát svou roli. Může se jednat opravdu o časté opakování jednotlivých školení, rozdílnou kvalitu lektorů, malý zájem ze strany zaměstnanců nebo například i velkou vzdělaností zaměstnanců v dané problematice. Těch možností je však tolik, že není možné zde soudit, která je správná.

2.5.7 Kategorie č. 7: role speciálního pedagoga

Zařízení č. 1

Respondentky č. 1 a 3 odpověděly, že v zařízení momentálně žádný speciální pedagog nepracuje, zatímco respondent č. 4 tuto skutečnost vyvrátil. Jedná se sice o vystudovanou speciální pedagožku, která je zde ale na pozici aktivizačního pracovníka. Tato pracovnice s klienty procvičuje trivium a dělá tzv. strukturované učení.

Zařízení č. 2

Respondentka č. 8 je speciální pedagožkou v týdenním stacionáři druhého zařízení. Na otázku, jak se její náplň práce liší od pracovníků přímé péče, odpověděla: *„Vzhledem k tomu, že máme stále méně zaměstnanců, než bychom potřebovaly, tak nijak zásadně. Dělán všechny činnosti, které dělají i ostatní kolegyně. Jediné, v čem je to jiné, je fakt, že plánuji různé výlety, akce, tvoření apod. Mým úkolem je vymyslet, jak by se mohl daný klient aktivizovat a naučit nějaké nové dovednosti.“* Jako příklad uvedla, že pravidelně pro klienty pořádají barevné dny. Všichni si ten den vezmou nějaký kus oblečení dané barvy, dělají různé soutěže, posezení na zahradě apod.

Přesto, že je tato respondentka speciální pedagog, přímou pedagogickou činnost v zařízení nevykonává.

Shrnutí

Přesto, že v obou zařízeních se nachází někdo, kdo má speciálně pedagogické vzdělání, pedagogickou činnost zde spíše nevykonávají. V prvním zmiňovaném zařízení se jedná pouze o opakování znalostí trivia, případně strukturované učení. Je to však vysvětlováno zejména tím, že v zařízení je již starší klientela. Ve druhém zařízení je role speciálního pedagoga také poměrně malá. Pedagogická činnost sem však zasahuje více ve smyslu učitelů ve škole, kam děti ze stacionáře docházejí.

3 DISKUZE

Bakalářská práce se v praktické části zabývá změnou v poskytování služeb ve dvou pobytových zařízeních podobného rozsahu. Zkoumá jednotlivé oblasti péče o osoby s mentálním postižením a jejich způsob poskytování nyní a na konci 20. století.

Jedním z cílů výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem se změnila forma poskytování sociálních služeb. Když se podíváme do dávné historie, tak první formou sociální služby dle Marouška (2011) bylo poskytování almužen chudým v raném středověku. Od té doby se však způsob poskytování služeb výrazně změnil. Vzhledem ke koncepci výzkumné části, kdy bylo využito rozhovorů s přímými aktéry, však můžeme srovnávat pouze to, co bylo na konci minulého století a dnes. Z rozhovorů s bývalými zaměstnanci pobytových sociálních služeb vyplynulo, že kvalita sociálních služeb se výrazně zlepšila. K současné chvíli nastaly největší změny s platností zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zavedením standardů kvality. Sami bývalí zaměstnanci potvrdili, že mnoho věcí neřešili do chvíle, než byli pomocí standardů donuceni.

Změn, které nastaly, je mnoho a jsou podrobněji popsány ve shrnutí jednotlivých kapitol. Jak uvádí MPSV v Konceptu podpory transformace (2007), jedním z velkých rizik je přijetí změn ze strany uživatelů a zaměstnanců. S tímto problémem jsme se setkali i při výzkumném šetření k této práci. Pro klienty je tato změna většinou pozitivní, proto ji snázejí oproti zaměstnancům většinou dobře. Někteří respondenti však uvedli, že některým jejich kolegům se změny přicházející s transformací sociálních služeb nelíbí. Mají často pocit, že po nich chce najednou vedení věci, které nejsou nutné a pro klienty zbytečné, protože doteď se bez nich obešli. Se stejným problémem jsem se setkala nejen při rozhovorech a pozorování, ale i ve vlastní praxi při práci v jednom pobytovém zařízení. Setkávala jsem se s názory, že když budu dělat věci „navíc,“ tak ukážu vedení, že to jde, a oni to pak budou muset dělat taky. Je pak tedy otázkou, jak tento problém vyřešit. Dle mého názoru se jedná o určitou formu davového efektu, který Le Bon (2016) popisuje jako situaci, kdy člověk přestane v davu vnímat sebe jako individuální bytost a splývá s ostatními do jednoho sugestibilního celku. V takovém celku se často rychle šíří emoce a asociální chování. Když se tento fenomén spojí ještě se syndromem vyhoření, který v pomáhajících profesích hrozí, jedná se o velmi komplikovanou situaci, která je jen těžko vyřešitelná. Mezi hlavní příznaky syndromu vyhoření totiž podle Stocka patří vyčerpání, odosobněný přístup a s tím související pokles výkonnosti. Dalším velkým

důvodem, proč jsou změny pro zaměstnance tak těžké, může být dle mého názoru i nedůvěra ve vedení organizace. Podle Maslowa (1943 in Šamánková, 2011) je totiž pocit bezpečí a jistoty jednou ze základních lidských potřeb. Když člověk nemá tyto potřeby naplněné, je velice těžké posouvat se ve svém výkonu dále. Potřeba seberealizace je totiž až na samém vrcholu této pyramidy.

Druhou výzkumnou otázkou bylo, zda současná kvalita sociálních služeb odpovídá platným legislativním úpravám. Jedná se zde zejména o Standardy kvality sociálních služeb a zákon o sociálních službách. Kvalitu můžeme dle Malík Holasové (2014) rozdělit na složky subjektivní a objektivní. Objektivní kvalita v tomto případě souvisí s hodnocením poskytovatele služby skrze kontrolní subjekty a subjektivní kvalita je výsledkem hodnocení zákazníka. Zatímco pro státní orgány je spíše důležitá kvalita objektivní, v této práci jsem chtěla nahlédnout i do problematiky kvality subjektivní. A to jak z pohledu klienta, tak z pohledu zaměstnance. Vzhledem k malému výzkumnému vzorku není možné dělat generalizované závěry, jedná se tedy o výsledek šetření pouze v těchto dvou zařízeních. Přesto, že obě zařízení na první pohled působí rozdílně, v tomto ohledu zde jsou jisté podobnosti. Jak jsem již zmiňovala u první výzkumné otázky, tak v obou organizacích se objevila jistá nedůvěra ve vedení organizace. Na mnoha odděleních obou zařízení je ale možné se dokonce setkat s napjatými vztahy mezi samotnými pracovníky v přímé péči. Jak ale uvádí Bednář (2013), vztahy mezi zaměstnanci mají vždy velkou váhu. Je proto potřeba se jim aktivně věnovat a dávat jim svou pozornost. V sociálních službách to platí dle mého názoru ještě mnohonásobně více, protože nejen, že je potřeba zachovat stejný přístup ke klientům, ale hlavně to má vliv na celkovou atmosféru. Klienti většinou velmi vnímají, že je mezi zaměstnanci tzv. dusno a určitě to v nich nevyvolá pocit klidu a bezpečí. Na oddělení, kde byly vztahy s vedením na první pohled lepší, byla znát i celkově klidnější a příjemnější atmosféra, včetně větší spokojenosti klientů. Dobré vedení týmu je proto velice důležitou součástí každé služby. Objektivní kvalitu v sociálních službách můžeme soudit například podle standardů kvality sociálních služeb. Dle mého názoru se však ne vždy všichni chovají podle toho, co mají napsané.

Předposlední výzkumnou otázkou bylo, jakou roli má v sociálních službách speciální pedagog. Müller (2014) uvádí, že pozice speciálního pedagoga je v sociálních službách jen zřídka. A to i přesto, že je speciální pedagog u lidí s mentálním postižením potřebný.

Většinou ho tak v těchto organizacích sice potkáme, ale na pozici sociálního pracovníka či pracovníka v přímé péči. Tato teorie se potvrdila i během výzkumného šetření, kdy obě organizace sice měly vystudovaného speciálního pedagoga, vždy však na pozici pracovníka v sociálních službách. Jejich praxe většinou probíhala tak, že používali koncepty různých metod používaných ve speciální pedagogice. Občas se pak ale setkáváme s nedostatečnou vzdělaností v dané problematice, kdy pracovník provádí metody, které se učil pouze okrajově ve škole. Přesto je role speciálního pedagoga v těchto službách velice podstatná, a to například v oblasti komunikace, kdy může být v zařízení dle Kroupové (2014) vhodné zaměstnat speciálního pedagoga se zaměřením na logopedii. Těch využití je však mnohem více.

4 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na transformaci pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Pro účely pozorování a rozhovorů byla vybrána zařízení zaměřená na osoby s mentálním postižením. Během psaní práce jsem dospěla k názoru, že bude přínosnější popsat podobnosti v minulosti a současnosti, místo podrobného postupu transformace v jednotlivých zařízeních. Práce je proto zaměřena zejména na kvalitu sociálních služeb, porovnání s koncem minulého století a na roli speciálního pedagoga v těchto službách.

Hlavním cílem bylo zjistit, zda kvalita sociálních služeb odpovídá legislativním předpisům. Jako podklad sloužila Příloha č. 2 Vyhlášky 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a samotný zákon o sociálních službách.

Cíle, které si bakalářská práce kladla, byly naplněny.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část má čtyři kapitoly. První se zabývá základními východiskami spojenými s pojmem mentální retardace. Je zde několik definic mentální retardace, klasifikace, etiologie a zvláštnosti osob s mentálním postižením. Dále se teoretická část věnuje historii sociálních služeb od raného středověku po současné formy sociálních služeb. Třetí kapitolou první části je samotná transformace pobytových sociálních služeb. Její definice, legislativní ukotvení a možná úskalí. V neposlední řadě se teoretická část věnuje roli speciálního pedagoga v sociálních službách.

Praktická část bakalářské práce má dvě hlavní složky. Je složena z výsledků pozorování v daných zařízeních a výsledků rozhovorů s jednotlivými zaměstnanci. Přesto, že změn nastalo od minulého století mnoho, v obou pozorovaných zařízeních byly zjištěny určité podobnosti s fungováním těchto služeb v současnosti a na konci minulého století. Jedná se například o podobnost ve formě společných procházek, odmítáním sexuality klientů ze strany některých zaměstnanců nebo třeba určené časy na jídlo. Mnoho zaměstnanců již ale o těchto nedostatcích ví a snaží se je napravit.

V otázce role speciálního pedagoga v sociálních službách bylo zjištěno, že pozice speciálního pedagoga zde není častá. Pokud ve službách vystudovaný pedagog pracuje, většinou je to na pozici pracovníka v přímé péči či sociálního pracovníka. V přímé péči

má většinou na starosti aktivizaci klientů, rozvoj komunikace či aplikaci různých speciálně pedagogických konceptů.

5 ZDROJE

- BEDNÁŘ, Vojtěch, *Sociální vztahy v organizaci a jejich management*. Praha: Grada. 2013 ISBN 978-80-247-4211-3
- BENDOVIÁ, Petra a Augustin – středisko pro studenty se specifickými potřebami. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogu*. 2015, ISBN 978-80-7435-422-9
- BENDOVIÁ, Petra, ZIKL, Pavel, *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3
- ČERNÁ, Marie a Univerzita Karlova. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3
- DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-7891-4
- FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- FRANIOK, Petr, KALEJA, Martin a ZEZULKOVÁ, Eva, *Transformace speciálních vzdělávacích potřeb v kontextu kurikulárních dokumentů*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2010, ISBN 978-80-7368-921-6
- FRANIOK, Petr. *Transformace ve vzdělávání mentálně postižených a základní školy speciální*. Ostrava: Ostravská univerzita – Pdf. 2005. ISBN 80-7368-031-9
- HARTL, Pavel, *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1
- HAUKE, Marcela, *Pečovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada, 2011, ISBN 978-80-247-3849-9
- JANKŮ, Kateřina. *Využívání metody Snoezelen u osob s mentálním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7368-915-5
- JEŘÁBKOVÁ, Kateřina a Pedagogická fakulta. *Lidé se zdravotním postižením – historické aspekty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3602-9.

- JOHANOVÁ, Milena. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. s. 4. ISBN 80-86552-98-5.
- KANTOR, Jiří, LIPSKÝ, Matěj, WEBER, Jana, *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-2846-9
- KREJČÍŘOVÁ, Olga, VALENTA, Milan, *Psychopedie: kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8
- KROUPOVÁ, Kateřina a kol., *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5264-8
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
- MALIK HOLASOVÁ, Věra, *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MÜLLER, Oldřich a kol., *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4172-7
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0095-8
- STOCK, Christian, *Burnout*, Německo: Haufe-Lexware. 2015.
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol., *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do psychopedie*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2003. ISBN 80-7083-696-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum. 1999. ISBN 80-7184-803-4
- VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin a kol. *Mentální postižení*. Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-271-0378-2
- VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich, *Psychopedie – teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2013, ISBN 987-80-7320-187-6

Online:

- *Statistický manuál MKN-10 (2013)* [online] (<http://www.uzis.cz>)
- MPSV, *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, (2007) [online] (https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47)
- MPSV, *Transformace sociálních služeb*, (2020) [online] (<https://www.mpsv.cz/transformace-socialnich-sluzeb>)
- Usnesení č. DE01/48 Valného shromáždění OSN, *Všeobecná deklarace lidských práv* (1948) [online] (<http://spcp.prf.cuni.cz/dokument/de01-48.htm>)

6 SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Otázky pro polostrukturované rozhovory
- Příloha č. 2 – Pozorovací arch

Příloha č. 1

Otázky pro polostrukturovaný rozhovor

Otázky pro pracovníky v přímé péči (s kurzem pracovníka v sociálních službách):

- Jaké je vaše vzdělání?
- Jak dlouho v organizaci pracujete a na jaké pozici? Je to Vaše první práce v sociálních službách?
- Kolik je vám let?
- Jak probíhá hygiena?
- Jaké možnosti stravování klienti mají?
- Jak probíhá individuální plánování?
- Jak vnímáte a pracujete se sexualitou vašich klientů?
- Jak se mohou klienti vzdělávat?
- Jaká je role speciálního pedagoga v organizaci?
- Jaké možnosti vzdělávání máte vy?
- Jak navazujete vztah s jednotlivými klienty?
- Jaké možnosti vydělávání peněz mají klienti?

Otázky pro speciální pedagogy:

- Jaké je vaše vzdělání?
- Jak dlouho v organizaci pracujete a na jaké pozici? Je to Vaše první práce v sociálních službách?
- Jaká je vaše pracovní náplň?
- Jak vzděláváte klienty?
- Spolupracujete s nějakými školami, dalšími institucemi? Pokud ano, jak?
- Jak probíhá individuální plánování?
- Jaké možnosti vzdělávání máte?

Otázky pro minulé zaměstnance (před procesem transformace):

- Jaké bylo vaše vzdělání?
- Jak dlouho jste v organizaci pracovali?
- Kolik vám bylo let?
- Jak probíhala hygiena?
- Jaké možnosti stravování klienti měli?

- Probíhalo individuální plánování? Jak?
- Vnímali jste nějak sexualitu klientů? Jak jste s ní pracovali?
- Jak se mohli klienti vzdělávat?
- Byl v zařízení nějaký speciální pedagog? Jaká byla případně jeho role?
- Jaké možnosti vzdělávání jste měli vy?
- Jakým způsobem jste navazovali s klienty vztah?
- Jaké možnosti vydělávání peněz klienti měli?

Otázky pro klienty:

- Co se vám tady (otázky budou pokládány přímo v zařízení) nejvíce líbí?
- Chtěl/a byste něco změnit, aby se vám tady lépe žilo? Co?
- Jak vypadá váš den?
- Jaké máte vztahy s asistenty? Jaké s ostatními klienty, případně spolubydlíci?
- Jaké vztahy jste měl/a s asistenty když jsi nastoupil/a do této služby?

