

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Vnitřní klima a možnosti řízených aktivit u klientů s mentálním
postížením v zařízeních v ČR a USA.**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2008

Bc. Hana Šinková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

**Vnitřní klima a možnosti řízených aktivit u klientů s mentálním
postižením v zařízeních v ČR a USA.**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí práce

PhDr. Libuše Vlášková

2008

Autor

Bc. Hana Šinková

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „*Vnitřní klima a možnosti řízených aktivit u klientů s mentálním postižením v ústavních zařízeních v ČR a USA*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce za použití pramenů uvedených v přiložené bibliografii.

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

V Českých Budějovicích dne

.....

Bc. Hana Šinková

Poděkování

Děkuji tímto vedoucí diplomové práce PhDr. Libuši Vláškové za odborné vedení, konzultace a připomínky, které mi pomohly k vypracování této diplomové práce. Velké poděkování patří také všem, kteří poskytli cenné informace potřebné pro mou práci a byli ochotni spolupracovat.

ABSTRAKT

Vnitřní klima a možnosti řízených aktivit u klientů s mentálním postižením v zařízeních v ČR a USA.

Cílem této práce je zjistit a porovnat vnitřní klima a možnosti řízených aktivit v zařízeních v ČR a v USA. Cíl byl splněn pozorováním vnitřního klimatu v organizacích a vyhodnocením otázek v dotazníku, které vztahují k charakteru sociálního klimatu organizace. Z rozhovoru s vedoucími zařízení vyplynulo, že v organizaci RTR, Inc. v USA není nabízeno vyšívání, pletení, háčkování, modelování, práci s počítačem, jízda na kole, jízda na koni, práce na zahradě a péče o hospodářská zvířata. To je 9 činností z 36 uvedených v dotazníku, což je 25 %. V českých organizacích není nabízena práce s počítačem a bowling. To jsou 2 činnosti z 36 uvedených v dotazníku, což je 5,5 %. Domnívám se tedy, že se hypotéza H1: V USA využívají širší nabídku řízených aktivit než v ČR, se NEPOTVRDILA.

V dotazníku v otázkách, vztahujících se k charakteru sociálního klimatu organizace, zařízení v ČR získaly 10 bodů a v USA 12 bodů. Domnívám se tedy, že hypotéza H2: V systémech Home group v USA je vnímání sociálního klimatu vyšší než v zařízeních v ČR, se POTVRDILA.

Systém Group home je podobný chráněnému bydlení v ČR. Na rozdíl od ČR žijí v tomto systému klienti všech druhů a stupňů postižení. Group home má za úkol integrovat lidi s postižením do společnosti a umožnit jim žít život, co nejvíce podobný životu v rodině. Domy systému Group home jsou součástí běžné městské zástavby, od které nejsou nikterak odděleny. Život klientů v USA je více podobný životu intaktní populace než v ČR. V ČR se na klienty stále pohlíží jako na nemocné pacienty, o které se musí pečovat a kteří se musí léčit. V USA se klienti tolik nesetkávají s léčebnými terapiemi jako v ČR, ale jsou více začleněni do života, velice podobného intaktní společnosti. Klienti v ČR mají možnost uspokojení většiny svých potřeb uvnitř organizace. Z toho vyplývá, že mají menší potřebu vycházet ven z organizace, do prostředí majoritní populace. Výsledkem výzkumu k hypotéze H2 se prokázalo, že v USA organizace pečuje více o své zaměstnance než v ČR.

ABSTRACT
The social atmosphere and possibility of guided activities clients with mental disabilities in CR and USA

Finding out and contrasting a social atmosphere within the facilities in the Czech Republic (CR) and the USA as well as the possibilities of guided activities in there was the main objective of this thesis. The objective was met by observing the social atmosphere in organizations and analysing the responds of a questionnaire concerning the atmosphere. Following an interview with the facility's management it can be stated that the American organization Road To Responsibility, Inc. does not offer 9 activities out of 36 referred to in the questionnaire (25%). On the other hand, Czech organizations do not make available 2 activities out of 36 activities listed in the questionnaire (5.5%). It can be therefore assumed that the hypothesis H1 - *The US facilities provide a more extensive range of guided activities than the Czech ones* - was NOT CONFIRMED.

The questionnaire enquiries concerning the nature of the social atmosphere in organizations resulted in 10 points for the Czech ones as opposed to 12 points for those in the USA. Consequently, it can be stated that the hypothesis H2 - *The awareness of the social atmosphere throughout the American Home Group system is higher than in the Czech facilities* - was CONFIRMED. The research results concerning the H2 confirm that the US organizations look after their employees much more than in the CR.

The Home Group system is similar to nursing homes in the CR. However, clients of all types and degrees of disability live there unlike in the CR. The Home Group's task is to integrate disabled people into the society and afford them the opportunity to live a life most similar to a normal family life.

The Home Group' houses are a part of a regular housing development and are not in any way separated. The life of American clients is more similar to the life of the intact population than the life of the Czech clients. In the CR, the clients are still considered sick patients who must be taken care of and be treated. The American clients do not meet medical therapies in such a way like in the CR and they are much more included in life similar to the life of the intact population. The Czech clients can satisfy most of their needs within the organization, therefore they do not feel the need to get out of the organization into the environment of majority population.

„Čím více máme lásky, tím lehčeji projdeme světem.“

Kant

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem vybrala téma Vnitřní klima a možnosti řízených aktivit u klientů s mentálním postižením v ústavních zařízeních v ČR a USA. Problematiku mentálního postižení jsem si zvolila, protože bych se jí ráda věnovala i do budoucnosti. Současným trendem společnosti je integrovat lidi s postižením do majoritní společnosti a předejít tak jejich sociálnímu vyloučení. Konečným cílem je umožnit těmto osobám prožít co nejvíce plnohodnotný život. A to ať v domácím prostředí nebo jemu podobném. Lidé s mentálním postižením mají právo žít v prostředí, které je přirozené pro jejich vrstevníky.

V České Republice je tato problematika pořád řešena pobytem lidí s mentálním postižením v zařízeních s velkým počtem klientů.

Během své 6 měsíční praxe v USA jsem měla možnost pracovat s lidmi s mentálním postižením v residenčním komunitním bydlení Group home, které je podobné chráněnému bydlení v České Republice. Group home má za úkol integrovat lidi s postižením do společnosti a umožnit jim žít život co nejvíce podobný životu v rodině. Klienti jsou začleněni do společnosti a mají možnost potýkat se s problémy, které přináší běžné situace každodenního života.

V této práci jsem se zaměřila na porovnání aktivit, které dělají klienti s mentálním postižením ve volném čase a porovnání sociálního klimatu v organizacích.

V České republice jsem navštívila zařízení poskytující služby lidem s mentálním postižením během své praxe a dobrovolnické činnosti. Domnívám se, že by bylo možno využít moje zkušenosti ze systému Group home i v rámci péče o lidi s mentálním postižením v České Republice.

Zadání této práce vzniklo v roce 2006, tedy ještě před platností zákona o sociálních službách. Proto se v diplomové práci objevují slova „ústavní zařízení“ místo „Domovů a Center pro osoby se zdravotním postižením“. Stejný problém se vyskytl i s používáním slov „klient“ nebo „uživatel“.

Obsah:

1. SOUČASNÝ STAV	7
1.1. Mentální postižení	7
1.1.1. Příčiny mentálního postižení	7
1.1.2. Diagnostika mentálního postižení	8
1.1.3. Klasifikace mentálního postižení	10
1.2. Terminologie	11
1.2.1. Handicap	11
1.2.2. Restrigoaná participace	12
1.2.3. Mentální retardace	12
1.2.4. Mentální postižení	13
1.2.5. Klient a uživatel služeb	13
1.2.6. Learning disability a learning difficulty	13
1.2.7. Instituce	14
1.2.8. Organizace	14
1.3. Integrace	14
1.3.1. Integrace mentálně postižených	14
1.3.3. Cíl integrace	15
1.3.4. Školní integrace	15
1.3.5. Nejvhodnější podmínky ke školní integraci	15
1.3.6. Co dál po školní integraci	16
1.3.7. Výhody a nevýhody integrace	16
1.3.8. Bariéry v integraci	17
1.4. Organizace občanů se zdravotním postižením	18
1.4.1. Americká asociace pro mentální retardaci	19
1.5. Ústavní zařízení	19
1.5.1 Zrušení ústavů	21
1.5.2 Modernizace ústavní péče	22
1.5.3. Rodinná péče	23
1.5.4. Plánovaný přechod	24

1.6. Group home	25
1.6.1. Poskytované služby	25
1.6.2. Cíl	25
1.6.3. Klienti	26
1.6.4. Zaměstnanci	26
1.6.5. Lokalizace	26
1.6.6. Architektonické řešení	26
1.6.7. Činnosti	27
1.7. Sociální klima	27
1.7.1. Teorie mezilidských vztahů- Human relations	28
1.7.2. Sociální klima na pracovišti	28
1.7.3. Sociální klima ve školách	30
1.7.4. Složky sociálního klimatu	30
1.7.4. Význam sociálního klimatu	31
1.7.5. Hodnocení sociálního klima	32
1.7.6. Doporučení k pozitivnímu sociálnímu klimatu	33
1.8. Volnočasové aktivity	34
1.9. Road to Responsibility, Inc.	34
1.9.1. Historie	34
1.9.2. Sociální služby	34
1.9.3. Cíle RTR	35
1.9.4. Věková hranice klientů	35
1.9.4. Zaměstnanci a jejich vzdělání	35
1.9.5. Financování RTR	36
1.9.6. Lokalizace	37
1.9.7. Architektonické řešení	37
1.9.8. Poskytované služby RTR	38
1.9.8.1. Rezidenční program	38
1.9.8.1.1. Rezidenční program s celodenní supervizí	38
1.9.8.1.2. Rezidenční programy s částečnou supervizí	39

1.9.8.2. Pracovní program	40
1.9.8.2.1. Chráněné dílny	40
1.9.8.2.2. Řádné zaměstnání	40
1.9.8.3. Denní program	42
1.9.8.4. Rekreační program	43
1.9.9. Činnosti	44
1.9.10. Socioterapeutické činnosti	44
1.9.11. Volnočasové aktivity a společenské akce	44
1.9.12. Domácí řád	45
1.9.13. Denní rozvrh	45
1.9.14. Stravování	46
1.9.14. Věci osobní potřeby	46
1.9.15. Návštěvy	46
1.9.16. Oslovování a práva klienta	46
1.9.17. Doprava	47
1.10. Domov Libnič a Centrum sociálních služeb Empatie	48
1.10.1. Centrum sociálních služeb Empatie	48
1.10.1.1. Poskytované sociální služby	48
1.10.1.2. Cíl	48
1.10.1.3. Financování	49
1.10.1.4. Věkové rozmezí klientů	49
1.10.1.5. Zaměstnanci	49
1.10.1.6. Lokalizace	50
1.10.1.7. Architektonické řešení	50
1.10.1.8. Poskytované služby	50
1.10.1.9. Činnosti	51
1.10.1.10. Socioterapeutická činnost	51
1.10.1.11. Volnočasové aktivity a společenské akce	52
1.10.1.12. Domácí řád	52
1.10.1.13. Denní rozvrh	53

1.10.1.14. Stravování	53
1.10.1.15. Návštěvy	53
1.10.1.16. Věci osobní potřeby	53
1.10.1.17. Oslovování a práva klientů	54
1.10.1.18. Doprava	54
1.9. Domov PETRA Mačkov	54
1.10.1. Historie	54
1.10.2. Poskytované sociální služby	55
1.10.3. Cíl	55
1.10.4. Financování	55
1.10.4. Věkové rozmezí klientů	56
1.10.5. Zaměstnanci	56
1.10.6. Lokalizace	56
1.10.7. Architektonické řešení	56
1.10.8. Poskytované služby	57
1.10.9. Činnosti	57
1.10.10. Socioterapeutické činnosti	58
1.10.11. Volnočasové aktivity a společenské akce	58
1.10.12. Domácí řád	59
1.10.13. Denní rozvrh	60
1.10.14. Stravování	60
1.10.15. Návštěvy	60
1.10.16. Věci osobní potřeby	61
1.10.17. Oslovování a práva klientů	61
1.10.18. Doprava	61
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	63
2.1. Cíl	63
2.2. Hypotézy	63
3. METODIKA	64
3.1. Popis metodiky	64
3.2. Výzkumný soubor	64

4. VÝSLEDKY	66
4.1. Výsledky dotazníku	66
4.2. Výsledky rozhovoru	87
4.3. Výsledky pozorování	91
5. DISKUZE	92
5.1. Diskuze k dotazníku	92
5.2. Diskuze k rozhovoru	102
5.3. Diskuze k pozorování	103
6. ZÁVĚR	110
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	112
8. KLÍČOVÁ SLOVA	120
9. PŘÍLOHY	121
9.1. Seznam příloh	121

1. SOUČASNÝ STAV

1.1. Mentální postižení

Mentální postižení je vrozené a trvalé snížení úrovně rozumových schopností s nízkou kontrolou emocionality a přizpůsobování, vysokou potřebou akceptace, vysokou sugestibilitou, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje. Mentální postižení (dále jen MP) také nazýváme mentální retardací a mentálním handicapem. (45, 67, 68, 70)

Termín mentální retardace byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci ve 30. letech minulého století. Je odvozen z latinských slov:

Mens= mysl, rozum

Retardatio=zdržet, zaostávat, opožděvat. (77)

1.1.1. Příčiny mentálního postižení

- v prenatálním období to bývají infekce (zarděnková embriopatie, kongenitální syfilis a toxoplasmóza, virové infekce a v současné době HIV pozitivita). Toxické vlivy kouření, pití alkoholu, užívání drog a nadměrné množství průmyslových jedů. V prenatálním období vzniká 50-60 % MP.

- k perinatálním příčinám patří rizikový porod (překotný a porod císařským řezem) a mechanické poškození mozku (novorozenecká hypoxie). Vznik MP v perinatálním období: 8 %.

- v postnatálním období mohou postižení způsobit úrazy, psychosociální deprivace, vážné duševní poruchy a jiné onemocnění mozku. Vznik MP v průběhu života: 25-30 %.

- velkým rizikem je nedonošenost, makroskopické léze mozku (hydrocefalus a mikrocefalie), anomálie chromozomů (Downův, Turnerův a Klinefelterův syndrom)

- dědičné metabolické defekty aminokyselin (fenylketonurie, nemoc javorového syruku aj.), poruchy metabolismu cukrů (Tay-Sachs), poruchy metabolismu uhlovodanů (galaktosemie) a další.

Bohužel téměř 50% případů, převážně v pásmu mírného poškození, je neznámého původu. (8, 10, 33, 35, 50, 61, 62, 70)

V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených lidí. V 10-ti procentech je příčinou mentálního postižení Downův syndrom a ve 4 až 5 procentech dědičné metabolické defekty. Až 80 % mentálně postižených je v kategorii lehké mentální retardace a nejméně jich spadá do kategorie hluboké mentální retardace- zhruba 1 %. Z celkového počtu 300 tisíc mentálně postižených je 60 000 v pásmu těžkého mentálního postižení. Zhruba polovina mentálně postižených není schopna základní sebeobsluhy. 50% trpí výrazným fyzickým handicapem a není schopna samostatně se pohybovat po okolí. Zhruba 75 % lidí s mentálním postižením trpí nějakou chronickou nemocí. Primární mentální retardace, tedy postižení, kdy jediným příznakem je snížení rozumových schopností, je velmi vzácná. Obdobná procenta se nacházejí i ve statistikách ostatních evropských zemí. Počty mentálně postižených stoupají se zvyšující kvalitou lékařské péče a lepší evidenci. (8, 24, 67, 68, 70, 77, 78, 79)

S postupně se prodlužující délkou života roste i počet starších lidí s mentálním postižením. „ V třicátých letech 20. století se lidé s MR dožívali v průměru 20 let, v devadesátých letech to bylo již přes 60 let.“ (str. 51, 8)

1.1.2. Diagnostika mentálního postižení

K diagnostice mentálního postižení se posuzují rozumové schopnosti. V psychologii se rozumové schopnosti označují jako inteligence. „Inteligence je schopnost chápat a užívat informace v souvislostech, všeobecná schopnost samostatného řešení nových problémů a situací praktického života.“ (str. 233, 20) Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně rozumových schopností je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úkolech odpovídajících mentálnímu věku a mezi chronologickým věkem.

Výsledkem je inteligenční kvocient (IQ), který se odhaluje v psychologických testech inteligence následným vzorcem:

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{kalendářní věk}} \times 100$$

kalendářní věk

Hodnota IQ informuje o celkové rozumové úrovni jedince, ale neříká nic o kvalitativních zvláštnostech inteligence osoby, osobnostních vlastnostech a jeho dalších předpokladech k práci. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí a při opakovaném měření můžeme často dosáhnout různých výsledků. Proto se musí zároveň posuzovat i plnění očekávání přiměřených věku. Číselné hodnoty je nutné pojímat pouze jako orientační. Důležitá je kvalita zvládnutí životních nároků. (33, 50, 64)

K určování hodnot IQ se používá klasifikace Světové zdravotnické organizace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která je platná od 1.1.2004. (17)

Osoba, u které byla diagnostikována mentální retardace, musí splňovat následující tři kritéria:

- 1, IQ musí být pod 70 bodů
- 2, Osoba má zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života-komunikace, sebeobslužné dovednosti, selhávání ve školních dovednostech a samostatném životě
- 3, Porucha je přítomna od raného dětství

1.1.3. Klasifikace mentálního postižení:

- *Lehká mentální retardace* – IQ se pohybuje mezi 50 a 69.

K diagnostikování může dojít až v předškolním věku. Mluvu si osvojují později a následně jsou schopni používat ji v každodenním životě. Školní dovednosti zvládají do úrovně 11-ti let a mívají dysgrafické, dyslektické či dyskalkulické potíže. Jsou schopni absolvovat základní školu a vykonávat jednoduchá zaměstnání. V sebeobsluze jsou plně nezávislí. V sociálním prostředí jsou schopni žít bez výrazných omezení, úspěšně udržují sociální vztahy. Problémy v sociokulturním prostředí se projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý. Intelektové nedostatky mohou vyrovnat životními zkušenostmi. Většinou jsou svéprávní. Bývá přidružen autismus, vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování a pozornosti.

- *Středně těžká mentální retardace* – IQ se pohybuje mezi 35 a 49.

K diagnostice dochází v kojeneckém nebo batolecím období. Mentální věk se pohybuje v pásmu 4-8 let. Myšlení, řeč a zručnost jsou omezené. Mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a zřídka kdy k plné soběstačnosti. Klienti se velice rozlišují úrovní komunikace-od plné až po neschopnost mluvit a jen gestikulovat. Dospělí potřebují různý stupeň podpory v práci a běžném životě. Někdy si dokáží osvojit základy čtení, psaní a počítání. Pod odborným dohledem jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci a mohou se uplatnit v chráněných dílnách. Většinou je známá organická etiologie přidružených chorob- dětský autismus, neurologická onemocnění, epilepsie a psychiatrická onemocnění.

- *Těžká mentální retardace* – IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34.

K diagnostice dochází již v raném věku. Mentální věk se pohybuje v pásmu 18 měsíců až 3,5 roku. Tento stav vyžaduje trvalou podporu v běžném životě. Trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami vývoje či poškození nervového systému. Jsou schopni naučit se pár slov, psychického kontaktu, částečnému udržování hygieny a sebeobsluhy. Při správném vedení jsou schopni uplatnit se v chráněných dílnách.

- *Hluboká mentální retardace* – IQ dosahuje nejvýše 20, ale nejde přesně změřit. Mentální věk je nižší než 18 měsíců. Nutná je trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech. Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům a vyhovět jim. Jsou schopni vyjádření libosti či nelibosti a přinejlepším neverbální komunikace. Citlivě reagují na emoční tón hlasu a taktilní podněty. Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a nemají schopnost pečovat o své základní potřeby. Ve většině případů lze určit organickou příčinu. Běžné jsou těžké neurologické nedostatky, epilepsie, poškození zrakového a sluchového vnímání. Atypický je autismus.

V některých literaturách jsou uvedeny další kategorie mentálního postižení:

- *Jiná mentální retardace*– tuto klasifikaci používáme pokud pomocí obvyklých metod nemůžeme stanovit hodnotu IQ. Nejčastěji to bývá z důvodu přidružených senzorických nebo somatických poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

- *Nespecifikovaná mentální retardace* - tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací k zařazení pacienta do jedné z výše uvedených kategorií. (61, 62, 77)

I když možnosti výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. (10, 50, 61, 62, 64, 66, 67, 68, 70)

1.2. Terminologie

1.2.1. *Handicap*

Slovo „handicap“ se podle slovníku Petit Robert objevuje v Anglii kolem roku 1827. Jde o spojení překládané z anglického výrazu „hand in cap“, což znamená ruka v klobouku. Tento výraz pochází z dostihového sportu, kde los určoval, kteří z lehčích, starších či trénovanějších koní ponesou větší zátěž. Až později se začal používat tento

termín i u lidí, kde označoval „zátěž“ nějakého onemocnění, tělesné vady nebo postižení. Vyjadřuje se tím znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám, a to většinou bez vlastního zavinění, daného genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími sociálními a sociálně- psychologickými faktory. (75)

Handicap je nevýhoda jedince, která je určena přístupem společnosti k jeho postižení. Zda člověk bude či nebude handicapován, záleží na postojích a praktických krocích společnosti k jeho postižení. „Handicap je ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Tento termín znamená konflikt postižené osoby s prostředím. Účelem tohoto termínu je zdůraznit nedostatky v prostředí i v mnoha aktivitách organizovaných ve společnosti, jako jsou informace, komunikace a vzdělávání.“(26)

Handicap je pojem zdravotně- sociální, který se týká oblasti biologické, sociální a psychologické. Omezení v těchto oblastech se individuálně liší v rozdílné míře u každého jedince ve všech třech oblastech. (24, 70)

Znevýhodnění neboli handicap je nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil svou roli. (78)

1.2.2. *Restrigoovaná participace*

Restrigoovaný můžeme přeložit jako omezený. Týká se především hodnocení funkční schopnosti dané osoby. Světová zdravotnická organizace v nejnovější Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví opouští od označení handicap a nahrazuje jej restrigoovaná participace. (27)

1.2.3. *Mentální retardace*

Pojmu „mentální retardace“ dnes dáváme přednost před dřívější terminologií, která pro označení skupiny osob se sníženými intelektovými schopnostmi využívala termínu: oligofrenie, idiocie, imbecilita a debilita. V průběhu času tyto názvy dostaly vulgární konotaci a označovaly člověka bez perspektivy, který byl odkázán jen na pomoc zvenčí. Pojem „mentální retardace“ upozorňuje na určitou dočasnost v

opožďování vývoje rozumových funkcí a pomáhá překonávat dřívější názory na nemožné zlepšení stavu a rehabilitaci.

Novým trendem je zdůrazňovat práva lidí s mentální retardací a přestává se hovořit o „mentálně retardovaných“, nýbrž o *lidech s mentální retardací*. Snahou je vidět na prvním místě lidskou bytost se všemi lidskými právy, které k ní nezcizitelně patří a teprve až pak se zajímat o mentální retardaci. Takovéto označení doporučuje využívat i Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem. (10, 27, 32, 67)

Pojmy „mentální vada“ či „mentální defekt“ vzbuzují dojem trvalosti a nezměnitelnosti.(36)

1.2.4. Mentální postižení

Pojem „postižení“ je podle Světové zdravotnické organizace definováno jako „Částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“. (str. 13, 48) Postižení je chápáno jako neutrální fakt a teprve postoje a hodnoty společnosti z něj vytvářejí sociální znevýhodnění - handicap. O mentálně postižených by jsme měli mluvit jako o lidech s mentálním postižením a ne o mentálně retardovaných. Měli by jsme v první řadě zdůraznit, že jde o lidské bytosti a pak až se zajímat o jejich charakteristiku. (26, 35, 48)

1.2.5. Klient a uživatel služeb

Se změnou vztahu k lidem s postižením v ústavech se měnilo i jejich oslovování. Dříve se nazývali pacienti a pak klienti. Nyní se novým zákonem o sociálních službách o nich hovoří jako o uživatelích sociálních služeb, kteří si kupují sociální služby. (22, 51, 52)

1.2.6. Learning disability a learning difficulty

Tyto termíny se dají volně přeložit jako obtíže či nepružnost učení. V anglicky mluvících zemích se těmito termíny nahrazuje výraz mentální retardace. Tyto nové termíny popisují, čím se mentální retardace projevuje v běžném životě a jaký má v něm

význam. Osoba s mentální retardací může být tímto popsána jako osoba, která má problémy se čtením, spaním, zacházením s penězi, řečí a oblékáním. Toto označení může vést k vytvoření nepřesných a zavádějících popisů. (35)

1.2.7. Instituce

Slovo Instituce pochází z latinského slova *Instituere* neboli zařizovat a zřizovat. Označuje se jím udržovaný zákon, zvyklost, praxe a také organizace (např. církev, školství a rodina). (58)

1.2.8. Organizace

Slovo Organizace má řecký kořen ve slově *Organon* a znamená nástroj. V sociologii především znamená účelově vytvořenou skupinu lidí, jejichž jednání je koordinováno společným cílem. (42, 58)

1.3. Integrace

Termín *integrace* můžeme přeložit jako: *sjednocení* či *spojení*.

Integrace je dynamický a postupně se rozvíjející pedagogický jev. Proces integrace je vyšším stupněm socializace. Integrace je proces multidisciplinární, který se týká otázek filozofických, etických, psychologických, pedagogických, biologických, zdravotnických, ale i ekonomických, politických a legislativních. Integrace do společnosti patří k základním podmínkám rozvoje osobnosti. (27, 59)

1.3.1. Integrace mentálně postižených

Spočívá ve snaze začlenění sociálně nebo zdravotně znevýhodněných osob do většinové společnosti. Je to současný trend novodobé sociální práce. Je to opak sociální izolace s níž se handicapovaní často setkávali a bohužel stále setkávají. (43, 59)

1.3.3. Cíl integrace

Cílem je, aby mezi zdravou populací a handicapovanými vzniknul partnerský vztah, který má pro obě strany významnou pozitivní hodnotu. (70)

1.3.4. Školní integrace

Pedagogická integrace zahrnuje integraci školní i mimoškolní, působení rodiny, integrační působení osvětových, kulturních a dalších institucí a zařízení. V současné pedagogické teorii a praxi se pod pojmem integrace rozumí vzdělávání postižených spolu s nepostiženými vrstevníky, zařazování postižených do hlavního proudu vzdělávání, tedy do běžných škol a tříd. (59)

Integrace by měla začínat již v raném dětství postižené osoby. Jedním z pozitivních důvodů k integraci postižených žáků je jejich přítomnost ve školních kolektivech, která má pozitivní vliv na rozvoj morálních vlastností jejich spolužáků. Spolužáci se jim snaží pomáhat a vytvářejí si k nim kladné vztahy, které pak přetrvávají v jejich dalším životě. Učí se komunikovat s postiženými, kultivují se mezilidské vztahy a zvyšuje se sociální citlivost zdravé populace. Někdy může být chování žáka s postižením nevhodné, během výuky může vyrušovat nebo se žák chová agresivně vůči svému okolí. V tomto případě může nastat i opačná situace, kdy se postižení mohou stát terčem zlomyslností a šikany. (27)

1.3.5. Nejvhodnější podmínky ke školní integraci

Má-li být vzdělávání žáků s mentálním postižením efektivní a vést k jejich přípravě pro život, měli by být vyučováni v klidném prostředí malých tříd a se sníženým počtem žáků a učitelem s psychopedickou kvalifikací. Procento zastoupení dětí s postižením ve třídě, by mělo odpovídat procentu postižených dětí v běžné populaci. K tomu je důležitý výběr speciální vyučovací metody, vhodný výběr učiva, individuální přístup učitele a speciálního pedagoga. V konečném důsledku pak děti pracují podle individuálního vzdělávacího plánu a ne podle sestavených osnov. Vzdělávací plán je vytvořen podle jedinečných potřeb klienta. Postižené děti jsou pak z těchto škol lépe připravené na přechod do zaměstnání a samostatného života. (77, 78)

V českém školství se proces integrace začal vyvíjet na počátku devadesátých let. Evropské školství začalo s integrací postižených již v polovině minulého století. Z výsledků studií je zřejmé, že každá země má jiné postupy a jsou mezi nimi velké rozdíly. Hodnocení postiženého se musí provádět na základě dosažených cílů stanovených v individuálním a výchovném plánu sestaveném pro každého žáka. Ve většině zemí mají pro svého integrovaného žáka zajištěny služby jako je léčebný tělocvik, logopedie, ergoterapie a další. (46, 67, 77)

1.3.6. Co dál po školní integraci

Integrovaná výuka však musí mít pokračování i po dosažení dospělosti v tzv. chráněném nebo podporovaném bydlení a zaměstnání. V chráněném bydlení žije několik postižených ve společném bytě a přebírají odpovědnost za vlastní život v maximální možné míře. Asistenti chráněného bydlení jim přitom poskytují trvale nezbytnou míru pomoci a opory. V zaměstnání s asistencí vykonávají jednodušší a rutinní činnosti.

Většina dětí s těžšími stupni mentálního postižení však doposud žije od útlého dětství v celoročních ústavech sociální péče. Tato situace se může zlepšit přibývajícemi a kvalitnějšími nabídkami komplexních služeb. Nyní dochází k rozšiřování škol pro postižené, stacionářů, chráněných pracovišť, rekreací pro klienty a oddechové služby pro pečující rodiče. (61, 62)

1.3.7. Výhody a nevýhody integrace

Také Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení se zabývá integrací postižených dětí do běžných škol a opatřeními, kterými integrace co nejlépe docílit. Při integraci může dojít k několika nedostatkům. Během integrace je dítě vystaveno vyšším sociálním nárokům, ale současně si může osvojit potřebné sociální dovednosti na úkor více individuální a speciálně-pedagogické péče. Základní školy speciální naopak nabízí lépe přizpůsobené prostředí s větším množstvím speciálních pomůcek, propracovanější individuální plán, ale méně sociálních vzorů běžné populace a kontakt s ní. Volba školy není snadná a je v rukou rodičů. (53)

Častou nejmilejší zkušeností pro nás všechny, bez ohledu na naše možnosti, je spontánní hra a přátelství s dětmi ze sousedství. Organizované aktivity jsou další důležitou zkušeností pro děti. Až příliš často se děti s postižením nedostanou k organizovaným činnostem (jako skauting, sporty, tanec, umělecké kursy a táboření) společně s nepostiženými dětmi stejného věku. Často potřebná organizační pomoc není k dispozici, dokud ji nezajistí vlastní rodič. Toto jsou stránky, na kterých je třeba opravdu pracovat a zlepšovat možnosti integrace.

Jedním z ideálů podpory lidí s mentální retardací je cesta k jejich celkové samostatnosti. Podporujeme je, aby se sami dokázali obsloužit, sami si nachystali a udržovali své věci, dokázali samostatně cestovat, hospodařit a zcela samostatně žít. Podpora samostatnosti je častým cílem a její získání ideálem. Málokdy si však uvědomíme, že cesta k samostatnosti představuje pro řadu osob s mentální retardací zároveň také cestu do samoty. Lidé s mentální retardací si spolu s asistentem nacvičují řadu dovedností, které samostatný život podpoří. Po odchodu asistenta však může v krátké době přijít zklamání. Samostatný život se může stát životem bez kontaktů s lidmi, chybí v něm pochvala a ocenění, která dříve doprovázela každý pokus o samostatný krok, chybí člověk, se kterým se dalo hovořit. Radost z toho, že bydlí sám, sám si pere, žehlí, uklízí a hospodaří se může vytratit právě kvůli tomu, že to všechno dělá sám.

Dospělí lidé s mentální retardací si často stěžují na nedostatek vztahů – zvláště partnerských a kamarádských. I když dosáhnou pokročilého stupně samostatnosti a nezávislosti, chybí jim při trávení volného času radost, protože ji nemají s kým sdílet. Podpora k samostatnosti by tak měla být obohacena o podporu zapojení do komunity, podporu seznamování a navazování kontaktů, nalezení přátel, umožnění klubové a zájmové činnosti pro osoby s mentální retardací, která odpovídá jejich věku. (10, 34, 37, 27, 59)

1.3.8. Bariéry v integraci

Bariéry v integraci klienta nejsou jen fyzické, ale i psychické. Psychické bariéry jsou u osob zdravých i postižených. Zdraví většinou nevědí, jak s postiženými osobami

jednat a postižení se mnohdy stydí nebo nechťejí být na obtíž. Fyzické bariéry situaci ještě ztěžují. V procesu integrace zdravotně postižených spoluobčanů do společnosti se zaměřujeme na podchycení a rozvíjení uchovaných schopností a jejich rozvoj a ne poukazovat na vzniklý handicap. (26)

1.4. Organizace občanů se zdravotním postižením

V poslední době sílí volání po plné integraci všech postižených, vznikají svépomocné skupiny a rodičovské organizace prosazující práva postižených a umožňují snazší péči o postiženého. Organizace občanů se zdravotním postižením (dále ZP) se věnují např.:

- aktivnímu využívání volného času – kulturní, sportovní akce a zájezdy
- akcím charitativního charakteru atd.
- prosazování legislativních a organizačních opatření ve prospěch ZP
- osvětovou činností upozorňující širokou veřejnost na problematiku ZP
- osvětovou činností zaměřenou na léčebnou, rehabilitační, životosprávnou, rekondiční a psychologickou péči o občany s jednotlivými druhy postižení
- publikační činnost pro informaci vlastních členů, široké veřejnosti i odborníků
- dětskou rekreaci
- styky se zahraničními partnery

Aktivní využití volného času, kultura a sport jsou pro občany se zdravotním postižením velice důležitou kompenzací společenských a psychických problémů. Při těchto činnostech také nejčastěji dochází ke zcela rovnoprávné integraci se zdravou populací. Sportovní, kulturní a umělecké aktivity občanů se zdravotním postižením se stávají mimořádně důležitou složkou rehabilitace. (10, 26, 27)

Kromě toho jsou však občanská sdružení často zakladateli i provozovateli nejrůznějších zařízení poskytujících služby občanům se zdravotním postižením (školy, pečovatelské služby a služby osobních asistentů, poradenství a edukace, sociální rehabilitaci atd.). (26)

1.4.1. Americká asociace pro mentální retardaci

Americká asociace pro mentální retardaci (American Association on Mental Retardation – AAMR, dřívější AAMD) chápe mentální postižení jako interakci jedince a prostředí s dalšími faktory. Pilířem jsou 3 oblasti, které jsou nezbytně nutné pro pochopení člověka s mentální retardací. Jsou jimi:

- 1) **Možnosti** jedince- popisují, co jedinec dokáže, co umí, čím se může zapojit do společnosti a možnosti jeho budoucího rozvoje. Zvýrazňuje silné stránky.
- 2) **Prostředí**- podmínky, ve kterých bude člověk žít, učit se, pracovat a spolupracovat s ostatními.
- 3) **Fungování**- stupeň potřebné podpory, který člověk potřebuje k tomu, aby mohl žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními v určitém prostředí- aby mohl úspěšně „fungovat“.

Dále se rozlišují čtyři stupně podpory – občasná, omezená, rozsáhlá, pervazivní, které se využívají místo 4 tradičních stupňů klasifikace (tj. lehká, středně těžká, těžká a hluboká mentální retardace). Tyto stupně podpory se mohou měnit podle aktuálních potřeb klienta. Výhoda tohoto modelu spočívá ve větší využitelnosti v praktickém životě. Popis možností člověka, namísto popisu jeho omezení, umožňuje vytvořit přesnější představu o jeho schopnostech zapojit se do určitého prostředí. (36, 71, 72)

1.5. Ústavní zařízení

Ústavní zařízení jsou instituce, zpravidla zřizované státem, které poskytují handicapovaným občanům ucelenou péči a celoroční nebo týdenní pobyt. Zajišťují ubytování, stravování, zdravotní péči, pracovní rehabilitaci a volnočasové aktivity. V ústavech se většinou nachází vysoký počet obyvatel a nízký počet personálu. Z toho je zřejmé, že klienti nemají soukromí a aktivně vyplněný volný čas. Záleží na tom, kolik času si najdou zaměstnanci k individuálnímu rozvoji klienta a vytvoření hodnotného volnočasového programu. (29, 31, 49)

Trendem současné doby je pečovat o postižené osoby v malých zařízeních rodinného typu. Ještě před 20- ti lety byla situace opačná. Postižení lidé se zavírali do ústavů sociální péče (dále jen ÚSP nebo ústavy) a byli zcela odděleni od běžné populace. Ani maminkám postižených dětí se nedoporučovalo pečovat o postižené dítě v domácnosti. V ústavech byla postiženým odepírána jejich práva, nepodporovala se individualita jejich osobnosti, byli citově deprimováni a sexuálně frustrováni. Tyto skutečnosti výrazně omezují životní motivaci a ohrožují osobnost člověka. Péče byla poskytována nízkým počtem personálu postiženým ve velkých skupinách. „Ústavy byly do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.“ (str.19, 45)

ÚPS byly pokusem o umělý domov, asyl, který měl chránit okolní společnost od lidí, kteří v nich přebývali. Ústavy se často nacházely na odlehlých místech, v blízkosti malých vesnic se špatným dopravním spojením. Jako objekty pro ÚSP byly vybírány bývalé záměčky či jiné nevyhovující objekty, kde byly jednotlivé pokoje velmi prostorné- pro osm a více postižených. V těchto pokojích neměli důstojné podmínky pro život a soukromí. Postižení si nemohli vybrat, s kým by chtěli sdílet pokoj. Náhodě nebylo ponecháno ani kdo se s kým a kde se může stýkat. Personál dával často klientům najevo svoji převahu a bylo jim odepíráno právo na svobodné rozhodnutí. (45)

Pokud klient nebyl zcela soběstačný v sebeobslužných činnostech, personál mu nenechal dostatek času k dokončení činnosti, ale rovnou celou činnost vykonal za něj. Nízký počet personálu neměl dostatek času nechat klienta samostatně vykonávat činnosti a tím docházelo ke zvětšující se pasivitě klientů. Tato degradace může být spouštěčem problémového chování. Každodenní přílišně velké množství volného času se odráží v neklidu a nekázní klientů, které se pak řeší podáváním tlumivých léků. „Lékem na nespavost nejsou prášky na spaní, ale činnost a denní aktivizace. Ústav sociální péče není špitál ani vězení. Je to náhradní domov a supluje se zde rodinná péče.“ (str. 143, 45)

V České Republice je více než 600 ústavů sociální péče, mezi nimi jsou i ústavy specializované na zrakově, tělesně a mentálně postižené. Zhruba 11% uživatelů sociálních služeb z těchto ústavů jsou mentálně postižení klienti. (38)

1.5.1 Zrušení ústavů

Kvalita života člověka v ÚSP ve srovnání s životem člověka v rodině v obvyklém sociokulturním prostředí není stejná. Ve většině případů pobyt v ÚSP škodí, ale není to automatickým pravidlem. Přínosným je zejména v případech, kdy rodina selhává ve svých základních funkcích a narážíme v ní na jevy jako je zanedbávání, týrání, mučení, sexuální zneužívání apod. V těchto případech může být přesun do ÚSP alespoň částečnou úlevou a únikem z krutých podmínek. (38)

V období 60. – 70. let probíhalo v USA, Kanadě a Itálii tzv. antipsychiatrické hnutí, které se snažilo přesunout sociální služby lidem s duševním onemocněním nebo mentálním postižením do ambulancí a malých komunit. Výsledkem překotné a nevždy promyšlené akce bylo mimo jiné výrazný nárůst lidí žijících na ulici bez domova a bez jakéhokoliv zázemí. Rodina se těchto osob zřekla nebo nebyla dohledána a kapacita komunitních center byla naplněna. Společnost v mnoha případech selhala v přijetí člověka s handicapem a ve vytvoření dostatku pracovních příležitostí. Lidé z ústavu tak byli vrženi do svobody, na kterou nebyli připraveni a do světa, kterému nerozuměli. Neuvážené rušení ústavů tak zvýšilo počet bezdomovců. (45)

České Republice leží na bedrech dvacetileté zpoždění v oblasti integrace osob s postižením oproti západnímu světu. Otázkou tedy zůstává, jestli je náš stát dostatečně připraven na zrušení ÚSP. Tento proces je velice náročný a zdoluhavý. Objevují se názory, že by se tím mnoha lidem významně uškodilo. Cesta změny by měla probíhat transformací ústavů na lidštější, menší a otevřenější podoby a především systémovou změnou celé společnosti ve vztahu k lidem s postižením. (38)

„Přes pokrok medicíny, rehabilitačních metod a stále více se prosazující snahu o maximální možnou integraci občanů se zdravotním postižením do společnosti existuje a nadále bude existovat část těchto osob, která bude potřebovat dlouhodobě ústavní zaopatření. Mají-li ústavní zařízení v co nejvyšší míře nahradit domov, vytvořit domácí prostředí a využít zbytkového fyzického a duševního potenciálu, znamená to postupně

transformovat a přizpůsobit životní podmínky, provoz a charakter prostředí a vybavení těchto zařízení i legislativní opatření upravující jejich působení.“ (str.23, 79)

Celý proces transformace ÚSP je složitý a potrvá několik let. Proto je nutné zkvalitnit služby ve stávajících podmínkách. Tomuto procesu pomáhají standardy kvality sociálních služeb, zákon o sociálních službách, individuální plán rozvoje klienta a nároky na profesionalizaci personálu. K zajištění individuálního přístupu uživatele sociálních služeb bude třeba navýšit počet personálu. Zvýšením počtu sociálních pracovníků a vychovatelů, a současným snížením počtu zdravotníků dojde k snazší přeměně ze zdravotního ústavu na domov s domácím prostředím. (79)

1.5.2 Modernizace ústavní péče

Doba ÚSP se naštěstí změnila a nastalo období deinstitucionalizace, kdy se ústavy snaží měnit na menší zařízení pomocí procesu humanizace. Toto se připravuje více než deset let a velkou pomocí je zákon o sociálních službách. ÚSP jsou postupně rušeny a přejmenovávány na domovy a centra pro osoby se zdravotním postižením. (45)

Co je zapotřebí zlepšit v ústavních zařízeních

- Pobyť v ústavním zařízení má být klientova dobrovolná volba.
- Co nejvíce ponechat klienta v jeho přirozeném prostředí než pro něj vytvářet nové umělé prostředí.
- Ústavní formu péče snížit ve prospěch péče neústavní a pobyt v ústavních zařízeních zkracovat na co nejkratší pobyt.
- Klienti mají být partneři personálu, měl by se zmenšovat odstup mezi zaměstnancem a klientem, redukovat vojenský režim a nemocniční prostředí, podporovat podobnost domácímu prostředí, podporovat svobodné rozhodování klienta, rozvíjet tvořivý potenciál klienta a pocit vlastní hodnoty.
- Podporovat spolupráci klienta a zařízení s rodinou.
- Zaměstnancům dopřát supervize a příjemný pocit z práce. Tím se vyrovnat častému střídání zaměstnanců. Pracovat v týmu odborníků s kvalitní spoluprací a zvýšit počty zaměstnanců na počet klientů. Zajišťovat kontinuální vzdělávání zaměstnanců.

- Posilovat vazby mezi zařízením a komunitou, budování pozitivního image zařízení.
- Provádět kontroly kvality péče, dbát na zpětnou vazbu od klienta, tak i od zaměstnance.
- Prostory organizací zaměřit více na potřeby klientů. Zmenšit prostory užívané pouze personálem v prospěch místností společně užívaných i s klienty.
- Ústavy mají za úkol v maximální možné míře podporovat kvalitu klientova života. Klient se bude v zařízení cítit lépe pokud má smysluplně vyplněný volný čas.
- Klientům poskytovat péči podle jejich individuálních potřeb. Zvýraznit klientovo kvality a možnosti více než jeho handicap.
- V závěrečné fázi pomoci klientovi s plánovaným přechodem.

V zařízeních snad brzy bude pracovat více vysokoškolsky vzdělaných profesionálů nebo zaměstnanců vzdělaných v dané problematice. Bohužel počty zaměstnanců se ještě nerovnájí standardním evropským normám, kde pečuje jeden zaměstnanec o dva klienty. (45)

1.5.3. Rodinná péče

Mentálně postižení mají právo žít v prostředí, které je přirozené pro jejich vrstevníky. Základním aktivním článkem integrace zdravotně handicapovaných dětí je rodina. Vhodnější je domácí péče rodičů o postižené dítě než ústavní péče. Rodiny s postiženými dětmi jsou však společensky nedoceny. V případě domácí péče je ale častým průvodním jevem rodin jejich izolovanost a značné nároky na osobnost a psychiku. Nezanedbatelná je i horší finanční stránka rodiny. Aby k takovýmto situacím již nedocházelo je nutné vytvořit kvalitní podpůrný systém. Rodina by měla být podpořena nejen ekonomicky, ale především by jí měla být poskytnuta odborná lékařská a metodická pomoc. Psychologický servis, odborný lékař, pediatr, rehabilitační pracovník (metodik), speciální pedagog, sociální pracovník a psychoterapeut by měli pracovat v týmu v čele s rodinnými příslušníky klienta. Intenzita spolupráce rodiny s těmito odborníky je závislá na stupni a druhu postižení dítěte. Kvalita této spolupráce rozhodne mimo jiné i o připravenosti dítěte na jeho co nejúplnější socializaci. (38, 67,

80)

Vysoká míra psychické, fyzické zátěže a stresů může narušovat nejen osobnost rodičů, ale i samotnou stabilitu rodiny. Umístění dítěte do ÚSP s celoročním pobytem znamená vážné rozhodnutí, které často přináší rodičům výčitky svědomí. Péče o některé mentálně postižené je však natolik náročná, že někdy není v silách rodiny starat se o postiženého. Vyčerpání pečovatele se pak promítá do celého chodu domácnosti a do výchovy sourozenců postiženého dítěte. Přesto však pobyt v harmonickém rodinném prostředí má psychoterapeutické i motivační účinky. Rodina má být aktivním článkem v řetězu socializace či integrace zdravotně handicapovaných dětí. Tým výše popsanych pracovníků by měl podporovat samostatnost a nezávislost jedince na rodině, a nepodněcovat bezmeznou víru rodiny v pomoc státu, obce či humanitárních organizací. (67)

1.5.4. Plánovaný přechod

Pro klienta je velkou změnou odstěhovat se z rodiny, ze školního zařízení nebo z nějakého jiného domova či centra. Tato změna by mohla být frustrující i pro zdravého člověka. Tuto situaci může ulehčit plánovaný přechod. Ještě před opuštěním prvního zařízení či rodiny by měl klient umět se rozhodovat v otázkách bydlení, zaměstnání, volnočasových aktivit, umět navazovat mezilidské vztahy a udržet si je. Zdravotně postižený nebo jeho zákonný zástupce musí mít právo volby, zda se rozhodne svůj případ řešit formou kombinace osobní asistence a pečovatelské služby, nebo zda se rozhodne pro bydlení v chráněných bytech či zařízeních rodinného typu. Klient by měl dostat informace o zařízení již před jeho první návštěvou. Návštěva by měla proběhnout před konečným rozhodnutím o výběru zařízení a případným plánovaným přestěhováním. Ideální informační pomůckou je brožura o daném zařízení, kterou si může klient odnést domů a tam si ji později prostudovat společně se svou rodinou. Velkou pomocí je i návštěva klienta zaměstnancem v jeho přirozeném prostředí a po přestěhování pomáhá tento zaměstnanec klientovi vyrovnat se se změnou a stane se mu důvěrníkem.

Ve středu plánovacího procesu je klient. Dalšími členy plánovacího týmu by měla být rodina, přátelé, učitelé, sociální pracovník, zaměstnanec z nového zařízení a

další klientovi blízcí lidé. Plánovací proces by měl nejlépe začít několik let před odchodem ze zařízení a upravovat se podle potřeb během pravidelných schůzek plánovacího týmu. (38, 80)

1.6. Group home

Rezidenční komunitní typ bydlení neboli Group home je v USA velmi podobný chráněnému typu bydlení v ČR. Group home je typ bydlení pro handicapované klienty, kteří potřebují i 24 hodinovou péči. Malá skupinka klientů, žijící ve stejném domě, je jako uměle vytvořené rodina. Klienti se naučí návykům, jež by získali v rodinném prostředí. Příkladem je respektování soukromí ostatních obyvatel rezidence a komunikace s nimi. Každý z klientů má svá práva a povinnosti, které jsou zaměstnanci a ostatními obyvateli rezidence plně respektovány. (63, 70)

Anglický název napovídá, o jaký typ bydlení se jedná:

Group = skupina, seskupení

Home = domov (4)

1.6.1. Poskytované služby

Zaměstnanci rezidenčního programu poskytují veškeré služby, které klient potřebuje: hygienický servis, stravování, ubytování, doprava do denního programu či do zaměstnání, doprava k lékaři a na úřady, nákupy potravin a věcí osobní potřeby, hospodaření s financemi, úklid rezidence, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, volnočasové aktivity, výchovné a vzdělávací činnosti. (19, 70)

1.6.2. Cíl

Cílem je integrovat jedince do společnosti a umožnit mu žít život podobný životu v rodině. Klienti mají možnost řešit problémy, které přináší běžné situace každodenního života. Uživatelé služeb jsou zvyklí na běžný styk s komunitou a proto se snáze adaptují v novém prostředí a snadněji navazují nové kontakty.(7, 60)

1.6.3. Klienti

V systému Home group žijí i klienti s těžkým postižením, kteří nejsou schopni samostatného bydlení ani s částečnou podporou. Do systému Home group patří i klienti plně invalidní a odkázaní na 24 hodinovou péči. To je největší odlišnost od českého typu chráněného bydlení. Jedinci jsou do rezidencí vybíráni podle druhu postižení, pohlaví, věku a druhu zájmu. (60)

1.6.4. Zaměstnanci

V rezidenci bývají přes den většinou 2 až 4 zaměstnanci na počet čtyř klientů. Zaleží na stupni postižení klienta a jeho potřebě asistence. Pokud se klient pohybuje na invalidním vozíku, většinou mívá sám jednoho zaměstnance. Každý z klientů má svého klíčového pracovníka, který je klíčovým pracovníkem jen pro jednoho klienta. Zaměstnanci jsou v rezidenci po celou dobu přítomnosti klientů. Přes noc mají směnu 2 zaměstnanci, kteří se střídají ve spánku. V Group home se klade velký důraz na aktivní činnost klienta a to tak, aby aktivity odpovídaly co nejvíce osobnosti klienta. Proto je velice důležité, aby každý zaměstnanec měl na starosti maximálně 3 klienty, kterým se může plně věnovat a pracovat s každým podle jeho potřeb, možností a přání. (56)

1.6.5. Lokalizace

Domy Group home jsou umístěny v lokalitách běžných rodinných domů tak, aby co nejvíce zapadaly do společnosti. I postoj lidí, kteří se díky tomu setkávají častěji s mentálně postiženými, se mění. Společnost přijímá klienty jako součást své komunity. Pro klienty je toto soužití také velkým přínosem. Mizí strach z cizích lidí a klienti se chovají přirozeněji. (63)

1.6.6. Architektonické řešení

Jedná se o malé skupinky třech až pěti klientů nebo šesti až osmi. Velikost skupiny záleží na velikosti rezidence, ve které společně žijí. Účelem tohoto typu bydlení je co nejvíce přizpůsobit běh života rodinnému stylu života. Každý obyvatel má svůj pokoj. V rezidenci je společný obývací, kuchyně s jídelnou, kancelář, koupelna a toaleta.

Pokud se do takového domu vejde, není poznat jestli v něm bydlí rodina či skupina postižených lidí. (73)

1.6.7. Činnosti

Klienti se podílí více či méně (v závislosti na postižení) na denních činnostech jako jsou např. vaření, příprava stolu ke společnému jídlu a následný úklid nádobí po jídle, praní a uklízení ošacení, zametení podlahy, vynesení smetí a podobně. Toto jsou činnosti, které jsou pro klienty v instituci naprosto neznámé.

Klientům je nabízena široká škála volnočasových aktivit. Není to tedy jen péče o zdravotní stav, dodržování hygieny a stravování, jak tomu bylo dříve v institucích. Zaměstnanci pracují tak, aby využili co nejvíce klientových schopností. Pomáhají klientovi najít nejvhodnější aktivity a snaží se podpořit jeho zájem o další činnosti. Současně s vedoucím rezidence, ostatními zaměstnanci a pokud možno ve spolupráci s rodinou se snaží vytvořit vhodný denní program. Klienti mají vlastní pokoj, kde mají své osobní věci, oblečení, cennosti apod. Vytváří si podvědomí o tom, co znamená něco vlastnit a jak o vlastní věci pečovat. (63)

Péče v Group home je pojatá komplexně, ze zdravotního, psychického i sociálního hlediska. Zaměstnanci klientům pomáhají při jejich aktivitách, přípravě jídel, hygieně a podobně. Při péči se zaměstnanci zaměřují nejen na dobrý zdravotní stav klienta, rozvoj jeho osobnosti, podporování soběstačnosti, ale i na zájmové a vzdělávací činnosti. Group home integruje jedince do společnosti a pomáhá jim žít život podobný tomu, který by žili v rodině. (74)

1.7. Sociální klima

Sociálně psychologické jevy se běžně označují jako sociální klima, sociální atmosféra a vnitřní klima. Jsou výsledným produktem zpětných účinků kvality sociálního prostředí na lidi a jejich pohody. (57, 58)

Sociální klima zahrnuje jevy dlouhodobé, typické pro danou organizaci nebo skupinu po několik měsíců či let. Toto klima spoluvytvářejí klienti celé organizace, podskupiny klientů v dané skupině, jednotliví klienti, dále všichni zaměstnanci pracující s danou skupinou klientů, zaměstnanci jako jednotlivci a partneři organizace (úřady, zastupitelstva...). Sociální klima je zprostředkovaně ovlivněno též sociálním klimatem organizace a klimatem v kolektivu zaměstnanců. Sociální klima zahrnuje ustálené postupy vnímání, hodnocení a reagování na to, co se děje v organizaci, ve skupince a i v kolektivu zaměstnanců. (3, 21)

Sociální klima se také nazývá organizační kulturou, která je považována za jednu z cenných konkurenčních výhod. Projevuje se:

- jednáním pracovníků ve vztahu k zákazníkům (zdvořilost, zájem o potřeby zákazníka a jeho spokojenost)
- v mimořádné péči o kvalitu a stálou inovaci výkonů
- ve vytváření a udržování vysoké úrovně mezilidských vztahů (65)

Dlouhodobější sociální klima se projevuje v aktuální sociální atmosféře, která se mění během pracovního dne nebo jedné hodiny. Důležité je, jak klima vidí a interpretují sami aktéři a ne takové, jaké doopravdy je. Právě subjektivní pohled ovlivňuje přemýšlení, rozhodování a jednání aktérů. (21)

Sociální klima souvisí se sociálním prostředím, ale není to totéž. Lidé vytvářejí klima kolem sebe svým chováním a jednáním. Zejména ho vytváří jeden vůči druhému a zprostředkovaně i vůči věcnému prostředí, v němž se právě nacházejí. Jde o sociálně - psychologický fenomén, který je přítomen všude tam, kde se sejdou alespoň dva lidé. Sociální klima vyjadřuje atmosféru ve skupině, jíž odpovídají prožitky, pocity a postoje jedinců. (47)

Celosvětové zkušenosti říkají, že klima organizace je možné postupně měnit. Citlivými, systematickými a dlouhodobými tahy se dají některé složky sociálního klimatu ovlivnit více, jiné méně. (21)

1.7.1. Teorie mezilidských vztahů- Human relations

Na sociální podmínky práce upozornil jako první Elton Mayo, profesor Harvardské univerzity, zakladatel školy lidských vztahů. Zabýval se modelem Human Relations, který klade důraz na význam lidského faktoru a oddělení neformálních vztahů od formální struktury. Je to model člověka citlivého na pracovní klima. Elton Mayo se zabýval zásadním vlivem působícím na výkon dělnic. Zjistil, že zásadním vlivem jsou vztahy ve skupinách dělnic. Řízení lidských zdrojů je zaměřeno na motivaci zaměstnance na bázi mezilidských vztahů. Příznivé sociální klima působí pozitivně a motivuje pracovníky k vyšším výkonům bez pocitu stresu. Nepříznivé klima zvyšuje pracovní nespokojenost. Celkové chování organizace se nazývá podniková kultura, tj. péče o vzájemné vztahy mezi lidmi, v uspokojování psychických a sociálních potřeb lidí, ve způsobu zacházení s podřízenými, v možnosti uplatnění svých schopností a jiné. „V padesátých letech se ve vývoji této teorie ujmá pojem “organizační chování“ (resp. chování v organizacích), které spočívá na široké základně psychologie, sociologie, antropologie, ekonomiky a medicíny a naznačuje značnou složitost lidského chování.“ (str.17, 65), (1, 15, 30, 65)

1.7.2. Sociální klima na pracovišti

Sociálním klimatem neboli sociální atmosférou se označuje úroveň a kvalita mezilidských vztahů v organizaci či na pracovišti s ohledem na chování členů skupiny, kteří mají určitý společný úkol, jehož splnění předpokládá jejich součinnost. Jedná se o charakter převládajících vztahů mezi jednotlivými členy skupiny, který podmiňuje pracovníky k výkonům.

Z vnějšího pohledu je sociální klima určeno soustavou formálních postupů-provozními předpisy, postupy a pravidly a rozdělením funkcí (nadřízení, podřízení, jejich pravomoci a odpovědnost). Patří sem také nepsané normy postojů a chování, které kolektiv postupně přijal za své a jejich nedodržování či odmítání je pro kolektiv nežádoucí. Z hlediska mezilidských vztahů sem patří způsoby komunikace, postoje, motivace, aspirace a další osobnostní rysy. (59)

Organizace musí dbát na to, aby zaměstnanci mohli ve vyváženém poměru uspokojovat svoje základní tělesné a duševní potřeby. Časové rozložení práce musí odpovídat aktivnímu i pasivnímu odpočinku, příjmu potravy a dalších úkonů, které se během dne opakují. Do klimatu se prolíná stravování, atmosféra při stolování, dostatek tekutin a jejich konzumace dle potřeby, volný pohyb na pracovišti- kompenzace nucené polohy při práci. Zhoršení klimatu napomáhají krátké přestávky a jejich nevhodné trávení. Z uspokojených potřeb vzniká pocit pohody a lidé se pak lépe mohou soustředit na práci. (21)

1.7.3. Sociální klima ve školách

Ve školách sociální klima tvoří sociální vztahy mezi učiteli a žáky, mezi učiteli navzájem a žáky navzájem, způsoby komunikace, způsoby řízení školy a determinant fyzické povahy školy (architektonické řešení...). Sociální klima se zkoumá především ve školách. Ve škole, ve které je navozen pocit důvěry dětí k pedagogům, vytvořena atmosféra pohody a klidu, pěstováno právní vědomí, mravní a morální hodnoty je správné sociální klima. Tím se tato škola stává správným východiskem pro efektivní prevenci sociálně patologických jevů. Výzkumy klimatu tříd se intenzivně rozvinuly v 80. letech zvláště v Austrálii, USA, a později v západní Evropě. Dotazníky k výzkumu klimatu třídy se zaměřují na: spokojenost ve třídě, třenice ve třídě, soutěživost ve třídě, obtížnost učení a soudržnost třídy. (47, 57, 58, 82)

1.7.4. Složky sociálního klimatu

Sociální klima tvoří:

- identifikace
- důvěra
- spolupráce
- povinnosti
- zodpovědnost
- solidarita

- motivace
- pracovitost
- uspokojení z práce
- pracovní morálka
- dodržování pravidel a předpisů
- úcta k výsledkům práce jiných
- typ pracovní skupiny
- typ řízení organizace
- kvalita mezilidských vztahů
- komunikace v organizaci, mluva v organizaci
- bezpečí pro děti a dospělé
- dostatek příležitostí pro seberealizaci
- podpora od ostatních zaměstnanců
- obnova a zlepšování pracovního prostředí a celé budovy
- péče o kvalifikaci zaměstnanců (školení, vzdělávání...)
- stravování
- péče o volný čas (rekreace, dovolená, kulturní a sportovní akce, tábory pro děti...)
- péče o zdraví zaměstnanců (lázně, pracovní podmínky)
- sociální zabezpečení, odměňování (57, 82)

1.7.4. Význam sociálního klimatu

Kvalita sociálního klimatu má značný význam v bezpečnosti práce. Spadá sem postoj a vztah k dodržování příslušných předpisů pracovního kolektivu jako obecného postoje (např. jejich odmítání, podceňování a jiné). Dominující vliv na sociální pohodu, sociální neklid a napětí, má sociální a emoční inteligence jednotlivců. Tou se rozumí mimo jiné schopnost racionálního zvládnutí vlastních emocí (strach, hněv, úzkost, agrese apod.), vnímavost k emočním projevům jiných osob a umění jednat s lidmi. Nežádoucí sociální atmosféru mohou vyvolávat sociálně nepřízniví jedinci, např. agresivní osoby, lidé psychopatičtí, neurotici, ustrašení a nesamostatní. V souvislosti se

vznikem mimořádných událostí, např. napadení klientem či průmyslových havárií, kdy je nutné rychlé a racionální zvládnutí situace závislé na spolupráci všech členů, může být nevhodné chování těchto osob příčinou selhání a nezvládnutí situace. (59)

Narušené sociální klima většinou členové kolektivu neradi přiznávají. Projevuje se celkovou pracovní nespokojeností, fluktuací zaměstnanců a případně ve výskytu zdravotních potíží, jako jsou psychosomatická onemocnění apod. Záporně pocíťované klima je většinou výsledkem ponechání věcí živelnosti, zanedbání kultivace, cílevědomých snah o kvalitu. (47)

1.7.5. Hodnocení sociálního klima

O kvalitě sociálního prostředí rozhodují tři věci:

- 1, přístup k individuálním lidským potřebám
- 2, organizace a pravidla soužití
- 3, kvalita vztahů a chování mezi zúčastněnými lidmi

Kvalita klimatu se dá zjistit posouzením jeho jednotlivých složek:

nezávisle proměnné: neovlivnitelné složky, demografické charakteristiky
závisle proměnné: ovlivnitelné složky, charakter skupiny, způsoby a kvalita komunikace ve skupině, identifikace se skupinou, spolupráce, sociální mobilita, sociální opora. Kvalita sociálního klimatu je dána tím, do jaké míry členové přijímají zavedené normy chování, jak se ztotožňují se společnými úkoly a cíli, jaké jsou způsoby spolupráce, dodržování pravidel a předpisů, způsoby komunikace atd. Z hlediska vlivu klimatu na pocity pracovní spokojenosti, pracovní komfort, dobrou sociální atmosféru, je rozhodující skladba kolektivu, tj. osobnostní typy jeho jednotlivých členů, jak ve smyslu horizontálním, tak vertikálním. (59)

Sociální klima nikdy nevzniká samo o sobě, nýbrž se vytváří. Jde o dlouhodobý jev, který se musí posuzovat komplexně. Představuje celkovou atmosféru v organizaci, ale i dílčí atmosféru v odděleních organizace. Přestože se klima týká zejména pocíťování a prožívání, lze je empiricky zkoumat. Otázky spokojenosti zaměstnanců a klientů organizací jsou poměrně časté. Základní otázka by měla být uspokojování sociálních potřeb. Tam, kde se člověk uplatní v kolektivu, má dobré vztahy s ostatními

spolupracovníky a je okolím uznáván, se cítí příjemně a je motivován k dobrým pracovním výsledkům. (18, 47, 83)

1.7.6. Doporučení k pozitivnímu sociálnímu klimatu:

- psychologické vstupní vyšetření s ohledem na typ osobnosti v případech, kdy činnost vyžaduje velmi dobrou spolupráci v plnění úkolů– např. sestavy členů směn
- pravidelné hodnocení zaměstnanců
- sledování zdravotního stavu zaměstnanců a psychosomatických onemocnění (81, 83)

Současný člověk tráví více než 90 % svého života v zastavěném prostoru. Obydlí, ve kterém žije a pracuje, se označuje v biologii a psychologii za tzv. "třetí kůži člověka". Obydlí lze tedy označit za součást jeho osobnosti. První "kůže" je kůže těla, druhá "kůže" je náš oděv a třetí je naše obydlí. Z tohoto důvodu nelze podceňovat technické podmínky domova a budov zaměstnání. Do podmínek patří rozloha prostor, architektonické řešení pracovních a obytných ploch, urbanistické řešení komplexu budov, estetická úroveň řešení interiérů a exteriérů, čistota prostorů, osvětlení, barevná úprava, hluk, mikroklimatické podmínky, technický rozvoj a přístupové komunikace. (39)

Je prokázané, že v uzavřeném, autoritativním a hierarchickém sociálním systému se daří lépe sociálně patologickým jevům. Jako prevence by mělo fungovat partnerské chování kolegů a klientů k sobě navzájem, otevření se organizace veřejnosti a spolupráce s rodinou klientů a zaměstnanců. Týmová hra učí lidi dívat se na sebe jako na objekt odlišný od ostatních, ale zároveň v určitém vztahu k nim. Učí vnímat role druhých, a tím řídit svoji vlastní činnost. (21)

1.8. Volnočasové aktivity

Pro volnočasové aktivity existuje více názvů jako jsou aktivity ve volném čase. Postižení jedinci někdy potřebují při těchto aktivitách pomoc. Tím, že aktivitu aktivitu nevytvářejí sami, ale s pomocí, stává se tato aktivita řízenou a cílenou. Z toho plyne další název aktivit, řízené aktivity, který se vyskytuje v praktické části této práce.

1.9. Road to Responsibility, Inc.

Road to Responsibility, Inc. (dále jen RTR) je nezisková organizace ve státě Massachusetts ve Spojených státech amerických. Tato organizace poskytuje sociální služby mentálně postiženým lidem jižně od Bostonu až po hranice se státem Rhode Island. Statutárním orgánem společnosti je správní rada, která má 10 členů. V čele organizace je zakladatel, vicepresident, výkonný ředitel a ředitel. (28, 60)

1.9.1. Historie

Společnost RTR byla založena v listopadu 1988, v období rušení ústavů pro postižené. Převzalo tak programy po velké instituci a spojilo je s výhodami malé organizace. Zároveň také převzalo klienty z bývalého ústavu a jejich zaměstnance, kteří měli dlouholeté zkušenosti. Od dubna 1989 začalo RTR poskytovat rekreační aktivity, kam patřilo pořádání diskoték, oslav, společných večerů, hraní bowlingu, návštěv kin, muzeí a víkendových výletů. Cílem bylo zlepšení kvality života postižených lidí. Protože tyto akce měly velký úspěch a byly žádané, RTR se rozhodlo rozšířit svoji nabídku služeb o rezidenční program, následně o pracovní a denní programy. Dnes patří RTR k jedné z největších poskytovatelů služeb v celých USA. (28, 60)

1.9.2. Sociální služby

- pobytové služby: 43 rezidenčních programů, kapacita více než 140 klientů
- pracovní program: 5 pracovních center, kapacita více než 500 klientů
- denní program: 5 center, kapacita více než 300 klientům

- rekreačních programy- využívá přibližně 400 klientů měsíčně

1.9.3. Cíle RTR:

- Zajistit takovou úroveň bydlení, na kterou by byl hrdý každý člověk
- Zajistit takovou práci, kterou by rád přijal každý člověk
- Zajistit takovou náplň času, do které by se rád zapojil každý člověk (23, 60, 73)

1.9.4. Věková hranice klientů

RTR poskytuje své služby osobám starším 22 let, u kterých je hlavní diagnózou mentální retardace. V důsledku vývojové vady, která se vyskytne do 22 roku věku, musí být klient omezen ve třech a více následujících oblastech: sebeobsluha, komunikace, schopnost učení, mobilita, orientace, schopnost samostatného bydlení a ekonomická soběstačnost. Podmínky pro přijetí do programu RTR tedy jsou: věk nad 22 let, diagnóza mentální retardace, potřeba asistence a trvalé bydliště ve státě Massachusetts. RTR poskytuje své služby více než 1000 klientům. (28)

1.9.4. Zaměstnanci a jejich vzdělání

RTR má přes 450 zaměstnanců, kteří jsou proškolení různými tréninky pořádanými organizací RTR. Těmito tréninky získá zaměstnanec nutné informace ke své práci.

První a zároveň povinný trénink, tzv. orientační, trvá 3 dny a koná se při nástupu do zaměstnání. Během toho tréninku se noví zaměstnanci seznámí s organizací RTR- jejími cíli, posláním, programy apod, s druhy mentálního postižení a jejich etiologií, způsoby komunikace a péče o klienty a historií v oblasti mentálního postižení.

V dalších trénincích jsou probírána práva postižených klientů, jejich dodržování, prevence nedodržování práv, porušování práv a oznamování porušování práv.

Důležitým tréninkem je trénink první pomoci, bezpečného prostředí, prevence přenosu infekčních nemocí přenášených krví.

Jako poslední povinný trénink je bezpečnost požární ochrany.

K nepovinným ale doporučovaným tréninkům patří podávání léků, kde zaměstnanci získávají informace o způsobu podávání léků, účincích léků a jejich dávkování.

Trénink nenásilné krizové intervence učí zaměstnance, jak zvládnout agresivního klienta. Další trénink je speciálně upraven pro zahraniční zaměstnance, kterým pomáhá orientovat se v novém prostředí.

Následné tréninky jsou nutné k profesnímu růstu. Každá vyšší pozice vyžaduje další a další tréninky.

Platnost určitých tréninků je 1 až 3 roky a poté se musí opakovat. Další tréninky pořádá kromě RTR i státní oddělení pro mentálně postižené. RTR umožňuje zaměstnancům vzdělávání na vysokých školách přizpůsobením směn v práci. Bohužel finanční ohodnocení se nezvyšuje se zvýšením vzdělání. Ke každému tréninku dostane zaměstnanec průvodní informační materiál. K orientačnímu tréninku obdrží zaměstnanec průvodce společností RTR a tréninkový materiál.

RTR zaměstnává vlastní zdravotní sestry a ostatní zdravotnický personál, který v případě potřeby dochází za klienty do jejich rezidenčních programů. Každý klient má vlastního obvodního lékaře a stomatologa, za kterým dojíždí.

Zaměstnanci v práci nosí libovolné oblečení, které musí splňovat bezpečnostní předpisy a ohled na sexuální provokaci. Zaměstnavatel na oblečení a obuv nepřispívá. (28, 60, 74)

1.9.5. *Financování RTR*

Rozpočet pro RTR na rok 2003 byl 18 milionů US dolarů a náklady na administrativní činnost tvořilo méně než 8% z jejich rozpočtu.

RTR získává finanční prostředky z několika zdrojů:

1. *Od státu*- od federální vlády USA a od státní vlády (vláda Massachusetts). Z toho je přibližně 85% za státního rozpočtu státu Massachusetts. RTR o tyto finance žádá vypracovaným grantem státní agenturu, pod kterou spadá klient podle druhu svého postižení. Po schválení grantu má stát povinnost kontrolovat naložení s poskytnutými financemi.

2. *Od soukromých dárců*- individuální dárci, firmy, charitativní akce. RTR takto přijímá finance, nové oblečení, knihy, použité automobily a lodě, počítače, faxy, kancelářské vybavení....Většinou se tato částka získávaná fundraisingem pohybuje kolem 15% příjmu.

3. *Od klientů*- jedná se o určitou částku na úhradu stravy a ubytování ze sociálního zabezpečení klientů. (23, 28, 60)

Jednou za dva roky prochází residenční a pracovní program akreditačním řízením a jednou za 3 roky prochází akreditačním řízením denní program. Pokud se najde závažná překážka v poskytovaném servisu, může být program uzavřen až do odstranění překážky. (23)

1.9.6. Lokalizace

Jak již bylo řečeno v úvodu o RTR, tato organizace poskytuje služby po celém státě Massachusetts. Lokalizace rezidenčních programů není nijak vyhraněná. Domy se většinou nachází vedle obytných domů běžné populace na vesnicích i městech. Nejsou odděleny několika kilometrovou vzdáleností od většinové populace. Domy nejsou nijak speciálně označeny a nevedou k nim směrové ukazatele. Zkrátka nejsou k rozeznání od ostatních domů.

Stejně jako ostatní budovy RTR, ani chráněné dílny nejsou speciálně označeny a umístěny. Polohy budov jsou určeny jejich účelem (cukrárny a obchody se nachází u hlavních tříd). (70)

1.9.7 Architektonické řešení

Domy chráněného bydlení jsou většinou nízké, bezbariérové domy pro 4 klienty. Každý klient má svůj vlastní pokoj a šatnu. V domě bývají 2 záchody, 1 sprcha a prádelna s pračkou a sušičkou. Společně sdílejí velký obývací s kuchyní a jídelnou. Některé domy jsou speciálně upravené pro vozíčkáře a jiné mají relaxační místnost pro agresivní klienty.

Klienti si do pokoje přiváží svůj nábytek, výzdobu a oblečení. Každý klient má svůj hrneček, ručník a povlečení, čímž se podporuje individualita klienta. Vzniká tak velmi osobitý nádech každého pokoje a rezidenčního programu.

Většina nově postavených domů je postavena zrcadlově se sousedním domečkem. Domy se v jedné části stýkají, přitom jsou to zcela oddělené jednotky. Vznikají tak úzké sousedské vztahy s ostatními klienty z vedlejšího domečku. Ke každému domu připadá kousek zahrady, kde lze sedět a grilovat.

V domě je malinká kancelář pro zaměstnance, kde jsou uloženy léky, dokumentace a finance klientů. Dále se tam nachází malý obývací pokoj, který využívají klienti. Je v něm také lůžko, na kterém v noci spí zaměstnanci RTR. Tato místnost nemá dveře a je plně k dispozici klientům.

RTR vlastní tolik nemovitostí, které se od sebe liší architektonickým řešením a polohou, takže je velmi těžké vytvořit obecný obrázek. Všeobecně platí, že na nemovitostech a ani uvnitř není poznat, že tam bydlí nebo pracují handicapovaní lidé. (16, 25, 63)

1.9.8. Poskytované služby RTR

Nabídka služeb, které RTR poskytuje: rezidenční program, pracovní program, denní program a rekreační program.

1.9.8.1. Rezidenční program

RTR nabízí řadu alternativ rezidenčních programů, které lze zařadit do dvou skupin podle míry supervize zaměstnanců RTR:

1.9.8.1.1. Rezidenční program s celodenní supervizí

1. *Home group* někdy se používá název Community residence- domy, kde bydlí více než 4 klienti. Náklady na osobu se pohybují od 55 tisíc do 133 tisíc dolarů za rok. RTR provozuje 6 takovýchto domů.

2. *Staffed apartments*- domy, kde bydlí 4 klienti a méně. Náklady na osobu se pohybují od 55 tisíc do 133 tisíc dolarů za rok. RTR provozuje 30 takovýchto domů.

3. *Intensive respite*- domy, kde jsou dočasně umístěni klienti v nouzových situacích. Po stabilizaci situace by se měl klient vrátit zpět do svého domova nebo do nového programu. Většinou se však stávalo, že klienti zde byli delší dobu než plánované 2 týdny, někdy i několik let. Náklady na osobu se pohybují od 65 tisíc do 135 tisíc dolarů za rok. RTR provozovalo 1 takovýto dům, který ekonomických důvodů převedlo na Home group. (28, 60, 63)

1.9.8.1.2. Rezidenční programy s částečnou supervizí

1. *Cooperative apartments*, někdy se používá i Shared Living, nebo Supervised apartment living- dům, kde žijí klienti samostatně s 10-15h supervizí týdně. Zaměstnanci RTR tam docházejí přes den podle dohody s klientem- podle jeho potřeb. Náklady na osobu se pohybují kolem 15 tisíc dolarů za rok. RTR provozuje 4 takovéto domy.

2. *Supported living situation* někdy se používá i Specialized home care situation- klienti bydlí ve speciálně vybraných rodinách, které jsou vybrány k péči o mentálně postižené klienty. Těmto rodinám vyplácí RTR „mzdu“ a vykonává funkci klíčového pracovníka. Náklady na osobu se pohybují kolem 18 tisíc dolarů za rok. RTR provozuje 2 takovéto domy. (25, 28, 60, 63)

Financování rezidenčního bydlení

Náklady na ubytování a stravování v rezidenčním programu si hradí klient sám ze 75 % jeho sociální finanční podpory státu.

Každý klient RTR má svůj vlastní bankovní účet, na který přichází veškeré klientovy příjmy. Z toho účtu jsou také prováděny výběry hotovosti na klientovo kapesné (obvykle 1x za 14 dní). Pokud je to možné, klient provádí finanční transakce sám se supervizí nebo s pomocí. Každých 6 měsíců musí klientův zákonný opatrovník provést hlášení o pohybech peněz na účtu na sociální pojišťovnu (obvykle je zákonný opatrovník rodič, příbuzný, nebo RTR s pověřením rodičů či opatrovníka). Pokud klient má na účtu více než 2000 US dolarů na měsíc, je mu snížena jeho sociální finanční podpora. (28, 60, 63, 74)

1.9.8.2. Pracovní program

Při výběru zaměstnání a programu, do kterého bude klient zařazen záleží na mnoha faktorech: na celkové způsobilosti klienta, úrovni dorozumění, dovedností, schopnosti učit se a soustředit se, fyzických možnostech klienta, jeho motivaci, cílech, plánech a jestli má problémy s chováním.

1.9.8.2.1. Chráněné dílny

Do chráněných dílen dochází klienti, kteří se vydrží soustředit na práci delší dobu, ale nejsou schopni udržet si zaměstnání v běžné populaci. Klienty platí přímo chráněná dílna.

Většinou se jedná o jednoduché pracovní činnosti: vkládání letáků a časopisů do obálek, vkládání bonbónů do sáčků, kompletování součástek do aut, třídění a balení šroubků do sáčků, vkládání golfových míčků do krabiček, balení hraček a pochutin pro psy a jiná zvířata a kompletování losů. Tyto práce vykonává 350 klientů a 39 zaměstnanců RTR jim dopomáhá.

Do těchto dílen dochází nejen klienti RTR, ale i jiných organizací nebo přímo z rodin. Stejně tak klienti RTR mohou docházet do jiných dílen, které nejsou provozovány RTR.

Pracovní doba je od pondělí do pátku od 8.30 do 16 hodin. Klienti jsou do chráněných dílen většinou dopravováni zaměstnanci z rezidenčních center, kteří odváží všechny obyvatele domečku do jejich denních programů a chráněných dílen. Pokud tato možnost není, klienti si platí dopravní službu, která vozí společně i jiné klienty. (28, 60, 63, 73)

1.9.8.2.2. Řádné zaměstnání

Nejlepší způsob, jak zapojit klienta do běžné populace je řádné zaměstnání. RTR rozlišuje 2 stupně zaměstnání:

1. *Podporované zaměstnání*, kde jsou podle klientových potřeb speciálně upravené pracovní podmínky. Klient pracuje u jiného zaměstnavatele než je RTR, ale přesto mu mzdu vyplácí RTR. RTR má kolem 70 smluv většinou s místními

zaměstnavateli, kteří vytváří pracovní místa pro lidi s postižením. Z této databáze se snaží vybrat nejvhodnější práci pro konkrétního klienta, který pak může pracovat v supermarketech, restauracích a školách. RTR také vytvořilo pracovní místa pro lidi, kteří potřebují zvýšený dohled a podporu při práci. A to: ve třech prodejnách knih, ve dvou motelech, v 1 kulturním sále a jedné prodejně zmrzliny. Podporované zaměstnání využívá více než 120 klientů.

2. *Řádné zaměstnání* je nejvyšší možná úroveň zaměstnání klienta RTR. Klient má řádné pracovní místo u zaměstnavatele, kterým je placen. Klienti pracují jako recepční, uklízečky, v supermarketech, pomocný personál v restauracích a kavárnách, v autoservisech, v knihovnách a prádelnách. Dále dochází do dobrovolnických organizací, občanských sdružení a místních škol. Klienti mohou pracovat na plný nebo částečný úvazek. Každý klient RTR pracující v řádném zaměstnávání má svého supervizora, který dohlíží na dodržování jeho práv a hodnotí schopnosti daného klienta (zda ho práce baví, zda není nad jeho možnosti a schopnosti...). RTR se snaží, aby jejich klienti byli zapojeni do podporovaného a řádného zaměstnávání co nejvíce. (25, 28, 60, 63)

Tréninkový program

Tréninkový program je určen všem klientům, kteří se chtějí naučit vykonávat nový druh práce v rámci pracovního zařízení, v pracovním centru, či komunitě. Klient se může naučit nový druh práce, ale i připravit se na nový vstupní pohovor pro získání nové práce. Tréninkový program nabízí tyto služby:

- 1, Naučit se, jak si hledat zaměstnání.
- 2, Naučit se, jak si vyplnit přihlášku, napsat vlastní životopis a připravit se na přijímací pohovor.
- 3, Přemýšlet, ujasnit si vlastní požadavky, potřeby, přání a cíle týkající se zaměstnání (jaký je to druh práce, kolik hodin týdně, způsob dopravy).
- 4, Začít zaměstnání postupným tréninkem. To je důležité pro porozumění pracovním úkolům v zaměstnání, očekáváním, normám, pravidlům na pracovišti, pracovnímu rozvrhu a platovým podmínkám.

Úloha RTR po nástupu klienta do práce nekončí. RTR pořádá dobrovolné schůzky pro klienty pracující v komunitě, kde si předávají zkušenosti, radosti a strasti ze zaměstnání. RTR jednou za rok žádá klienty o vyplnění dotazníku, kde se vyjadřují ke spokojnosti či nespokojenosti se zaměstnáním. Klienti mohou využívat nejen nabídky tréninkového programu, ale i zaměstnanecké poradny, supervize a dopravy do zaměstnání.

1.9.8.3. Denní program

Název „Open Roads“ je termín, který používá společnost RTR pro denní centra, kde jsou klienti, kteří nejsou schopni vykonávat pravidelnou pracovní činnost a mají těžší postižení. Jiné organizace podobného typu jako je RTR, používají název „Day Habilitation center“. Tyto programy jsou součástí myšlenky podpory života v komunitě. Komunitní programy jsou určeny pro klienty, kteří nejsou schopni vykonávat práci, ale jsou schopni účastnit se dění v denních centrech. RTR provozuje 5 takovýchto center, kde poskytuje péči více než 300 klientům.

Klient si vybírá ze široké škály individuálních kreativně terapeutických činností: hodiny sebeobsluhy- hygiena, vaření, správná výživa, práce na počítači, zacházení s penězi, muzikoterapie, bowling, arteterapie, logopedie, hipoterapie, plavání, pohybová výuka včetně fyzioterapie. Z velké části se klienti věnují převážně stolním hrám, kreslení, skládání puzzle a stavebnic, jiným společenským hrám, rekreačním aktivitám a několika hodinovým výletům. Zcela běžně jede každý klient v denním programu alespoň jednou za týden někam ven. Denní programy jsou zapojeny do rozvážkového plánu komunitního centra. Každou středu rozváží občerstvení z veřejné jídelny důchodcům do jejich domácností. Jiní klienti jezdí na nákupy pomůcek a her do denního programu. S další částí klientů zaměstnanci jezdí do kina, na zmrzlinu nebo jdou na procházku. Klienti mají zábavu na celý den. Tyto aktivity si kladou za cíl zvýšení účasti klientů ve společnosti.

Do těchto center dochází nejen klienti RTR, ale i klienti z podobných organizací nebo přímo z rodin. Stejně tak klienti RTR navštěvují programy provozované jinými organizacemi.

Každý z programů má svá specifika a charakter podle druhu klientů. Některé jsou upraveny pro klienty starší a mají pomalé tempo. Jiné programy jsou realizovány pro energičtější klienty a je zde dynamičtější tempo s vysokým stupněm komunitního přístupu. Hlavním cílem je udržení současných schopností, případné jejich zdokonalení, zvyšování samostatnosti a kvality života. K tomu musí docházet v bezpečném a radostném prostředí.

Denní programy poskytují servis klientovi od pondělí do pátku v době mezi 9 a 16 h. Klienti jsou zde rozděleni do menších skupin (cca po 15-ti klientech) a celý den jsou s nimi 3 zaměstnanci.

Klienti jsou do chráněných dílen většinou dopravováni zaměstnanci z rezidenčních center, kteří rozváží všechny obyvatele domečku do jejich denních programů a chráněných dílen. Pokud tato možnost není, klienti si platí dopravní službu, která vozí společně i jiné klienty. (25, 28, 29, 60, 63)

1.9.8.4. Rekreační program

Rekreační program následuje po pracovním a denním programu. Každý klient si může sám nebo s pomocí svého klíčového zaměstnance vybrat z aktivit pořádaných rekreačním oddělením. Tento program je plánovaný na měsíc dopředu a každý klient si podle svých přání, schopností a osobního plánu zvolí vhodnou aktivitu ve společnosti. Aktivitami jsou například golf, bowling, pravidelné taneční večírky pořádané RTR pro klienty, návštěva mořského akvária, muzea, historických památek, Disney World, společné večere a výlety do okolí.

Tyto aktivity využívá kolem 400 klientů a zajišťuje je přibližně 20 zaměstnanců RTR a dobrovolníci.

RTR pořádá každoročně několik fundraisingových aktivit, kterými se snaží získat finance na podporu RTR. Tyto aktivity by se také daly zařadit mezi rekreační aktivity. Klienti se při nich zúčastňují golfového maratónu, jazzové akce na pláži apod. (28, 60, 63)

1.9.9. Činnosti

Klienti mohou navštěvovat tyto aktivity:

- Výchovné činnosti
- Pracovní terapie
- Hipoterapie
- Rehabilitace
- Zvyšování kondice
- Sportovní činnosti
- Kulturní a společenské aktivity
- Taneční večírky

Některé z těchto činností neposkytuje přímo organizace RTR, ale jiné organizace, se kterými má RTR smlouvu. (63)

1.9.10. Socioterapeutické činnosti

Do socioterapeutických činností patří individuální plán pro každého klienta, který sestavuje klient s pomocí jeho klíčového pracovníka. Tomuto plánu napomáhá plán denních činností, kde je rozepsáno, co má klient zvládnout sám či s částečnou dopomocí. Do plánu jsou zaznamenávány služby, kdy má klient pomáhat s vařením, praním, úklidem prádla, uklízením, kdy má jít do banky, k lékaři a zubaři. Při všech činnostech má klient dosahovat větší samostatnosti. (63)

1.9.11. Volnočasové aktivity a společenské akce

Veškeré aktivity, které jsou popsány v kapitole denních programů a rekreačních aktivit, provádí klienti i v rezidenčním bydlení ve všedních dnech a o víkendech. Ve větší míře se k nim přidávají nákupy spotřebních věcí pro klienta, potravin a návštěvy kulturních akcí. Klienti se pravidelně účastní i třídění odpadů a následného odvozu smetí a papírů k recyklaci. Vše se podřizuje klientovým přáním a potřebám.

K častým aktivitám se řadí sledování televize, sportovních utkání nebo vypůjčených filmů z půjčovny. Klienti s oblibou navštěvují restaurace, kavárny a cukrárny. Některé rezidenční programy pořádají mezi sebou soutěž v bowlingu a jiných

disciplínách. Výjimkou nejsou procházky po městě, parcích a nákupních centrech. Pravidelným koníčkem se stává plavání a běh. Velkou výhodou je automobil, který je nonstop k dispozici pro veškeré aktivity klientů. Časté jsou oslavy narozenin a společné grilování. Celý residenční program má možnost jet se rekreovat na chatu RTR ve státě New Hampshire. Tento několika denní pobyt je velkým zážitkem jak pro klienty, tak i pro personál. (28, 29, 60, 63, 70)

1.9.12. Domácí řád

Každý rezidenční program má vlastní domácí řád upravený podle potřeb klientů v dané rezidenci. V každém domácím řádu se ale objevují pravidla, jak zacházet s penězi rezidence a kapesným klientů, dále pak pravidla o tankování benzínu, požární bezpečnosti, zapisování agresivních záchvatů klienta, právech klientů a případný postup při jejich nedodržování, o sexuálním obtěžování, zachování mlčenlivosti, střídání spánku během nočních služeb.

Klienti mohou mít ve svých pokojích drobná zvířata. Většinou se papoušci a akvarijní rybičky vyskytovali ve společenských prostorech rezidence.

Snahou individuálního plánu klienta je, aby si klienti uklízeli pokoj, prali a sušili vlastní oblečení sami. Ke snazšímu vystřídání praní v prádelně slouží harmonogram, ve kterém mají klienti sestavený plán činností na každý den a hodinu. Tím se učí plánovat dopředu. Klienti tedy ví, jaký den a hodinu si mohou vyprat. Toho však nelze dosáhnout u všech klientů. Pokud klient není schopen tyto činnosti udělat sám, pomáhá mu personál rezidenčního bydlení, který pere a suší klientovo prádlo v prádelně v residenčním programu.

1.9.13. Denní rozvrh

Po probuzení klient provede ranní hygienu, oblékne se a nasnídá se. Vše se pokud možno snaží udělat sám. V pracovních dnech následuje cesta do práce nebo denního programu. V denním programu mají předem připravený program a čas podávání stravy. Po odpolední cestě do rezidenčního bydlení následuje příprava oběda

na další den a volnočasové aktivity. Samozřejmě se nezapomene na večeri a hygienu před spaním.

O víkendu je více času a prostoru na volnočasové aktivity, které jsou omezeny jen pravidelným podáváním léků. (28, 29, 60, 63, 70)

1.9.14. Stravování

Do denního programu či zaměstnání si klient přináší sám svůj oběd, který si připraví sám nebo s pomocí personálu večer předem. Snídaně, večere a svačiny má klient zajištěn v rezidenčním programu. Vítaná je jeho pomoc při přípravě oběda a vaření. Klienti s pomocí personálu sestavují jídelníček a jezdí nakupovat potraviny. Část potravin přiváží hromadné zásobování.

1.9.14. Věci osobní potřeby

Léky a pleny klientovi dodává lékárenská služba podle potřeb. Zásobu léků a plen monitoruje vedoucí domečku a podávající personál. Oblečení a hygienické pomůcky klientovi může obstarávat rodina. Ve většině případů toto zajišťuje klientův klíčový pracovník. Klient si vše sám hradí ze svých příjmů.

1.9.15. Návštěvy

Návštěvy jsou doporučované v podvečerních hodinách, po návštěvě denního programu nebo práce. Neměly by omezovat ostatní obyvatele domečku. Vzhledem k plánování aktivit je lepší se ohlásit předem. Po domluvě s personálem klient může vynechat návštěvu denního programu nebo práce. Rodina si může vozit klienta pravidelně k sobě domů nejen v týdnu, ale i na celé víkendy. . (28, 29, 60, 63, 70)

1.9.16. Oslovování a práva klienta

Vzhledem k tomu, že anglický jazyk nerozlišuje tykání a vykání, je tento problém vyřešen. Personál se s klienty domluví na oslovování. Většinou se všichni navzájem oslovují křestním jménem.

Během orientačního tréninku je každý zaměstnanec seznámen s právy klienta a jejich důsledným dodržováním. Klientům jsou jejich práva vysvětlena na jejich rozumové úrovni při vstupu do organizace RTR, a pak jsou jim pravidelně opakována v denních programech, v zaměstnání a při schůzkách se supervizorem. Do organizací dochází zaměstnanci Komise na ochranu osob s postižením a kontrolují dodržování práv klientů.

Politika a koncepce RTR jsou založeny na zajišťování, podpoře a dodržování práv klienta. RTR vytvořila práva klienta na základě Americké ústavy, všeobecných zákonech státu Massachusetts a dalších důležitých právních předpisů.

Klienti i zaměstnanci musí mít volně dostupné dokumenty o právech a jsou obeznámeni s tím, jak plnit svoji ohlašovací povinnost při nedodržování práv. Ohlašování probíhá telefonicky a do 48 hodin i písemně. Z důvodu ochrany svědka může být anonymní. Za nedodržování práv a ohlašovací povinnosti jsou peněžité postihy v minimální výši 1000 US dolarů a 6 měsíců vězení. (56, 73, 74)

1.9.17. Doprava

Každý dům rezidenčního bydlení má volně k dispozici 1 auto, kterým se dopravují do zaměstnání, do chráněných dílen a denních programů. Auto slouží i k nákupům potravin, k výletům s klienty, návštěvám banky, lékaře a pro další aktivity.

Každé pracoviště- chráněná dílna a denní program má k dispozici nejméně 1 auto, které využívají podle potřeb. S klienty se jezdí podle jejich individuální náplně dne. V USA není zvykem používat MHD, vlaky, autobusy, a tak se klienti neučí tyto prostředky používat. Všude se dopravují autem, které slouží pro účely obyvatel domečku.

RTR má speciální tankovací karty pro tankování pouze aut RTR. Tyto karty jsou osvobozeny od placení DPH. Takto stát provádí daňové ulehčení těmto typům neziskových organizací. . (28, 29, 60, 63, 70)

1.10. Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie

Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Krajský úřad- Jihočeský kraj v Českých Budějovicích. Statutárním zástupcem organizace je ředitel, který spravuje 3 pracoviště:

- Domov Libníč- pro lidi s chronickým duševním postižením
- Pracoviště Mrhal- pobytové, rekondiční a aktivizační středisko
- Centrum sociálních služeb Empatie- poskytuje služby pro mentálně postižené (11)

Historie

Současné Centrum sociálních služeb Empatie bylo na počátku zřízeno jako Ústav sociální péče Empatie. 1.1.2007 se Ústav sociální péče Empatie přejmenoval a sloučil do jedné organizace s Ústavem sociální péče „U lázní“ Libníč a vznikl tak název Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie. (12)

1.10.1. Centrum sociálních služeb Empatie

1.10.1.1. Poskytované sociální služby

Centrum sociálních služeb Empatie (dále jen „Empatie“) poskytuje sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb. osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu mentálního postižení, zdravotního postižení a případně s kombinovaným postižením. Jedná se o tyto služby:

- denní stacionář: kapacita 27 klientů
- týdenní stacionář: kapacita 23 klientů
- chráněné bydlení: kapacita 24 klientů (11)

1.10.1.2. Cíl

Cílem sociálních služeb poskytovaných v Empatii je spokojenost uživatele ve všech směrech: psychickém, tělesném, interpersonálním, sociálním a etickým. Cíle jsou

naplňovány těmito principy: důstojností uživatele, respektováním soukromí, svobodou v rozhodování a jednání, poskytováním bezpečného zázemí, seberealizací, rovností a respektováním odlišností. (55)

1.10.1.3. *Financování*

Empatie je příspěvková organizace, která získává formou dotací ze státního rozpočtu necelé 2/3 svých příjmů. 1/3 příjmů tvoří platby od klientů a zbytek příjmů je tvořen zdravotnickou péčí hrazenou zdravotními pojišťovnami. (54)

1.10.1.4. *Věkové rozmezí klientů*

Empatie poskytuje sociální služby čtyřem dětem s mentálním postižením a 68 dospělým osobám, které jsou posouzeny jako plně invalidní. (11)

1.10.1.5. *Zaměstnanci*

O klienty pečuje tým 31 odborníků, který je z většiny složen z pracovníků sociální péče, dále z vychovatelů, středně zdravotnického personálu, sociální pracovnice, ergoterapeutky, fyzioterapeutky a logopedky. Do Empatie pravidelně dochází praktický lékař. Zaměstnanci nosí barevné oblečení, které jim poskytuje zaměstnavatel.

V týdenním stacionáři, kde je 27 klientů, pracuje přes den 5 zaměstnanců a v noci jeden, který nespí.

V denním stacionáři je 27 klientů se kterými pracuje 5 zaměstnanců.

V chráněném bydlení Kněžské Dvory, kde bydlí 14 klientů, je přes noc jeden zaměstnanec. V chráněném bydlení v areálu Empatie bydlí 8 klientů a zaměstnanci tam jen pravidelně dochází.

Zaměstnanci jsou odborně vzděláváni podle platných zákonů a standardů, které zajišťují kontinuální vzdělávání. (12)

1.10.1.6. Lokalizace

Areál Empatie má pavilónový charakter s parkovou úpravou a nachází se na okraji Českých Budějovic s častým spojením MHD. Součástí areálu je lesopark s krytým bazénem s vyhřívanou vodou, venkovní amfiteátr a jeden z objektů chráněného bydlení, v němž jsou umístěny 4 byty uživatelů.

Druhý z objektů chráněného bydlení se nachází mimo areál Empatie, ve čtvrti Kněžské Dvory, kde se nachází i chráněné pracoviště a pekárna. Pekárna slouží k zácvičku klientů Empatie a její výrobky odebírá Empatie, Kavárna na půl cesty a Domov mládeže U Hvízdala. Zisk z výrobků jde zpět na pokrytí nákladů pekárny, která není výdělečná. (54)

1.10.1.7. Architektonické řešení

Budovy nejsou rozmístěny s estetickým záměrem, ale podle technických možností lokalit s důrazem na funkčnost. V týdenním stacionáři jsou klienti na pokoji po třech a mají jednu společenskou místnost. V chráněném bydlení v areálu Empatie jsou 2 klienti v malometrážním bytě. V chráněném bydlení v Kněžských Dvorech má každý klient svůj pokoj. Klienti mají k dispozici vybavení Empatie. Do svých pokojů si mohou přivést vlastní nábytek a dekorovat si ho vlastními výrobky a doplňky z domova, např. rádio, fotky.... (55)

1.10.1.8. Poskytované služby

Empatie poskytuje tyto služby: stravování, ubytování, hygienickou péči, zdravotní a rehabilitační péči, výchovnou, vzdělávací, aktivizační a socioterapeutickou činnost, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a základní sociální poradenství.

Všechny činnosti jsou realizovány na základě zpracovaných a aktivně využívaných individuálních plánů. Tento plán je klientovi „ušit na míru“ podle jeho potřeb, schopností a zájmů. S klíčovým pracovníkem si klient zvolí svůj cíl a postupy, kterými má k cíli dojít. (12)

1.10.1.9. Činnosti

Součástí výchovného, vzdělávacího, aktivizačního a socioterapeutického systému jsou:

- Výchovné činnosti
- Pracovní terapie
- Canisterapie
- Hipoterapie
- Ergoterapie
- Rehabilitace
- Zvyšování kondice
- Sportovní činnosti
- Kulturní a společenské aktivity
- Kroužek vaření
- Kroužek ručních prací
- Keramický kroužek
- Taneční kroužek
- Hudební kroužek

Rehabilitace, léčebná péče a léčebná tělesná výchova probíhá ve vlastních prostorách Empatie, které jsou vybaveny moderními rehabilitačními přístroji a pomůckami. Klienti navštěvují vodoléčbu a masáže.

Velká pozornost je věnována pracovní terapii, která zahrnuje pomocné práce v kuchyni, úklidové práce, zahradnické práce, práce v dílně pro zpracování dřeva a kovu a práci v pekárně. Za tuto výpomoc jsou klienti odměňováni věcnými dary. (55)

1.10.1.10. Socioterapeutická činnost

Empatie vede své klienty k samostatnosti tím, že je učí význam hodnoty peněz, časový odhad, bezpečnou dopravu a přecházení silnice, jízdu dopravními prostředky, péči o osobní hygienu, stlaní lůžka.... Učí se i kde si mohou koupit lístky do různých kulturních zařízení, kde toto zařízení najdou a kdy se vypravit na cestu, aby představení

včas stihli. Tyto činnosti napomáhají klientům docílit pocitu seberealizace a naplnění osobního života. (11)

1.10.1.11. Volnočasové aktivity a společenské akce

Empatie nabízí svým klientům aktivity ve sportovním oddíle Spiridon, který je členem Českého hnutí speciálních olympiád. Klienti se setkávají v kroužku vaření, ručních prací, keramickém kroužku, tanečním a hudebním kroužku. Pořádají vánoční a velikonoční výstavy svých výrobků, turnaj ve stolním tenise, maškarní bál, diskotéky a hrají divadlo. Samozřejmostí jsou návštěvy kina, divadla, obchodních center, vycházky do kaváren či cukráren a na večeri. Také jsou pořádány 2x ročně rehabilitační pobyty v přírodě v ČR a 1x ročně pobyt u moře.

Na celodenní výlety jezdí např. na výstavy do Prahy. Účastní se sportovních a společenských akcí zábavného charakteru pořádaných jinými organizacemi. Jednou z nich je pravidelné soutěžení s dětmi ze základní školy Hluboká nad Vltavou. Děti tvoří dvojici s klientem Empatie a společně zdolávají překážky. Musí tedy spolu komunikovat a spolupracovat. To rozvíjí sociální citění dětí a děti pomohou klientům zapojit se do běžného života. Tyto akce jsou velmi oblíbené z obou stran. Další připravovanou akcí je Star dance, kde bude klient Empatie tvořit taneční dvojici se zaměstnancem vybrané firmy. Empatie pořádá tyto hry a den otevřených dveří, kam zve širokou veřejnost pomocí rozhlasu, novin a televize. (12)

1.10.1.12. Domácí řád

Domácí řád upravuje soužití mezi klienty navzájem a mezi klienty a personálem. Dále upravuje používání majetku Empatie. Domácím řádem se řídí jak klienti, tak i organizace Empatie. Domácí řád je v příloze smlouvy, která je uzavírána při přijetí do Empatie mezi uživatelem služeb a organizací. Nedodržování domácího řádu může být důvodem k rozvázání smlouvy.

Klienti mohou po domluvě s ředitelem organizace chovat zvířata. (55)

1.10.1.13. Denní rozvrh

Klienti mohou, ale nemusí využívat výše zmíněné škály volnočasových aktivit. Dopoledne uživatelé navštěvují výchovné, vzdělávací, aktivizační a socioterapeutické činnosti. Odpolední program je volnější a klienti si vybírají, co chtějí dělat. Deseti klientům se podařilo najít zaměstnání mimo Empatii a dochází do zaměstnání, jehož podmínky jsou přizpůsobeny jejich schopnostem. (11)

1.10.1.14. Stravování

Čas podávání jídla je stanoven a strážníci si mohou vybírat přílohy k jídlu. Klienti denního a týdenního stacionáře se stravují ve společné jídelně, obyvatelé chráněného bydlení si mohou zvolit místo stravování- svůj byt či pokoj nebo společnou jídelnu. Klienti z chráněného bydlení se podílí na sestavování jídelníčku na víkend a pomáhají s vařením. (55)

1.10.1.15. Návštěvy

Za uživateli sociálních služeb mohou kdykoliv přijít návštěvy a případně si vzít klienty domů. Empatie je omezená prostory a tak nemá více místností, kde by mohl být klient se svojí rodinou a kde by mohla rodina přespát i s klientem. Tato možnost je jen při počáteční adaptaci v chráněném bydlení. Empatie podporuje úzkou vazbu s rodinou a tak nebrání návštěvám. Zve i rodinné příslušníky na různé akce, které se v Empatii pořádají. (54, 55)

1.10.1.16. Věci osobní potřeby

Klientům z denního a týdenního stacionáře oblečení, léky a pleny dodává rodina. Oblečení si perou doma u rodiny. V týdenním stacionáři jim v případě nutnosti oblečení vypere personál. Klienti si mohou přinést vlastní povlečení nebo používat povlečení Empatie.

Léky a ostatní věci osobní potřeby klientů z chráněného bydlení pomáhá řešit personál z chráněného bydlení. Klienti si zde podle svých možností perou a žehlí oblečení sami nebo s pomocí personálu.

Také mají své kapesné, se kterým se učí hospodařit a s personálem chodí nakupovat potřebné věci, např. oblečení. Každý klient má svůj účet v bance, ze kterého formou inkasa vybírá platby Empatie. S účtem manipuluje sám klient nebo jeho opatrovník. (55)

1.10.1.17. Oslovování a práva klientů

Personál si s klienty automaticky tyká a navzájem se oslovují křestním jménem. Klient je se svými právy seznámen při příchodu do Empatie. V průběhu pobytu jsou práva klientům opakována a průběžně se jimi zabývají podle standardu kvality sociálních služeb č.2. (54)

1.10.1.18. Doprava

Na různé akce se dopravují hromadnou dopravou nebo vlastním minibusem pro 9 lidí (i pro vozíčkáře) a jedním osobním autem.

Empatie je u svých klientů oblíbená. Ti se sem po víkendu nebo po prázdninách rádi vracejí zpátky. Přes týden se klienti těší, že budou o víkendu doma se svojí rodinou a v neděli se zase těší zpět do Empatie. Tento systém funguje k oboustranné spokojenosti. (55)

1.10. Domov PETRA Mačkov

Domov PETRA Mačkov je příspěvková organizace, kterou zřizuje Krajský úřad Jihočeský kraj v Českých Budějovicích. Domov PETRA Mačkov poskytuje služby lidem s mentálním postižením a jeho statutárním zástupcem je ředitelka.

K Domovu PETRA patří budovy Základní školy speciální v Blatné. (13, 32)

1.10.1.Historie

Původní ústav sociální péče vznikl v roce 1971 v čekanickém zámku poblíž Blatné. V roce 1999 se klienti spolu se zaměstnanci přestěhovali do nově a moderně

vybudovaného zařízení v Mačkově. Od 1.1.2008 se od Domova PETRA a Základní školy speciální Mačkov odloučila Základní škola speciální Mačkov a vznikl tak název Domov PETRA Mačkov, který se nyní stará pouze o budovu Základní školy speciální v Blatné. V této budově se nachází 2 byty chráněného bydlení Blatná, minigalerie s prodejnou výrobků a výpěstků klientů Domova PETRA Mačkov. Do školy dochází nejen klienti Domova PETRA Mačkov, ale i klienti, kteří bydlí doma s rodinou. Jedna třída pro imobilní klienty s těžkou mentální retardací se nachází přímo v Domově PETRA Mačkov. Celkem školu navštěvuje cca 32 žáků. (13, 14)

1.10.2. Poskytované sociální služby

Od 1.1.2007, kdy vstoupil v platnost nový zákon o sociálních službách, poskytuje Domov PETRA Mačkov lidem s mentálním postižením tyto služby:

- týdenní stacionář- kapacita 3 klienti
- domov pro osoby se zdravotním postižením- kapacita 70 klientů
- chráněné bydlení v Mačkově- kapacita 49 klientů
- chráněné bydlení v Blatné- kapacita 2 klientky (14, 32)

1.10.3. Cíl

Cílem Domova PETRA Mačkov je podpořit klientův život tak, aby byl plnohodnotný a co nejvíce podobný životu v běžné populaci. Všechny činnosti rozvíjející osobnost jedince, by měly navodit klientům pocit uspokojení, radost z dosažených úspěchů a motivovat je k dalším zajímavým výkonům. Jednou z nejdůležitějších složek výchovné práce s klienty je kreativní činnost a podpora upevňování vztahů s rodinou. (13, 76)

1.10.4. Financování

Domov PETRA Mačkov je zřizován Krajským úřadem- Jihočeským krajem v Českých Budějovicích. Polovinu nákladů pokryjí dotace a polovinu vlastní příjmy, zejména platby od uživatelů, příspěvky na péči, platby od zdravotních pojišťoven a příjmy z doplňkové činnosti např. z prodeje vlastních výrobků. (14)

1.10.4. Věkové rozmezí klientů

Uživatelům sociálních služeb je od 3 let do konce života. Většinová skupina uživatelů sociálních služeb je ženského pohlaví. 22 klientů je mladších 18 let. (40)

1.10.5. Zaměstnanci

Převážnou část péče poskytují zdravotničtí pracovníci, vychovatelé, terapeuti a pracovníci sociální péče v poměru jeden zaměstnanec na 2 až 3 klienty. Rozmezí je mezi 97-100 zaměstnanci.

Přímo v Domově PETRA Mačkov ordinují lékaři: praktický lékař, pediatr, neurolog, psychiatr a stomatolog.

26 zaměstnanců pracuje s klienty v přímé péči s 49 klienty chráněného bydlení v Mačkově. Zde slouží jedna vychovatelka přes den a v noci je pohotovostní služba na recepci. Tito klienti mají lehké nebo středně těžké mentální postižení.

37 zaměstnanců pracuje v přímé péči v domově pro osoby se zdravotním postižením. Zaměstnanci se zde střídají ve směnném provozu, při kterém se věnují 70 klientům s hlubokým a těžkým mentálním postižením. Zaměstnanci nosí v práci barevné oblečení, které jim poskytuje zaměstnavatel. (41)

1.10.6. Lokalizace

Domov PETRA Mačkov je postaven na konci vesnice Mačkov 3 km od města Blatná. Součástí areálu je zahradní park a hospodářské zázemí pro chov zvířat. K jízdě na koni je využívána ohrada a v dalších ohradách jsou chována hospodářská zvířata. (13)

1.10.7. Architektonické řešení

Domov PETRA Mačkov je postaven z 5-ti budov, které jsou vzájemně propojeny spojovací chodbou. Těchto pět budov symbolizuje otevřenou dlaň ruky a každá budova znázorňuje jeden prst. Každá tato budova slouží jako chráněné bydlení pro 10 klientů. V každém z těchto domečků se v přízemí nachází společná velká kuchyně, koupelna a obývací. Dále se zde nachází 5 buňek, ve kterých má každý klient svůj pokoj a pro dvojici společnou koupelnu a malou kuchyňku. Domeček je vybaven

dřevěným nábytkem hromadně zakoupeným pro všechny klienty, který si uživatelé mohou přestavět podle své potřeby a libosti. Klienti si pak svůj pokojík a výzdobu domečku dotváří vlastními doplňky a výrobky. V každém pokoji mají vlastní televizi a v celém zařízení mohou poslouchat rádio z vestavěných reproduktorů ve stropě nebo svou vlastní audio a videotechniku. Pokoje jsou dále vybaveny dorozumívacím systémem mezi zaměstnanci a uživateli, který je napojený na telefon stálé služby.

Manipulaci s imobilními klienty v domově pro osoby se zdravotním postižením značně ulehčuje pojezdový systém, kterým se snadno přemisťují nemohoucí klienti. Domov PETRA Mačkov je moderní, prostorný a umožňuje klientům pohodlný a bezpečný život. (40)

1.10.8. Poskytované služby

Domov PETRA Mačkov poskytuje tyto služby: stravování, ubytování, hygienickou péči, ošetrovatelskou, zdravotní a rehabilitační péči, aktivizační, výchovnou a vzdělávací, základní sociální poradenství, pomoc při zajištění chodu domácnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Každý klient má kromě svého rozvrhu na každý den i svůj individuální plán na 1 měsíc, ve kterém si sám klient zvolí čeho by chtěl dosáhnout, v čem by se chtěl zlepšit a jak toho dosáhnout. S pomocí svého klíčového pracovníka, sestaví tento individuální plán a snaží se ho naplnit. Pokud klient není schopen vyjádřit své přání, je individuální plán sestaven podle jeho potřeb. Jeden klíčový pracovník se stará o 2 až 3 klienty, které dobře zná. U svých uživatelů dokáže odhadnout jejich potřeby, které vedou ke zvýšení kvality života. (13)

1.10.9. Činnosti

Klienti mají možnost zapojit se do různých činností, ze kterých se skládá jejich denní rozvrh:

- fyzikální terapie- laser, ultrazvuk, magnetoterapie, elektroléčba, parafín
- rehabilitační cvičení- Vojtova metoda, Bobath princip, polohování, pasivní cvičení

- velký a malý bazén- dýchání do vody, potápění, plavání, skoky do vody, tobogán
- whirlpool- relaxace, teplovodní masáž
- skupinové cvičení- správné držení těla, pohybové hry, zlepšování obratnosti
- arteterapeutická dílna- kresba, malba, grafika, gobelín
- keramická dílna- zpracování hlíny, základy točení, práce s glazurou
- loutková dílna-stehování, žehlení, šití, návrh loutky, stříhání, párání
- tkaní- příprava útku, příprava osnovy, vlastní tkaní, tvorba výrobků
- vyšívání- volba barev a materiálu, vystřihování, háčkování, pletení
- muzikoterapie- poslech, splynutí pohybu s rytmem, spontánní vyjádření
- dramaterapie- nácvik vlastních divadelních her
- specializovaná činnost- rozvoj pohybových schopností, sebeobslužné činnosti
- vjemová terapie- barevná světla, skládačky, hudební nástroje, aromalampa, pokrmy
- hipoterapie- interakce klient-kůň, fyzický kontakt, pomocné práce, jízda
- pěstitelské práce ve skleníku- sklizení plodů, příprava květin pro výzdobu

Veřejnosti a jiným zařízením, která poskytují sociální služby lidem s postižením, Domov PETRA Mačkov nabízí: ubytování se stravou, využití rehabilitačního bazénu za účelem vodoléčby a relaxace, jízdu na koních, prodej výrobků, prodej sazenic a zeleniny, praní a mandlování prádla. (13)

1.10.10. Socioterapeutické činnosti

Klienti se podle svých možností učí hospodařit s penězi, nakupovat a ostatním činnostem běžného života. Vše vychází z individuálního plánu klienta a výchovného procesu. (40)

1.10.11. Volnočasové aktivity a společenské akce

Odpoledne mají uživatelé sociálních služeb volný režim, který se využívá hlavně k aktivitám jako jsou např. pobyt v parku, na hřišti, k procházkám do přírody, sportování, výletům do blízkého okolí, k různým společenským hrám a ručním pracem.

Pro zpestření se pořádají tuzemské a zahraniční rekreace, zájezdy, výstavy, taneční odpoledne, sportovní soutěže, nákupy ve městě, návštěvy cukrárny či kavárny a společenská setkání se stále širším okruhem lidí. I klienti, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko pobývají při pěkném počasí většinu dne na prostorné bezbarierové trase, na kterou mohou být přemístěni i s lůžkem.

Tabu, které dříve bývalo o ústavech sociální péče, nyní už neplatí. Domov PETRA se na sebe snaží upozornit prostřednictvím místního rádia a televize, výstavami svých výtvarných prací, výkresů a výrobků, různými sportovními a kulturními aktivitami. Mají vlastní divadelní soubor, pro který si sami šijí kostýmy a kulisy. Hudba i libreto jsou také vlastní tvorby. S nedalekým Domovem pro osoby se zdravotním postižením Osek pořádají taneční zábavy, maškarní bály a grilování. Širokou veřejnost zvou na tyto akce a dny otevřených dveří různého zaměření, např. pro rodiče, pro rodinné příslušníky zaměstnanců... Na sportovní den přijímají 2x ročně pozvání písečtí hokejisté a provází ho velké nadšení. Obrovské úspěchy má i každoroční koncert místní rockové kapely, kterého se účastní všichni obyvatelé domova. (40, 76)

1.10.12. Domácí řád

V domácím řádu se hovoří o provozu domova a je součástí smlouvy s klientem. Při nástupu do Domova PETRA Mačkov je novému klientovi vysvětlen domácí řád podle jeho možností, který zaměstnanci vysvětlují i jeho rodičům či opatrovníkovi. V případě změny v domácím řádu jsou opět tito lidé s nimi seznámeni prostřednictvím sociální pracovnice a klíčového pracovníka. Klienti mohou mít na pokojích chráněného bydlení drobná zvířata jako jsou andulky, morčata a křečci. U konírní mají psa, kočky, králíky, 6 koní a 2 ovce, o které se starají zaměstnanci hospodářského úseku a jedna uživatelka sociálních služeb jim pomáhá.

U recepce se nachází automat na kávu a občůdek, který je přes den obsluhovaný klienty. (76)

1.10.13. Denní rozvrh

Péče je časově rozdělena do dvou úseků- dopolední terapie podle daného rozvrhu a odpolední zájmové činnosti. Tyto terapie probíhají pod vedením terapeutů v individuálních pracovnách. Rozvrh je vytvořen pro každého klienta individuálně. Každý den a hodina jsou upraveny tak, aby co nejvíce vyhovovaly klientovi a klienti se vystřídali v pracovnách. Rozvrh pro každou pracovnu visí na dveřích pracovny. Zaměstnanci se snaží, aby byli klienti co nejvíce samostatní a sami si hlídali čas, kdy mají jít na další terapii a samostatně tam i došli. Pod vedením odborných pracovníků se klienti, s ohledem na stupeň postižení, seznamují s pracovnou, jejím vybavením a osvojují si základy jednotlivých dovedností. S další pomocí terapeuta začínají pracovat na jednotlivých výrobcích. 13 klientů ze 120 má zaměstnání, kterým si přivydělává peníze. (40)

1.10.14. Stravování

Klienti si objednávají oběd měsíc dopředu a přitom si vybírají ze 2 jídel. Jídelníček je doplněn obrázky, aby si všichni klienti snáze vybrali pokrm, na který mají chuť. Strava z centrální kuchyně se dováží klientům do chráněného bydlení v termo vozících a vychovatelka jim ho pomáhá servírovat. Stravují se tedy společně v jejich chráněném bydlení. Snídaně mají kontinentálního typu. Klienti si mohou odhlásit kterékoliv jídlo a připravit si ho sami či s podporou vychovatele nebo stravu odebírat odjinud. Společně s vychovatelkou mohou nakoupit a uvařit jídlo, na které mají chuť. V domově pro osoby se zdravotním postižením se klienti stravují v křeslech, v invalidních vozících se stolkem nebo v lůžku. Obecně se dá říct, že klient, který je schopen sedět, tráví více času v křesle. Klienti používají podle potřeb speciální pomůcky ke stravování. U všech klientů se zaměstnanci snaží střídat polohy, aby se zabránilo proleženinám. (41)

1.10.15. Návštěvy

Uživatelé sociálních služeb mají neomezený kontakt s rodinou. Návštěvy nesmí narušovat noční klid a soukromí ostatních klientů. V domově mají dostatek návštěvních

místností a možnost ubytování návštěv spolu s klientem ve stejné místnosti. Rodiče si mohou vzít klienta domů na delší dobu např. na prázdniny či na víkend. Pokud je tato doba delší než 120 dní, je to dostatečný důvod k rozvázání smlouvy. Tato možnost je málokdy využívána z důvodu slabého kontaktu klienta s jeho rodinou. Cca 20 klientů ze 122 se pravidelně stýká s rodinou. Toto číslo klesá s rostoucím věkem klienta a jeho rodičů. (40)

1.10.16. Věci osobní potřeby

Léky, pleny a oblečení pro uživatele sociálních služeb v chráněném bydlení obstarává Domov PETRA Mačkov. Pokud se klient z týdenního stacionáře nezaregistruje u lékaře, který ordinuje v Domově PETRA, pleny, léky a lékaře si zajišťuje sám uživatel (či jeho rodina a opatrovník). Některým klientům pere prádlo centrální prádelna. Uživatelé služeb chráněného bydlení si osobní prádlo perou a žehlí sami v chráněném bydlení. Ložní prádlo pere služba v centrální prádelně. Většina klientů si vybírá a kupuje sama ložní prádlo při nákupech ve městě. (41)

1.10.17. Oslovování a práva klientů

Na oslovování klientů se vždy domluví personál s klientem a ujasní si, zda si budou tykat nebo vykat. Samozřejmá je znalost a dodržování práv klienta, která si Domov PETRA Mačkov upravil, aby byly klientovi šité na míru. (13)

1.10.18. Doprava

Domov PETRA má k dispozici autobus pro 17 lidí, kam lze najet po výsuvné plošině i s invalidním vozíkem. Dále pak osobní automobil, sanitku a mikrobuse. Takto se uživatelům s omezenou hybností usnadní doprava kamkoliv, např. k holiči, za kulturou a do restaurace. Ti, kteří nemají problém s využíváním systému veřejné dopravy využívají vlak, autobus a chůzi.

V Domově PETRA Mačkov mají prokázáno, že i nově příchozí klient s beznadějnou perspektivou, zcela imobilní a bez jakéhokoliv kontaktu, dnes chodí, mluví

a dokonce navštěvuje speciální školu. Zde je vidět, že se klientům dostává kvalitní, rozmanité a podněcující péče, která vede ke zvyšování kvality života obyvatel. (40)

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíl

Cílem této práce je:

Zjistit a porovnat vnitřní klima a možnosti řízených aktivit v zařízeních v ČR a v USA.

2.2. Hypotézy

Pro dosažení vytyčeného cíle byly stanoveny následující hypotézy:

H1: V USA využívají širší nabídku řízených aktivit než v ČR.

H2: V systémech Home group v USA je vnímání sociálního klimatu vyšší než v zařízeních v ČR.

3. METODIKA

3.1. Popis metodiky: Kvantitativní výzkum. Metoda dotazování- technika sběru dat-dotazník. Kvalitativní výzkum. Přímé pozorování. Standardizovaný rozhovor.

3.2. Výzkumný soubor: Kvantitativní výzkum tvořilo 37 respondentů pracujících v zařízeních s lidmi s mentálním postižením v ČR a v USA. Kvalitativního výzkumu se zúčastnily 4 respondentky.

3.1. Pro získání potřebných údajů k dosažení vytyčených cílů a k analýze dat bylo použito metody dotazníku, standardizovaného rozhovoru a pozorování.

Dotazník byl sestaven pro zaměstnance, kteří pracují s mentálně postiženými dospělými. Dotazník byl anonymní a skládal se z 19 otázek. První dvě otázky se týkaly identifikace respondenta (pohlaví a vzdělání). Otázky č. 3, 4 a 5 identifikují klienta (skupina klientů nebo jednotlivec, věk, mentální postižení). V otázce č. 6 respondenti vybírali v pěti podkategoriích činnosti, které klienti provádějí. Celkem je zde 41 vypsanych činností. Součástí každé podkategorie je možnost doplnění dalších činností. V otázkách č.7 a 8 se táži na klientovo zaměstnání a jeho finanční příjem. V otázce č. 9 a 10 se táži respondentů na rozšíření aktivit v organizaci. Otázkami č.11 až 14, otázkou č.18 a 19 hodnotím sociální atmosféru organizace. V patnácté otázce se táži na možnosti, které poskytuje organizace zaměstnanci. V otázce č. 16 se ptám na motivaci zaměstnanců k práci. V otázce č. 17 se ptám na práva klientů.

V dotazníku převažovali uzavřené odpovědi ano, ne, výborná, uspokojivá, více uspokojivá, uspokojivá, méně uspokojivá, nehodná, stupnice 1 až 3, s pomocí a nenabízí. Otevřených odpovědí mohli respondenti využít v otázkách č. 6, 7, 10 a 16.

Standardizovaný rozhovor jsem provedla v Domově PETRA Mačkov s ředitelkou organizace a organizační pracovnící. V Centru sociálních služeb Empatie mi rozhovor poskytla vedoucí vychovatelka. V organizaci RTR, Inc. jsem provedla rozhovor s výkonnou ředitelkou organizace. Na rozhovory jsem měla předem připravené otázky týkající se počtu zaměstnanců a klientů, automobilů, klientů na 1

pokoji, vaření, domácích zvířat a činností prováděných s klienty. Po ukončení rozhovorů následovala prohlídka zařízení.

Přímé, otevřené a strukturované pozorování jsem provedla ve všech výše zmíněných organizacích ve vstupních budovách, pracovnách, domovech klientů a v jejich terapeutických dílnách.

O souhlas s provedením výzkumu jsem vždy žádala ředitele zařízení.

Z USA jsem vybrala organizaci RTR, Inc., ve které jsem 6 měsíců pracovala. Během pracovního pobytu jsem provedla zúčastněné pozorování a standardizovaný rozhovor s výkonnou ředitelkou organizace.

Ředitelka Domova PETRA Mačkov a vedoucí vychovatelek v Centru sociálních služeb Empatie si vyžádaly kapitoly současného stavu mé diplomové práce o zařízení, ve kterém pracují. Po následné kontrole informací a zodpovězení mých doplňujících otázek, mi kapitoly poslaly zpět.

Všechna zařízení mi poskytla propagační materiály.

3.2. Celkem v ČR bylo rozdáno 50 dotazníků, ze kterých se vrátilo 43 (86 %) dotazníků. Z důvodu neúplného vyplnění jsem nemohla použít 6 (13,9 %) dotazníků. Bylo použito 16 dotazníků od zaměstnanců Domova PETRA Mačkov a 8 dotazníků vyplněných zaměstnanci Centra sociálních služeb Empatie. Celkem 24 dotazníků se stalo 100 % pro výzkum v ČR.

20 zaměstnancům z USA byl rozeslán dotazník. Vráceno bylo 13 (65 %) vyplněných dotazníků z 20. Všechny 13 dotazníků bylo kompletně vyplněno a použito ve výzkumu a staly se tak 100 % pro výzkum v USA.

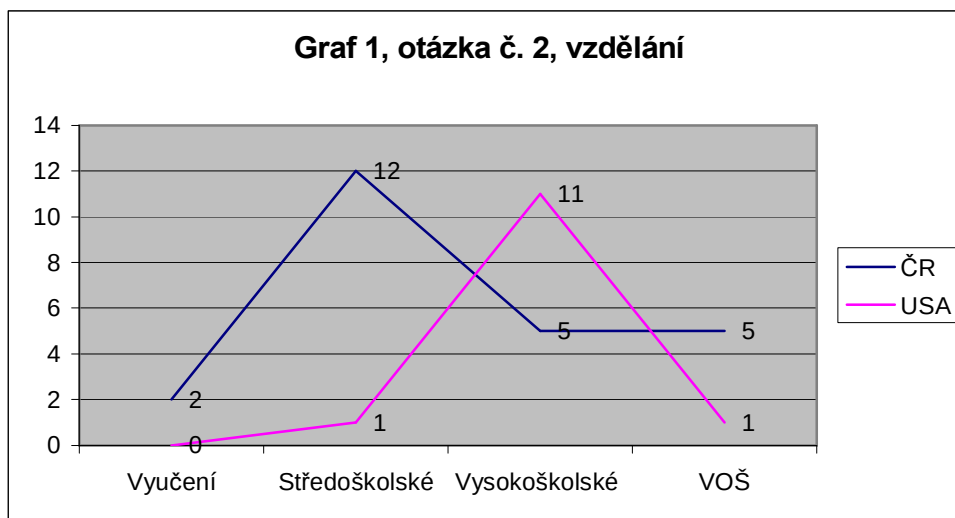
Z ČR a USA bylo použito celkem 37 dotazníků. Dotazníky vyplnili zaměstnanci v přímé péči s dospělými klienty s mentálním postižením.

Dotazníky byly vyplněny v období ledna až března roku 2008.

Ke zpracování dat jsem použila grafy a tabulky. Výsledky jsou uváděny v absolutních číslech a procentech.

4. VÝSLEDKY

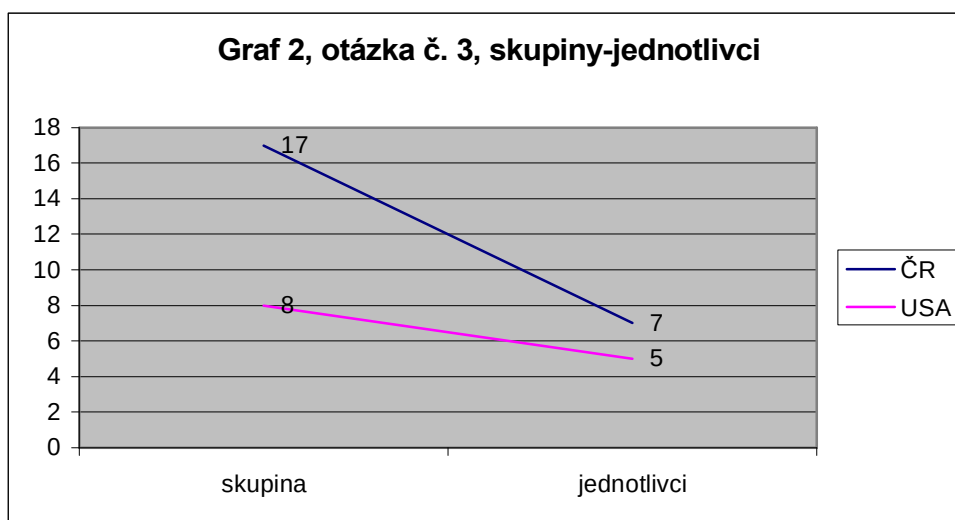
4.1. Výsledky dotazníku



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR pracuje 8,4 % vyučených zaměstnanců, 50 % středoškoláků, 20,8 % lidí s vystudovanou vyšší odbornou školou a 20,8 % vysokoškoláků.

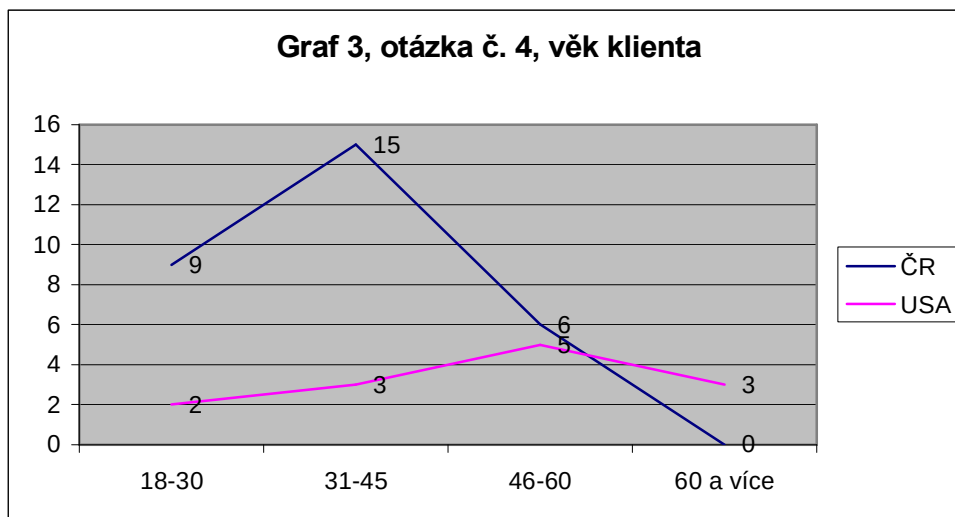
V USA pracuje 7,7 % středoškoláků, 7,7 % lidí s vystudovanou vyšší odbornou školou a 85 % vysokoškoláků. Žádný respondent v USA si nevybral možnost vyučení.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR vyplnilo 70,8 % zaměstnanců dotazník o skupině a 29,2 % na jednotlivce.

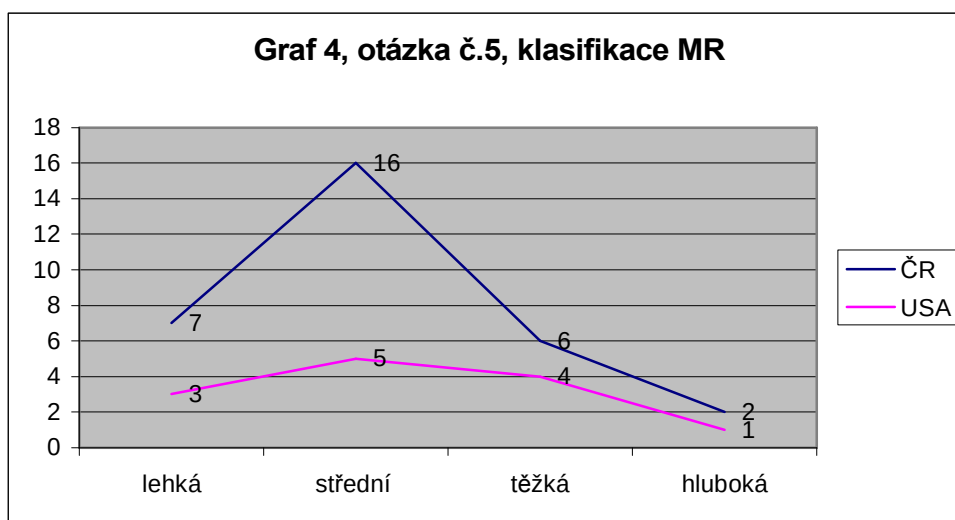
V USA vyplnilo 61,5 % zaměstnanců dotazník o skupině a 38,5 % na jednotlivce.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR byla vybrána 30 x věková skupina klienta. Z toho bylo 30 % klientů ve věku 18-30 let, 50 % klientů ve věku 31-45 let a 20 % klientů ve věku 46-60 let. Nikdo nebyl v ČR starší 60-ti let.

V USA byla vybrána 13 x věková skupina klienta. Z toho bylo 15,5 % klientů ve věku 18-30 let, 23 % klientů ve věku 31-45 let, 38,5 % klientů ve věku 46-60 let a 23 % klientů bylo starší 60 let.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR byl 31 x vybrán stupeň postižení. Z toho bylo 22,5 % klientů v kategorii lehké MR, 51,6 % klientů v kategorii střední MR, 19,4 % klientů v kategorii těžké MR a 6,5 % hluboce mentálně postiženo.

V USA byl vybrán 13 x stupeň postižení. Z toho bylo 23 % klientů v kategorii lehké MR, 38,5 % klientů v kategorii střední MR, 30,8 % klientů v kategorii těžké MR a 7,7 % hluboce mentálně postiženo.

Tabulka č. 1	činnosti (13)	ČR (24)	USA (13)	prováděné čin. ČR	prováděné čin. USA
Otázka č. 6	max. bodů z čin.	312	169		
Procvičování motoriky		265	82	11,0	6,3
	%	84,94	48,52		
	s asistencí	160	46	6,7	3,5
	%	60,38	56,10		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č.1, ve skupině s názvem „procvičování motoriky“, je 13 činností.

V ČR provádí tyto činnosti klienti v 84,94 %, což je 11 činností z 13. Z toho je klientům poskytovaná asistence při těchto činnostech v 60,38 %, což je 6,7 činností s asistencí z 11.

V USA provádí tyto činnosti klienti v 48,52 %, což je 6,3 činností z 13. Z toho je klientům poskytovaná asistence při těchto činnostech v 56,10 %, což je 3,5 činností z 6,3.

Tabulka č. 2	činnosti (4)	ČR (24)	USA (13)	prováděné čin. ČR	prováděné čin. USA
Otázka č. 6	max. bodů z čin.	96	52		
Hudební činnosti		49	29	2,0	2,2
	%	51,04	55,77		
	s asistencí	28	7	1,2	0,5
	%	57,14	24,14		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 2, ve skupině s názvem „hudební činnosti a logoterapie“, jsou 4 činnosti.

V ČR provádí tyto činnosti klienti v 51,04 %, což jsou 2 činnosti ze 4. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 57,14 %, což je 1,2 činností s asistencí ze 2.

V USA provádí tyto činnosti klienti v 55,77 %, což je 2,2 činnosti ze 4. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 24,14 %, což je 0,5 činnosti s asistencí z 2,2.

Tabulka č. 3	činnosti (6)	ČR (24)	USA (13)	prováděné čin. ČR	prováděné čin. USA
Otázka č. 6	max. bodů z čin.	144	78		
Pohybové aktivity		63	31	2,6	2,4
	%	43,8	39,7		
	s asistencí	50	12	2,1	0,9
	%	79,4	38,7		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 6, ve skupině s názvem „pohybové aktivity“, je 6 činností.

V ČR provádí tyto činnosti klienti v 43,8 %, což jsou 2,6 činnosti z 6. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 79,4 %, což je 2,1 činností s asistencí z 2,6.

V USA provádí tyto činnosti klienti v 39,7 %, což je 2,4 činnosti z 6. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 38,7 %, což je 0,9 činností s asistencí z 2,4.

Tabulka č. 4	činnosti (10)	ČR (24)	USA (13)	prováděné čin. ČR	prováděné čin. USA
Otázka č. 6	max. bodů z čin.	240	130		
Společenské aktivity		135	108	5,6	8,3
	%	56,3	83,1		
	s asistencí	43	80	1,8	6,2
	%	31,9	74,1		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 4, ve skupině s názvem „společenské aktivity“, je 10 činností.

V ČR provádí tyto činnosti klienti v 56,3 %, což je 5,6 činnosti z 10. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 31,9 %, což je 1,8 činnosti s asistencí z 5,6.

V USA provádí tyto činnosti klienti v 83,1 %, což je 8,3 činnosti z 10. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 74,1 %, což je 6,2 činnosti s asistencí z 8,3.

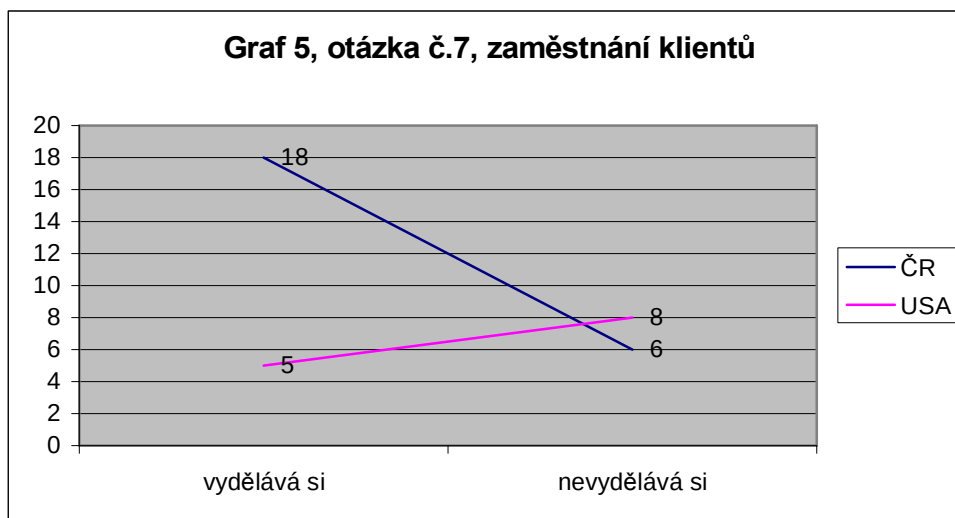
Tabulka č. 5	činnosti (8)	ČR (24)	USA (13)	prováděné čin. ČR	prováděné čin. USA
Otázka č. 6	max. bodů z čin.	192	104		
Domácí činnosti		72	39	3,0	3,0
	%	37,5	37,5		
	s asistencí	60	23	2,5	1,8
	%	83,3	59,0		

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 5, ve skupině s názvem „domácí činnosti“, je 8 činností.

V ČR provádí tyto činnosti klienti v 37,5 %, což jsou 3 činnosti z 8. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 83,3 %, což je 2,5 činnosti s asistencí ze 3.

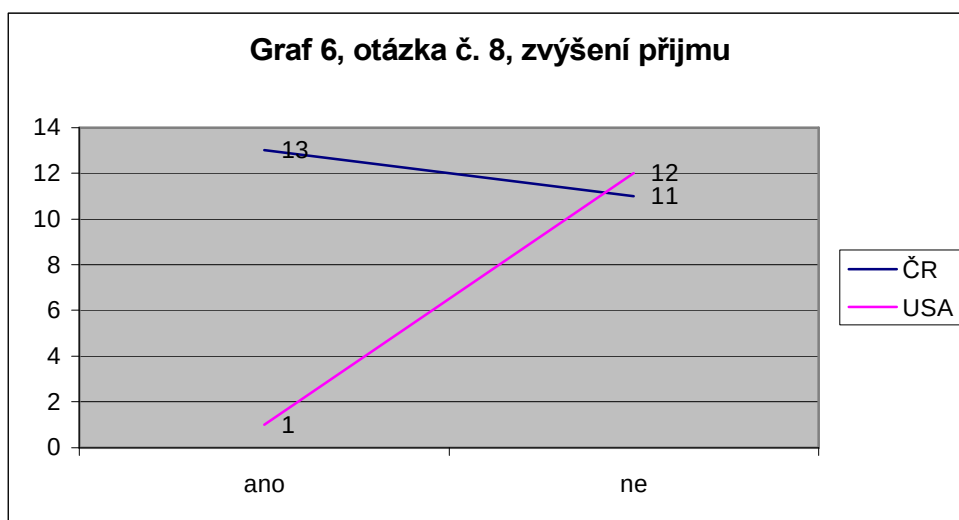
V USA provádí tyto činnosti klienti v 37,5 %, což jsou 3 činnosti z 8. Z toho je klientům poskytována asistence při těchto činnostech v 59 %, což je 1,8 činnosti s asistencí ze 3.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR si vydělává 75 % klientů a 25 % si nevydělává.

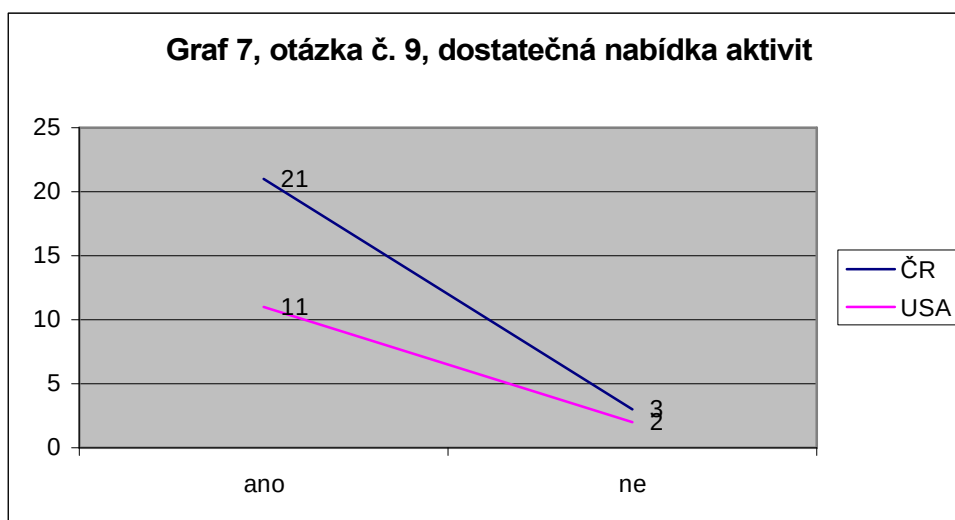
V USA si vydělává 38,5 % klientů a 61,5 % si nevydělává.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR se domnívá 54,2 % respondentů, že klientovi aktivity jsou omezeny jeho finančním příjmem. 45, 8% respondentů se domnívá, že klientovy aktivity nejsou omezeny jeho finančním příjmem.

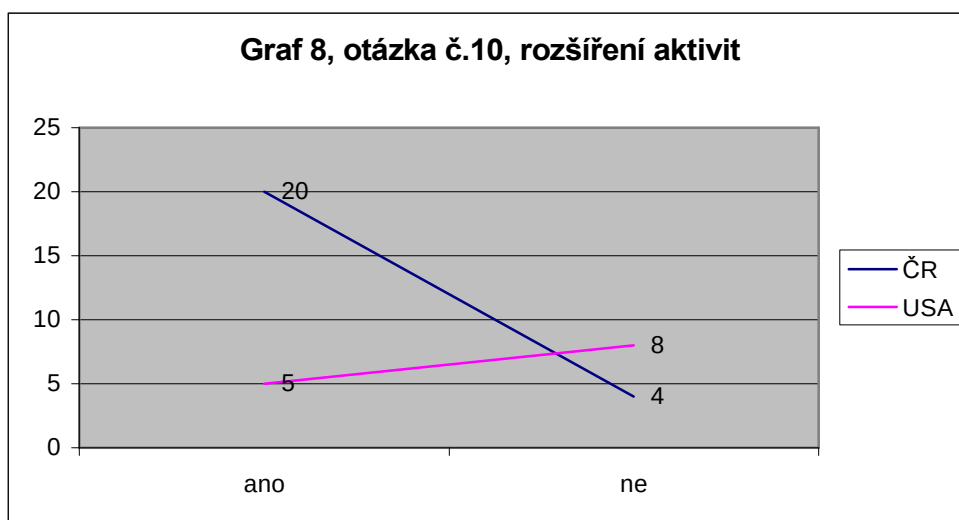
V USA se domnívá 7,7 % respondentů, že klientovy aktivity jsou omezeny jeho finančním příjmem. 92,3 % respondentů se domnívá, že klientovy aktivity nejsou omezeny jeho finančním příjmem.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR se 87,5 % respondentů domnívá, že je dostatečná nabídka aktivit v zařízení, kde pracují. 12,5 % se domnívá, že není.

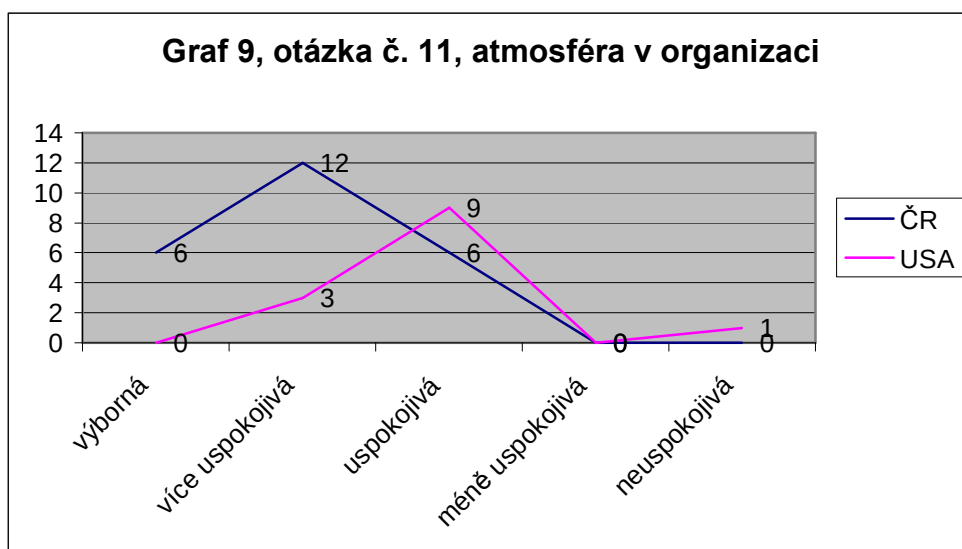
V USA se 84,6 % respondentů domnívá, že je dostatečná nabídka aktivit v zařízení, kde pracují. 15,4 % se domnívá, že není.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR zná 83,3 % respondentů aktivity, kterými by se dala rozšířit nabídka. 16,7 % respondentů nezná aktivitu, kterými by se dala rozšířit nabídka zařízení.

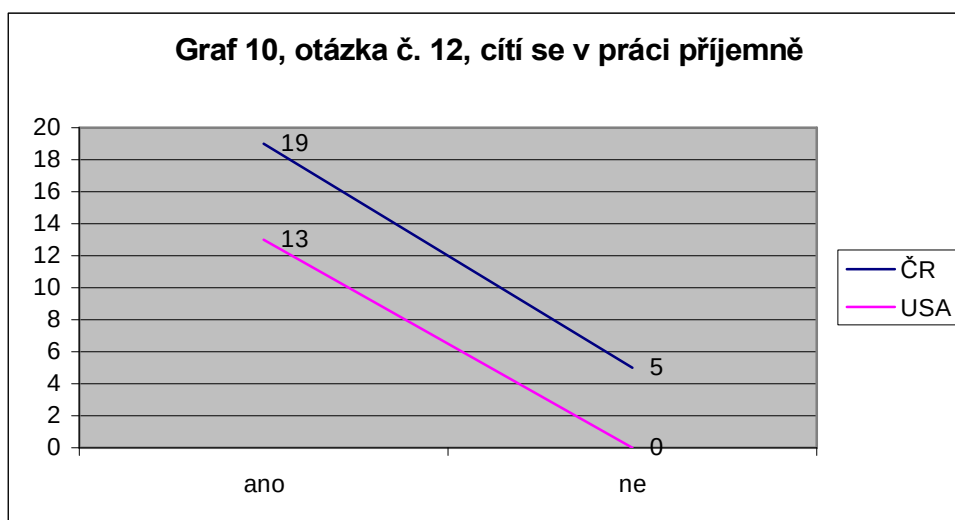
V USA zná 38,5 % respondentů aktivity, kterými by se dala rozšířit nabídka. 61,5 % respondentů nezná aktivitu, kterými by se dala rozšířit nabídka zařízení.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR považuje 25 % respondentů atmosféru v organizaci za výbornou, 50 % za více uspokojivou a 25 % za uspokojivou. Nikdo si nevybral možnosti méně uspokojivé atmosféry a neuspokojivé.

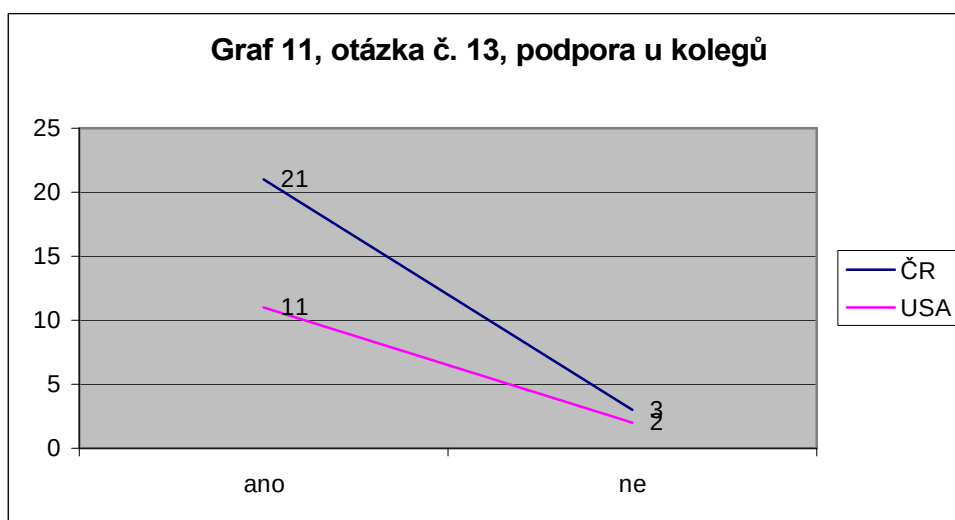
V USA považuje 23,1 % respondentů atmosféru v organizaci za více uspokojivou, 69,2 % za uspokojivou a 7,7 % za neuspokojivou. Nikdo si nevybral možnost méně uspokojivé atmosféry.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR se v práci cítí příjemně 79,2 % respondentů a 20,8 % nepříjemně.

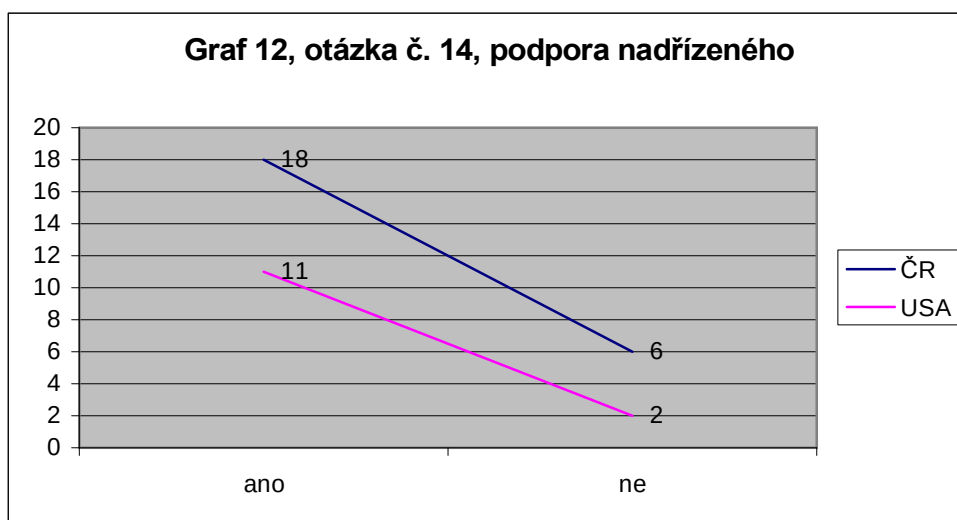
V USA se 100 % respondentů cítí v práci příjemně.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR má 87,5 % respondentů podporu své práce u kolegů a 12,5 % ne.

V USA má 84,6 % respondentů podporu své práce u kolegů a 15,4 % ne.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR má 75 % respondentů podporu své práce u nadřízeného a 25 % ne.

V USA má 84,6 % respondentů podporu své práce u nadřízeného a 15,4 % ne.

Tabulka č. 6	ČR (24)	ČR	USA (13)	USA
Otázka č. 15, Možnosti organizace	ano	ne	ano	ne
vzdělávání	21	3	11	2
%	87,5	12,5	84,6	15,4
rekonvalescenční pobyty	5	19	1	12
%	20,8	79,2	7,7	92,3
možnosti supervize	11	13	11	2
%	45,8	54,2	84,6	15,4
prevence syndromu vyhoření	11	13	5	8
%	45,8	54,2	38,5	61,5
tvůrčí atmosféra	18	6	8	5
%	75	25	61,5	38,5
přesčas	3	21	13	0
%	12,5	87,5	100	0
setkávání v pracovní době	6	18	12	1
%	20	75	92,3	7,7
setkávání mimo prac. dobu	5	19	4	9
%	20,8	79,2	30,8	69,2

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 6, „možnosti organizace“, jsou odpovědi na otázku, jaké mají zaměstnanci možnosti v organizaci. V ČR 21 respondentů odpovědělo, že má možnost vzdělávání, což je 87,5 %. 3 respondenti odpověděli, že nemají možnost vzdělávání, což je 12,5 %.

5 respondentů odpovědělo, že má možnost rekonvalescenčních pobytů, což je 20,8 %. 19 respondentů odpovědělo, že nemá možnost rekonvalescenčních pobytů, což je 79,2 %.

11 respondentů odpovědělo, že má možnost supervize, což je 45,8 %. 13 respondentů odpovědělo, že nemá možnost supervize, což je 54,2 %.

11 respondentů odpovědělo, že má možnost prevence syndromu vyhoření, což je 45,8 %. 13 respondentů odpovědělo, že nemá možnost prevence syndromu vyhoření, což je 54,2 %.

18 respondentů odpovědělo, že má možnost tvůrčí atmosféry, což je 75 %. 6 respondentů odpovědělo, že nemá možnost tvůrčí atmosféry, což je 25 %.

3 respondenti odpověděli, že pokud pracují přesčas, tak ho mají placený, což je 12,5 %.

21 respondentů odpovědělo, že pokud pracují přesčas, tak ho nemají placený, což je 87,5 %.

6 respondentů odpovědělo, že se pravidelně setkává se všemi zaměstnanci v pracovní době, což je 20 %. 18 respondentů odpovědělo, že se pravidelně nesetkává se všemi zaměstnanci v pracovní době, což je 75 %.

5 respondentů odpovědělo, že se pravidelně setkává se všemi zaměstnanci mimo pracovní dobu, což je 20,8 %. 19 respondentů odpovědělo, že se pravidelně nesetkávají se všemi zaměstnanci mimo pracovní dobu, což je 79,2 %.

V USA 11 respondentů odpovědělo, že má možnost vzdělávání, což je 84,6 %. 2 respondenti odpověděli, že nemají možnost vzdělávání, což je 15,4%.

1 respondent odpověděl, že má možnost rekonvalescenčních pobytů, což je 7,7 %. 12 respondentů odpovědělo, že nemá možnost rekonvalescenčních pobytů, což je 92,3 %.

11 respondentů odpovědělo, že má možnost supervize, což je 84,6 %. 2 respondenti odpověděli, že nemají možnost supervize, což je 15,4 %.

5 respondentů odpovědělo, že má možnost prevence syndromu vyhoření, což je 38,5 %.

8 respondentů odpovědělo, že nemá možnost prevence syndromu vyhoření, což je 61,5 %.

8 respondentů odpovědělo, že má možnost tvůrčí atmosféry, což je 61,5 %. 5 respondentů odpovědělo, že nemá možnost tvůrčí atmosféry, což je 38,5 %.

13 respondentů odpovědělo, že pokud pracují přesčas, tak ho mají placený, což je 100 %. 0 respondentů odpovědělo, že pokud pracují přesčas, tak ho nemají placený, což je 0 %.

12 respondentů odpovědělo, že se pravidelně setkává se všemi zaměstnanci v pracovní době, což je 92,3 %. 1 respondent odpověděl, že se pravidelně nesetkává se všemi zaměstnanci v pracovní době, což je 7,7 %.

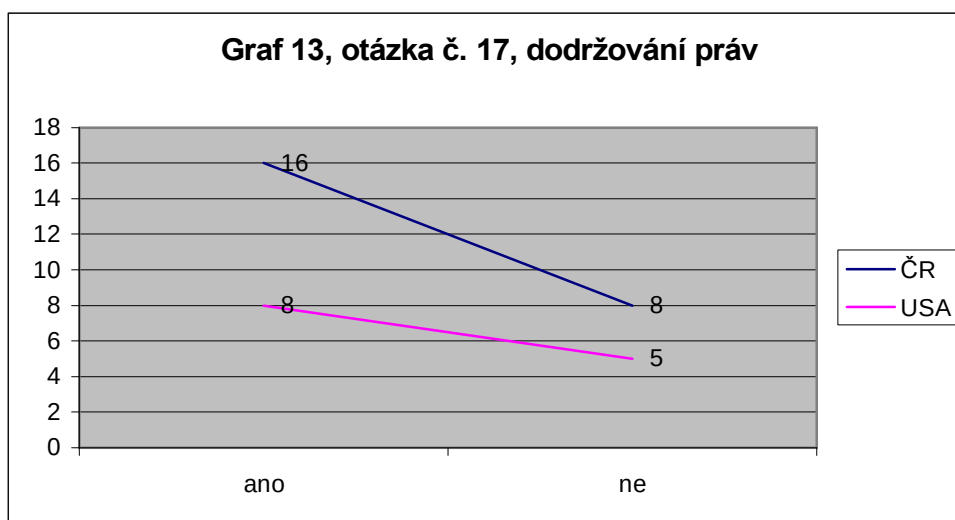
4 respondenti odpověděli, že se pravidelně setkávají se všemi zaměstnanci mimo pracovní dobu, což je 30,8 %. 9 respondentů odpovědělo, že se pravidelně setkává se všemi zaměstnanci mimo pracovní dobu, což je 69,2 %.

Tabulka č. 7	ČR	ČR	USA	USA
otázka č. 16, Motivace k práci	body	pořadí	body	pořadí
klienti	39	1	27	1
kolegové	29	3	14	4
shodné zájmy	33	2	17	3
prostředky	11	6	13	5
profesní postup	24	4	12	6
mzda	21	5	24	2

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 7, „motivace k práci“, na prvním místě v motivaci zaměstnanců k práci se v ČR umístili klienti s 39 body, na druhém místě se umístily shodné zájmy s klienty nebo kolegy se s 33 body, na třetím místě jsou kolegové s 29 body, na čtvrtém profesní postup s 24 body, na pátém místě je mzda s 21 body a na posledním šestém místě se umístily prostředky organizace s 11 body.

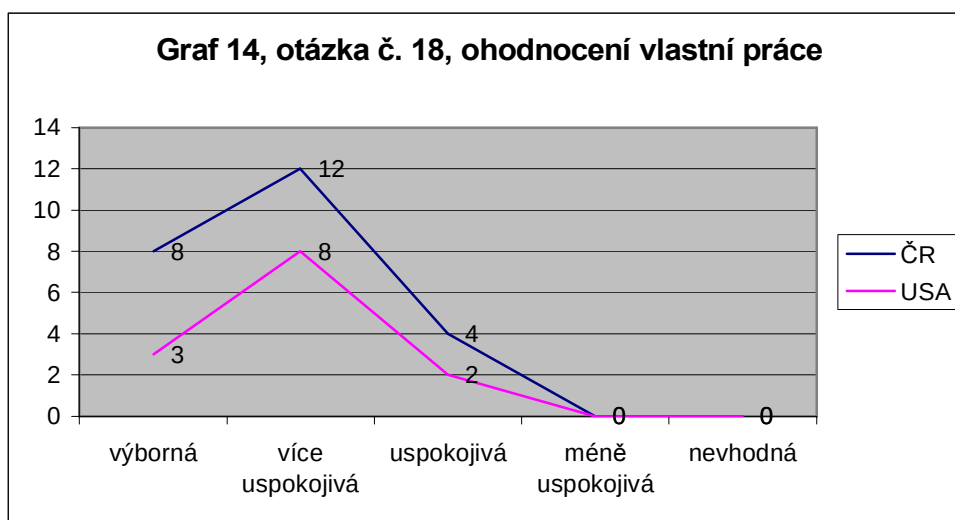
Na prvním místě v motivaci zaměstnanců k práci se v USA umístili klienti s 27 body, na druhém místě se umístila mzda s 24 body, na třetím místě shodné zájmy s klienty nebo kolegy se 17 body, na čtvrtém místě jsou kolegové s 14-ti body, na pátém místě se umístily prostředky organizace s 13 body a na posledním šestém místě se umístil profesní postup s 12 body.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR pokaždé dodržuje práva klienta 66,7 % respondentů. 33,3 % je nedodržuje pokaždé.

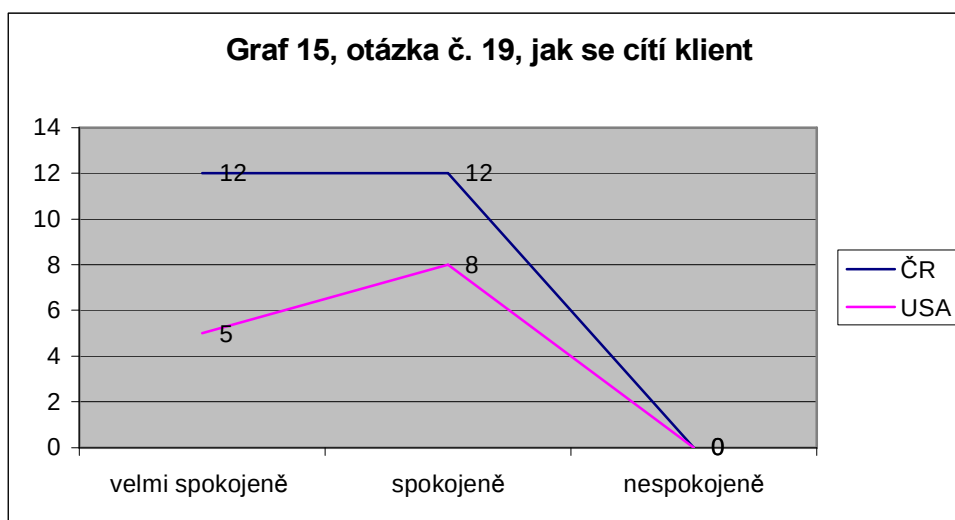
V USA pokaždé dodržuje práva klienta 61,5 % respondentů. 38,5 % je nedodržuje pokaždé.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR 33,3 % respondentů hodnotí svoji práci na výbornou, 50 % za více uspokojivou a 16,7 % za uspokojivou. Nikdo si nevybral možnost ohodnocení své práce za méně uspokojivou a nevhodnou.

V USA 23 % respondentů hodnotí svoji práci na výbornou, 61,5 % za více uspokojivou, 15,5 % za uspokojivou. Nikdo si nevybral možnost ohodnocení své práce za méně uspokojivou a nevhodnou.



Zdroj: vlastní výzkum

V ČR 50 % respondentů se domnívá, že se klient cítí v jejich zařízení velmi spokojeně a 50 % respondentů se domnívá, že se cítí spokojeně. Žádný z respondentů se nedomnívá, že by se klient v zařízení cítil nespokojeně.

V USA 38,5 % respondentů se domnívá, že se klient cítí v jejich zařízení velmi spokojeně a 61,5 % se domnívá, že se cítí spokojeně. Žádný z respondentů se nedomnívá, že by se klient v zařízení cítil nespokojeně.

4.2. Výsledky rozhovoru

Tabulka č. 8, Chráněné bydlení	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
počet zaměstnanců	1	1	2-4
počet klientů	10	14	4
samostatný pokoj	ano	ano	ano
vlastní nábytek	nesmí mít	mohou mít	musí mít
vaří denně zaměstnanci v chr. bydlení	nevaří	nevaří	vaří
počet automobilů	0	0	1
možnost chovat domácí zvíře	ano	ano	ano

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 8, „chráněné bydlení“, jsou výsledky rozhovorů s vedoucími pracovníky organizací. Výsledky se vztahují k chráněnému bydlení.

Tabulka č. 9	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
Činnosti k procvičování motoriky			
vybarvování	nabízí	nabízí	nabízí
kreslení	nabízí	nabízí	nabízí
modelování	nabízí	nabízí	nenabízí
vystřihování	nabízí	nabízí	nabízí
lepení	nabízí	nabízí	nabízí
vyšívání	nabízí	nabízí	nenabízí
pletení	nabízí	nabízí	nenabízí
háčkování	nabízí	nabízí	nenabízí
práce s počítačem	nenabízí	nenabízí	nenabízí
skládání puzzle	nabízí	nabízí	nabízí
skládání špalíčeků	nabízí	nabízí	nabízí
skládání konstruktivních her (skládačky)	nabízí	nabízí	nabízí

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 9, „činnosti k procvičování motoriky“, jsou činnosti k procvičování motoriky, které jsou obsažené v dotazníku. Organizace v ČR nenabízí práci s počítačem. V USA nenabízí práci s počítačem, modelování, vyšívání, pletení a háčkování.

Tabulka č. 10	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
Muzikoterapie a logoterapie			
poslech hudby	nabízí	nabízí	nabízí
zpěv	nabízí	nabízí	nabízí
pořekadla, básničky	nabízí	nabízí	nabízí

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 10, „muzikoterapie a logoterapie“, jsou činnosti muzikoterapie a logoterapie, které jsou obsažené v dotazníku. Organizace v ČR i USA nabízí všechny uvedené činnosti.

Tabulka č. 11	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
Pohybové aktivity			
plavání	nabízí	nabízí	nabízí
jízda na kole	nabízí	nabízí	nenabízí
jízda na koni	nabízí	nabízí	nenabízí
tanec	nabízí	nabízí	nabízí
bowling	nenabízí	nenabízí	nabízí

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 11, „pohybové aktivity“, jsou pohybové aktivity, které jsou obsažené v dotazníku. Organizace v ČR nenabízí bowling. Organizace v USA nenabízí jízdu na kole a na koni.

Tabulka č. 11	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
společenské aktivity			
vycházka	nabízí	nabízí	nabízí
nakupování	nabízí	nabízí	nabízí
výlet do kina	nabízí	nabízí	nabízí
výlet na kávu či zákusek	nabízí	nabízí	nabízí
občerstvení v restauraci	nabízí	nabízí	nabízí
výlety do okolí či za zábavou	nabízí	nabízí	nabízí
návštěva rodiny či přátel	nabízí	nabízí	nabízí
stolní hry	nabízí	nabízí	nabízí
sledování televize	nabízí	nabízí	nabízí

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 11, „společenské aktivity“ jsou společenské aktivity, které jsou obsažené v dotazníku. Organizace v ČR i USA nabízí všechny uvedené činnosti.

Tabulka č. 12	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
domácí činnosti			
příprava stravy	nabízí	nabízí	nabízí
úklid domácnosti	nabízí	nabízí	nabízí
práce na zahradě	nabízí	nabízí	nabízí
praní a žehlení vlastního oblečení	nabízí	nabízí	nabízí
péče o domácí zvířata (i canisterapie)	nabízí	nabízí	nabízí
péče o hospodářská zvířata	nabízí	nabízí	nenabízí

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 12, „domácí činnosti“, jsou domácí činnosti, které jsou obsažené v dotazníku. Organizace v ČR nabízí všechny uvedené činnosti. Organizace v USA nenabízí péči o hospodářská zvířata.

4.3. Výsledky pozorování

Tabulka č. 13	PETRA, Mačkov	Empatie	RTR
pozorování			
lokalizace zařízení	odděleno	částečně odděleno	součástí běžné zástavby
útulnost zařízení	útulné	útulné	nejvíce útulné
vybavení zařízení	méně osobité	méně osobité	osobité
zápach v budovách	bez zápachu	bez zápachu	bez zápachu
celkové přijetí zaměstnanci	milé a přátelské	milé a přátelské	milé a přátelské
sociální klima	nenarušené	nenarušené	nenarušené

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 13, „pozorování“, jsou otázky, na které bylo zaměřené pozorování. Budovy Domova PETRA Mačkov jsou odděleny od běžné zástavby, budovy Centra sociálních služeb Empatie jsou částečně oddělené a budovy RTR jsou součástí běžné zástavby. Nejvíce útulné a osobité zařízení jsou budovy RTR. V žádných budovách se nevyskytoval nepříjemný zápach. Ve všech organizacích bylo milé a přátelské přijetí v nenarušeném sociálním klimatu.

5. DISKUZE

5.1. Diskuze k dotazníku

K otázce č. 1 jsem nevytvářela graf, protože v ČR vyplnily dotazník pouze ženy a v USA 2 muži.

U otázky č. 2 převažují v ČR středoškolsky vzdělaní zaměstnanci (50 %). V USA svými 85 % značně převažují vysokoškoláci. Tomuto vysokému číslu napomáhá podmínka vysokoškolského vzdělání k udělení pracovního víza do USA.

Většina respondentů vyplnila dotazník popisující skupinu lidí s mentálním postižením. Tento fakt je zřejmý z odpovědí v otázce č. 3. V ČR 70,8 % respondentů vyplnilo dotazník popisující skupinu lidí s mentálním postižením a v USA 61,5 %.

U otázky č. 4 respondenti z ČR vybrali více možností, ve kterých převažovala 50 % skupina klientů ve věku 31-45 let. V USA respondenti zvolili vždy jen jednu možnost, ve kterých převážila skupina klientů ve věku 46-60 let svými 38,5 %.

U otázky č. 5 respondenti z ČR vybrali více možností, ve kterých převažovala skupina klientů v kategorii střední MR svými 51,6 %. V USA respondenti zvolili vždy jen jednu možnost, ve kterých také převážila skupina klientů v kategorii střední mentálního postižení svými 38,5 %.

Diskuze k otázce č. 6

V otázce č. 6 se ptám na činnosti, které mohou klienti dělat ve svém volném čase. Činnosti jsem vybrala podle svých zkušeností. Vybírala jsem jednodušší, méně finančně náročné aktivity, které se snadno uplatní v každém zařízení. Každé zařízení má své specifické činnosti. Proto jsem pod každou skupinu činností dala možnost *jiné* - k doplnění konkrétních činností, které jsem neuvedla. Uvědomuji si, že každé zařízení nemůže poskytovat všechny aktivity. Proto jsem se zeptala během rozhovoru s vedoucími zařízení, které činnosti napsané v mém dotazníku vůbec neposkytují. Více ve výsledcích rozhovoru.

Do nabízených činností jsem nezahrnula fyzikální terapii (laser, ultrazvuk, magnetoterapie, elektroléčba, parafín, vodní masáže...) a rehabilitační cvičení (Vojtova metoda, Bobath princip, polohování, pasivní cvičení...) se kterými jsem se setkala jen

v ČR. Důvodem jsou potíže s proplácením těchto činností z pojištění. Tuto situaci jsem blíže nezkoumala. Organizace RTR, Inc. v USA se zaměřovala více na společenské žití klientů než na léčbu a prevenci přidružených onemocnění klientů. Mohu říci, že přístroje k fyzikální terapii (laser, ultrazvuk, magnetoterapie, elektroléčba, parafín, vodní masáže...) nevlastní žádná organizace v USA podobná typu RTR, Inc. Pokud chce klient využít těchto terapií, domnívám se, že musí navštívit rehabilitační centrum nebo posilovnu, kam dochází i běžná populace. RTR, Inc. například nevlastnilo ani bazén, ve kterém by se jejich klienti mohli koupat nebo plavat. S klienty se muselo docházet do veřejné plovárny. Klienti RTR se podstatně méně často setkávali s terapiemi druhu: muzikoterapie, aromaterapie, dramatoterapie, vjemová terapie, hipoterapie, plavání, skupinové cvičení či individuální cvičení s fyzioterapeutem, s prací v keramické dílně, loutkové dílně a tkaním. Pokud se těchto činností zúčastňovali, tak to nebylo častěji než 1x za 2 měsíce. Kdežto většinu těchto činností mají české zařízení na týdenním nebo i denním rozvrhu. Na rozdíl od České Republiky se klienti RTR, Inc. častěji zúčastňovali nakupování, návštěvy kina a nebo jiných kulturních akcí. Častou aktivitou bylo vaření a úklidu domácnosti. Většina těchto činností byla v RTR, Inc. na týdenním nebo i denním pořádku. Pokud se klienti RTR, Inc. zúčastňovali činností jako je muzikoterapie, aromaterapie, dramatoterapie, vjemové terapie, hipoterapie, plavání, skupinových cvičení či individuálních cvičení s fyzioterapeutem..., většinou dojížděli do jiné organizace, která spolupracovala s RTR, Inc. Někdy se stávalo, že zaměstnanci jiné organizace docházeli za klienty do denních programů.

Zároveň jsem v USA v denních programech vyzorovala širokou nabídku činností, kterými klienti dokončovali různé pomůcky, dekorace a věci do domácnosti. Tyto z části dokončené předměty rukodělné práce se daly bez potíží koupit v hračkárnách a obchodech pro domácí kutily. Byly to obchody českého typu „OBI“, ve kterých byla část zaměřená na dokončení produktu v domácím prostředí. Tyto obchody se nacházely u každého většího nákupního centra. Již zmiňované nedokončené produkty nebyli specializované pro lidi s postižením. Pro upřesnění popíši několik produktů. Dřevěná budka pro ptáky s barvami typu temper v tubě k domácímu nabarven, dřevěný

rámeček na fotku s barvami typu temper k domácímu nabarvení, jednobarevné hrnečky s fixy k vlastnímu pomalování, předvyšívání obrázek s bavlnkami k domácímu vyšívání, nastříhané stříhy z látek k domácímu sešití kostýmu... Je pravda, že český trh ještě není nasycen podobnými produkty v takové míře, jako v USA. Klienti v denním programu pravidelně každý týden jezdili spolu se zaměstnancem denního programu tyto produkty nakupovat. Tím zaplnili čas dopoledne a odpoledne dokončovali nakoupené produkty. Hotové výrobky si pak odnášeli domů.

Vyhodnocení otázky č.6

V tabulkách č.1 až 5 jsem sledovala činnosti, které nabízí svým klientům organizace v USA a v ČR. Podle svého uvážení jsem volila základní činnosti a řadila je do jednotlivých kategorií. Vyjádření počtu činností je pro mě kvalitativním měřítkem pro danou organizaci, byť jde o kvantitativní výzkum. Právě počet nabízených činností je ukazatelem možností, které instituce nabízí svým klientům a jedná se tedy zcela bezpochyby o kvalitativní ukazatel. Dalším kvalitativním měřítkem, který sleduji, je počet asistencí k činnostem, které instituce provádějí. Počet asistencí je číslo, které je vždy vypočteno z činností, které instituce provádějí a není počítáno ze základního počtu činností, které jsem vybrala.

Základním měřítkem hodnocení organizace je počet prováděných činností. Pro vyhodnocení informací z dotazníku jsem zvolila metodu procentuálního vyjádření, které stírá rozdíly mezi počtem vyplněných dotazníků v USA a ČR. Daný počet činností pro jednotlivou kategorii hodnotím jako 100 %. Teoreticky je možné dosáhnout hodnocení více jak 100 % a to připsáním činností, které jsem do dotazníku neuvedla. Respondenti tak mohli připsat své vlastní činnosti do posledního řádku pod každou kategorií s názvem *jiné*. Tím mohli získat více bodů a dosáhnout tak lepšího hodnocení v dané kategorii. Zjednodušeně řečeno, čím více procent (bodů) organizace v dané kategorii získala, tím více činností pro své klienty nabízí.

V tabulkách č. 1 až 5 doplňuji procentuální vyjádření početním vyjádřením činností. Aby nedocházelo k příliš velkému zkreslení u takto nízkých počtů, zaokrouhluji čísla na jedno desetinné místo. Například v tabulce č.1 (procvičování

motoriky) je maximální počet (dále jen maxima) bodů z činností v ČR 312 a v USA 169. Tento rozdíl je způsoben počtem vyplněných dotazníků. Aby se získané údaje daly porovnávat i při rozdílném počtu vyplněných dotazníků, násobím počet činností z příslušné kategorie počtem vyplněných dotazníků, čímž vznikají maxima bodů z činností. Tato maxima jsou rozdílná v jednotlivých státech, v tomto případě tedy pro USA a ČR. Z těchto maxim dále vypočítávám procentuální zastoupení pro USA a ČR tím, že sečtu všechny vyplněné činnosti z dané kategorie ve všech dotaznících daného státu. Tento součet je určitá část (určité procento) z maxima bodů, které považuji za 100 %. Tímto postupem dochází ke zprůměrování hodnot na jeden vyplněný dotazník a data můžeme porovnávat i v případě rozdílného počtu vyplněných dotazníků. Je zřejmé, že při vyšším počtu vyplněných dotazníků jsou data více reprezentativní. V našem početním zastoupení však rozdílný počet dotazníků znamená jen zanedbatelnou statistickou odchylku. Takto jsem postupovala při výpočtu všech kategorií činností.

Další procentuální vyjádření se týká počtu asistencí u činností, které instituce provádí. Tento výsledek je počítán stejným způsobem jako počet činností. Pouze má jiné maximum. Maximum pro počet činností s asistencí je součtem všech prováděných činností ve všech dotaznících pro daný stát. Jeho procentuální zastoupení je součet všech asistencí ze všech dotazníků v určité kategorii pro daný stát, k součtu všech činností ve všech dotaznících v určité kategorii pro daný stát. Takto jsem postupovala při výpočtu všech asistencí ve všech kategoriích činností.

Pro lepší přehlednost se dají tyto výpočty označit matematickým vzorcem:

Vzorec pro výpočet činností:

(Součet všech prováděných činností ze všech dotazníků v určité kategorii pro daný stát) / [(Počet dotazníků x činnosti dané kategorie) / 100].

Vzorec pro výpočet asistencí:

(Součet všech asistencí ze všech dotazníků v určité kategorii pro daný stát) / (Součet všech prováděných činností ve všech dotaznících v určité kategorii pro daný stát / 100).

Výpočet asistencí je pro mě druhotným měřítkem poskytovaných služeb, který spíše dokresluje kvalitu poskytovaných činností pro klienty.

Předmětem dalšího výzkumu je porovnání frekvence provádění nabízených činností. Organizace sice nabízejí shodné volnočasové aktivity, ale určitě je provádějí v jiném měřítku. Vím, že například v ČR nechodí klienti tak často nakupovat potraviny jako v USA.

Z výsledků otázky č. 7 je zřejmé, že v ČR si 75 % klientů vydělává peníze a v USA si vydělává pouze 38,5% klientů. Otázkou je, proč v dotazníkovém šetření v ČR vyšlo tak vysoké procento zaměstnaných klientů. Při rozhovoru mi Mgr. Pokorná sdělila, že 10 klientů pracuje mimo Empatii, to je 14,7 % z 68 dospělých klientů. V Mačkově 13 klientů ze 120 má zaměstnání, kterým si přivydělává peníze. To je 13,3 % z 98 dospělých klientů. Odpovědí může být, že respondenti vyplnili dotazník o většině pracujících klientech. Tomu odpovídají i odpovědi, ve kterých respondenti vybrali převahu lehké a střední mentální retardace.

V otázce č. 8 se respondenti vyjadřují k omezení aktivit finančním příjmem klienta. Diskutabilní je výše příjmu klienta. V ČR se 54,2 % respondentů domnívá, že klientovy aktivity jsou omezeny jeho finančním příjmem. V USA se 7,7 % respondentů domnívá, že klientovy aktivity jsou omezeny jeho finančním příjmem. Otázkou č. 7 a 8 jsem zkoumala vliv financí na volnočasové aktivity. Předpokládala jsem, že zvýšení finančního příjmu by přímo úměrně zvýšilo financování volnočasových aktivit. Tato teorie se potvrdila v ČR, ale v USA nikoliv. Další otázkou je, proč je výsledek rozdílný. Můžeme se domnívat, že v USA mají klienti dostatečně vysoké kapesné k financování svých aktivit. Dalším důvodem může být dostatečně finančně podpořené zázemí pro klientovy aktivity ze strany RTR, Inc. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že jsem se v USA setkala u klienta s finančními potížemi. Oproti jeho spolubydlícím z rezidenčního bydlení měl tento klient nižší důchod. Několikrát jsme byli nuceni volit mezi tím, jestli zůstat na residenci nebo jít do kina jen s několika klienty z rezidenčního bydlení,

protože všichni neměli peníze na návštěvu kina. Také se stalo, že nebylo dostatek peněz na vstupenku pro zaměstnance. Personálu se vstupenka hradila ze společných peněz rezidence, které sloužily i k nákupu potravin pro všechny obyvatele rezidence.

V otázce č. 9 se v ČR se 87,5 % respondentů domnívá, že v zařízení, kde pracují je dostatečná nabídka aktivit. V USA se také většina respondentů - 84,6 % domnívá, že je dostatečná nabídka aktivit v zařízení, kde pracují.

Přitom v otázce č. 10, v ČR 83,3 % respondentů zná aktivity, kterými by se dala nabídka rozšířit. V USA je situace opačná. Zde 61,5 % respondentů nezná aktivity, kterými by se dala rozšířit nabídka zařízení.

V ČR by respondenti, podle otázky č. 10, doplnili aktivity o víc sportovních činností, proutkařením, řezbářskými pracemi, prací s pedigem, Vojtovou metodou cvičení, arteterapii, logopedií či jiné alternativní formy komunikace, hudební a dramatickou zábavou, hrou na Orfovi nástroje, cestováním po ČR i do zahraničí, častějším zapojením do kulturních akcí, více pracovních činností, socioterapeutickou dílnou a chráněnou dílnou. V USA by respondenti doplnili aktivity koncerty klidné hudby, muzikoterapií, pohybovou terapií, zooterapií a canisterapií, fanděním na fotbale, hokeji a baseballu.

V otázce č. 11 v ČR považuje polovina respondentů - 50 % atmosféru v organizaci za více uspokojivou. V USA většina respondentů- 69,2 % hodnotila atmosféru v organizaci jako uspokojivou.

Z výsledků otázky č. 12 je zřejmé, že v ČR se v práci cítí příjemně 79,2 % respondentů. V USA se 100 % respondentů odpovědělo, že se cítí v práci příjemně.

Z výsledků otázky č. 13 vyplývá, že v ČR má 87,5 % respondentů podporu své práce u kolegů a v USA má podporu své práce u kolegů 84,6 % respondentů.

Z výsledků otázky č. 14 je jasné, že v ČR má 75 % respondentů podporu své práce u nadřízeného a v USA má také většina respondentů- 84,6 % podporu své práce u nadřízeného.

Diskuze k otázce č. 15

V otázce č. 15 se táži na to, jaké možnosti nabízejí jednotlivé organizace svým zaměstnancům. Odpovědi se značně odlišují ve 3 podotázkách: možnost supervize, placených přesčasů a pravidelného setkávání se všemi zaměstnanci v pracovní době.

ČR a USA se značně liší v odpovědích na otázku, zda mají zaměstnanci možnost supervize. V ČR odpovědělo 54,2 % respondentů, že nemá možnost supervize. V USA odpovědělo 84,6 % respondentů, že má možnost supervize. Je to dáno tím, že v USA se pravidelně setkávají zaměstnanci s vedoucím domečku a ostatními kolegy a řeší se případné problémy. To se potvrzuje i v další podotázce, ve které se značně liší výsledky z ČR a USA. Na otázku, zda se zaměstnanci pravidelně setkávají v pracovní době odpovědělo 75 % respondentů z ČR záporně. V USA odpovědělo 92,3 % kladně. Tato otázka popisuje mnou již zmíněné pravidelné setkávání s kolegy a vedoucím domečku. V USA se tyto pravidelné 2h týdně nazývají Staff meeting a je s nimi počítáno v 40 hodinové týdenní pracovní době. Účast na těchto setkáních je povinná. Během setkání se plánují volnočasové aktivity s klienty, cíle klientů, společné cíle residenčního programu, jídelníček, nákupy, oslavy narozenin a jiných výročí, aktivity, které potřebují klienti splnit a jiné důležité činnosti. Během těchto setkání je představován případný nový kolega. Při těchto schůzkách se informují zaměstnanci o tom, kdo co s klienty dělal, jak probíhal celý týden, jaké měli klienti problémy, jaké následují opatření, nová pravidla pro klienty s problémovým chováním, odměny klientů.... Vše je zapsané v dokumentacích, které se doplňují ústním vysvětlením. Tím se zaručuje jednotný postup všech zaměstnanců při řešení problémů. To je obzvlášť důležité u klientů s problémovým chováním. Je to jediná šance zaměstnanců jak pracovat v týmu, když se celý týden střídají ve směnách a díky tomu se jinak nesetkají. Předchází se tak i komunikačnímu šumu a dezinformovanosti zaměstnanců. Zároveň se také zaměstnanci mohou lépe poznat. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že jsem se během těchto setkání cítila příjemně a pomohli mi lépe pracovat na společných cílech a v týmu. Víím, že ve všech organizacích takovéto pracovní porady neprobíhají. V některých je alespoň částečně nahrazuje společný oběd, společné ranní pití čaje nebo přestávka v 10h na kávu. Není to zbytečný čas, průzkumy ukazují, že tyto pravidelné přestávky v práci

předcházejí syndromu vyhoření. Zaměstnanci si během pití kávy stihnou postěžovat na pracovní problémy a předat zkušenosti s jejich řešením. Tím se i uvolňuje atmosféra v organizaci.

Poslední podotázka, ve které se značně lišily odpovědi, byla zda mají zaměstnanci placené přesčasy. V ČR 87,5 % respondentů odpovědělo, že nemá placený přesčas. V USA 100 % respondentů odpovědělo, že má placený přesčas. V USA je přesčas placený dokonce 1,5x více než 40 hodinová pracovní doba. Volné služby se nabízí zaměstnancům během již zmiňované pracovní schůzky. Placení přesčasu motivuje zaměstnance ke kvalitně odvedené práci během přesčasu. Tím jsme u motivace k práci, na kterou jsem se tázala v otázce č. 16. Respondenti z USA uvedli mzdu na druhé místo v pracovní motivaci a v ČR respondenti uvedli mzdu až na pátém místě.

Diskuze k otázce č. 16

V otázce č. 16 se táži na motivaci zaměstnanců k práci. Zaměstnanci měli použít stupnici od 1= nejvíce do 3= nejméně motivující. Při vyhodnocování jsem použila bodový systém, kdy jsem za nejsilnější motivaci (označení čísla 1) udělila 3 body a za nejslabší motivaci (označení čísla 3) jsem přidělila 1 bod. Za střední motivaci (označení čísla 2) jsem přidělila 2 body. Ta motivace, která získala nejvíce bodů, se umístila na prvním místě. S nižším počtem bodů se postupně umísťovaly na nižších pozicích žebříčku. V ČR i v USA se na prvním místě umístili klienti. V USA se na druhém místě umístila mzda. To potvrzuje proplácení přesčasů v USA

Na prvním místě v motivaci zaměstnanců k práci se v ČR umístili klienti s 39 body, na druhém místě se umístily shodné zájmy s klienty nebo kolegy se 33 body, na třetím místě jsou kolegové s 29 body, na čtvrtém profesní postup s 24 body, na pátém místě je mzda s 21 body a na posledním, šestém místě se umístily prostředky organizace s 11 body.

Na prvním místě v motivaci zaměstnanců k práci se v USA umístili klienti s 27 body, na druhém místě se umístila mzda s 24 body, na třetím místě shodné zájmy s klienty nebo kolegy se 17 body, na čtvrtém místě jsou kolegové s 14 body, na pátém

místě se umístily prostředky organizace s 13 body a na posledním šestém místě se umístil profesní postup s 12 body.

Mzda potvrzuje proplácení přesčasů v USA. Tento fakt se ale může stát honbou za přesčasy, tím pádem za penězi. Jedním ze silných důvodů českých zaměstnanců RTR, Inc. je finanční ohodnocení. Práce v RTR, Inc. sice patří v USA do kategorie méně placených prací, českým zaměstnancům se přesto vyplatí vycestovat do USA a pracovat v RTR, Inc. Tento fakt podporují placené přesčasy (1,5x vyšší než je plat během 40 hodin v týdnu). Proto se také někdy stalo, že zaměstnanci trávili v práci příliš času a byli unavení. V tomto případě jako prevence stereotypnosti práce pomáhalo pracovat přesčas v jiném rezidenčním programu. To znamenalo, že zaměstnanec pracoval s jinými klienty než během 40h za týden. Na obhajobu práce přesčas musím konstatovat, že se do těchto hodin počítají i hodiny práce v noci, kdy se mohlo spát.

Na otázku č. 17 odpovědělo 100 % respondentů z ČR i z USA, že znají práva svých klientů. Z tohoto důvodu jsem pro tuto otázku nevytvářela graf. Graf jsem vytvořila na podotázku, zda práva klientů dodržují pokaždé. Odpověď je: v ČR 66,7 % respondentů dodržuje práva klienta pokaždé a v USA pokaždé dodržuje práva klienta 61,5 % respondentů. Velice si cením těchto upřímných odpovědí. Tuto otázku jsem do dotazníku zařadila z důvodu hodnocení sociálního klimatu. Jak již bylo řečeno v kapitole současného stavu, sociální klima tvoří i dodržování pravidel a vnitřních norem organizace.

V otázce č. 18 v ČR 50 % respondentů ohodnotilo svoji práci jako více uspokojivou a v USA většina respondentů, 61,5 %, ohodnotila svoji práci jako více uspokojivou.

V poslední otázce č. 19 se v ČR polovina respondentů 50 % domnívá, že se klient cítí v jejich zařízení velmi spokojeně a 50 % respondentů se domnívá, že se cítí spokojeně. V USA se většina respondentů 61,5 % domnívá, že se klient v zařízení cítí spokojeně.

Diskuze k sociálnímu klimatu

K sociálnímu klimatu se vztahují otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 19. Do vyhodnocení jsem nezařadila otázku č. 16- co nejvíce motivuje respondenty k práci. Žebříček motivace k práci je velice subjektivní a proto ho nezařazuji do vyhodnocení. Podle mého názoru nelze hodnotit respondenta za to, že má v žebříčku motivace kolegy např. na čtvrtém místě. My můžeme pouze diskutovat o tom, jaký by měl být správný žebříček motivace k práci. Jsem velice potěšená, že se na prvním místě v ČR i USA umístili klienti. Podle mého názoru a podle průzkumů, by měl žebříček prvních tří nejsilnějších motivací v organizaci se správným sociálním klimatem, vypadat takto: klienti, kolegové a mzda.

Další stupně motivace veřejně nehodnotím. Jak jsem se již zmínila, je to velice subjektivní záležitost.

Otázky č. 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18 a 19 jsem hodnotila jedním bodem nadpoloviční většinu kladně zodpovězených odpovědí v každé otázce. V otázce č. 11 a 18 jsem jako kladně zodpovězenou odpověď považovala odpovědi: výborná a více uspokojivá. V otázce č. 19 jsem za kladnou odpověď považovala odpovědi: velmi spokojený a spokojený.

V ČR respondenti nadpolovičním počtem kladných odpovědí zodpověděli otázky č. 11, 12, 13, 14, 17, 18 a 19. V otázce č. 17 respondenti dostali 2 body. Jeden bod za to, že 100 % respondentů zná práva klientů a druhý za nadpoloviční kladné zodpovězení, že práva klienta dodržují pokaždé. Za tyto otázky ČR získala 8 bodů. V otázce č. 15 respondenti získaly 2 body za nadpoloviční kladné zodpovězení podotázek: možnosti vzdělávání a tvůrčí atmosféry. Za ostatní negativně zodpovězené podotázky nedostali žádný bod. Celkem organizace v ČR získaly 10 bodů.

V USA respondenti nadpolovičním počtem kladných odpovědí zodpověděli otázky č. 12, 13, 14, 17, 18 a 19. V otázce č. 17 respondenti dostali 2 body. Jeden za to, že 100 % respondentů zná práva klientů a druhý za nadpoloviční kladné zodpovězení, že práva klienta dodržují pokaždé. Za tyto otázky USA získalo 7 bodů. V otázce č. 15 respondenti získali 5 bodů za nadpoloviční kladné zodpovězení podotázek: možnosti vzdělávání, možnosti supervize, tvůrčí atmosféry, placených přesčasů a pravidelné

setkávání v pracovní době. Za ostatní negativně zodpovězené podotázky nedostali žádný bod. Celkem organizace v USA získala 12 bodů, což je více než 10 bodů získaných v ČR. Z toho výsledku vyplývá, že v USA více pečují o své zaměstnance.

Domnívám se tedy, že hypotéza H2: V systémech Home group v USA je vnímání sociálního klimatu vyšší než v zařízeních v ČR, se POTVRDILA.

5.2. Diskuze k rozhovoru

Před rozdělením dotazníku jsem v organizacích provedla rozhovor s vedoucími zařízení. Všichni se ke mně chovali vstřícně a ochotně se mnou debatovali o provozu zařízení, potížích a kladech zařízení. Samozřejmě se dostalo i na moji praxi v USA a porovnávání s ČR. Během rozhovoru bylo zodpovězeno velké množství otázek. Jako stěžejní otázky k rozhovoru jsem stanovila 7 otázek (viz. příloha č. 2) a činnosti, které se nachází v dotazníku (viz. příloha č. 1). Ve zmíněných sedmi otázkách jsem se ptala na základní podmínky života klienta v organizaci.

Důvodem k otázce o denním vaření v chráněném bydlení, je možnost klienta pomáhat při vaření. Dalším úhlem pohledu je i pohled na vaření, jako společenskou událost, která probíhá v každé rodině. Úkolem systému Home group je co nejvíce napodobit rodinu. I z toho důvodu se zaměstnanci společně stravovali s klienty u jednoho stolu, vařili a jedli stejné jídlo. Smysl společného stravování je i čistě pragmatický: zaměstnanec věděl, že jídlo, které vaří bude i jíst. Takže neměl tendence jídlo šidit a snažil se, aby chutnalo co nejlépe. Další výhodou bylo to, že si klienti sami mohli říct, co by chtěli jíst. Klienti v rámci svých schopností pomáhali při nákupu nebo se ho alespoň zúčastňovali, vařili a společně se stravovali.

Z otázek uvedených v dotazníku při rozhovoru vyplynulo, že v organizaci RTR, Inc. v USA nebylo nabízeno vyšívání, pletení, háčkování, modelování, práce s počítačem, jízda na kole, jízda na koni, práce na zahradě, péče o hospodářská zvířata. To je 9 činností z 36 uvedených v dotazníku, což je 25 %.

V českých organizacích nebyla nabízena práce s počítačem a bowling. Což jsou 2 činnosti z 36 uvedených v dotazníku, což je 5,5 %.

Domnívám se tedy, že se hypotéza H1: V USA využívají širší nabídku řízených aktivit než v ČR, se NEPOTVRDILA.

5.3. Diskuze k pozorování

Během pozorování jsem hodnotila lokalita zařízení, útulnost zařízení, vybavení zařízení, zápach v budovách, celkové přijetí zaměstnanci a sociální klima.

Budovy organizace RTR, Inc. jsou rozmístěné po velké části státu Massachusetts v USA a jsou součástí běžné výstavby měst a vesnic. Nejsou odděleny od běžné populace. Svým umístěním a vzhledem působí jako by v nich bydlela běžná rodina. V ČR Domov PETRA Mačkov je obrovský komplex umístěný na konci vesnice Mačkov. Je oddělen od běžné populace. Centrum sociálních služeb Empatie má také svůj areál, ale je v běžné městské zástavě. Je částečně oddělen od ostatní zástavby více proudovou silnicí a z druhé strany železnicí. Zde musím posoudit i velikost těchto zařízení a možnosti najít pro ně vhodné zázemí. V USA má residenční bydlení kolem sebe jen drobnou, ale dostačující zahradu s grilem, lavičkami a parkoviště pro cca 4 auta. V ČR tyto organizace mají velké zahrady, kde je bazén, tenisové hřiště, přístřešek pro zahradní a jiné nářadí, pergolu, terasu, zahrádku či prostory a výběhy pro hospodářská zvířata (koně). V českých zařízeních i bývá více klientů oproti USA.

V USA v residenčním programu má každý klient svůj nábytek a tak z domečku čichá osobnost každého klienta. I společné prostory jsou zařízené jako pro rodinu. Residence působí útulně a osobitě. V ČR se organizace také snaží o osobité a útulné prostředí. Klienti mohou využívat nábytek organizace a nemusí si přivážet vlastní. To nepomáhá osobitému klimatu budovy a pokojů. Klienti za možnost používání nábytku organizace bývají rádi. Zaměstnanci se mohou vymlouvat, že při větším počtu klientů se těžko uhlídá, čím je tento ručník, povlečení, hrneček.... Ale právě tímto se současné organizace liší od původních ústavů. Klienti se právě v domácím prostředí učí pocítům něco vlastnit a starat se o své věci. V Mačkově chráněné bydlení působilo útulně, ale

z velikosti prostor bylo poznat, že tam žije větší počet lidí. České zařízení nepůsobili tak útulně jako v USA.

Budovy organizací byly vybaveny účelově. Ani jedna organizace nepůsobila dojemem strádání. V českých organizacích se od sebe nelišila jednotlivá chráněná bydlení nábytkovým vybavením. Rozdíly mezi jednotlivými chráněnými bydleními jedné organizace byli minimální. V USA se od sebe rezidenční programy značně lišili architektonickým rozložením, nábytkem, podlahovými krytinami, dekorací... V ČR takové markantní rozdíly nebyly.

V USA i v ČR budovy rezidenčních programů a chráněných bydlení měli svůj specifický zápach. Jako každý domov má své aroma. Nikde nebyl cítit nepříjemný zápach močoviny, zatuchliny a nemocniční dezinfekce.

Před příchodem do všech organizací jsem se nejprve telefonicky ohlásila. Vedoucí organizací se mi věnovaly podle potřeb. Přijetí bylo milé a přátelské. Před vstupem do chráněného bydlení v ČR, v USA do rezidenčního programu, se zaměstnanci nejprve zeptali klientů, kteří tam bydlí, zda bych se tam mohla podívat. Celou dobu návštěvy s námi byl klient, který v chráněném bydlení žije. Toto chování by mělo být stejné jako na návštěvě u zdravé populace. Ani do rodin se nechodí lidé podívat, jak to v domácnosti vypadá. I v rodině se někdo o návštěvu stará. Tento postup byl stejný i v USA.

Ve všech organizacích jsem se cítila příjemně. V Empatii se vedoucí vychovatelka, se kterou jsem provedla rozhovor, více ptala na mé zkušenosti z USA. Na konec mé návštěvy mě požádala o další schůzku, kde bychom víc prodebatovaly zkušenosti z USA a zkusily je převést do prostředí Empatie. Z toho vyplývá, že v Empatii mají zájem o inovace a zlepšování, což je znakem pozitivního sociálního klimatu. Během rozhovorů v Mačkově i Empatii se vedoucí předváděly, co všechno s klienty dělají a jaké mají možnosti. Nechtěly se nechat ničím zahanbit.

Dalo by se říct, že v ČR se pořád přistupuje ke klientům jako k nemocným lidem, kteří potřebují léčit. To je vidět i na množství a kvalitě fyzikální terapie. Ikdyž se ČR snaží vidět klienty jako uživatele sociálních služeb, pořád se organizace zabývají léčebnou terapií na úkor začlenění a společenského života klienta. Toto je také dáno i

personálem, který má v ČR převahu zdravotnického vzdělání. Za klienty pořád více rozhodují zaměstnanci, kteří se teprve teď stávají asistenty klienta. Součástí života každého jedince je umět se rozhodovat o svém volném čase a záležitostech, které se ho bezprostředně týkají. Toto českým klientům pořád chybí.

Vztah zaměstnanců a lidí s mentálním postižením, o které zaměstnanci v ústavech pečovali před více jak 20 lety, byl silně nadřazený vůči postiženým. Tento přístup panoval i v nemocnicích, kdy o pacientovi bez jeho svolení rozhodoval personál. Odsobnění pacienta jako lidské bytosti panovalo ve zdravotnických i sociálních institucích. Stejně jako ve zdravotnictví, tak i v sociální oblasti, je snaha tento přístup změnit. Bývalí pacienti, současní klienti, si musí uvědomit své postavení, vlastní zodpovědnost, identifikovat se s nimi a přijmout je. Tím bychom mohli docílit rovného postavení ošetřujícího personálu a klientů. V organizacích se proti tomuto zastaralému přístupu bojuje v řadách personálu. V boji jim musí pomáhat sami klienti. Uživatelé sociálních služeb si musí uvědomit partnerský vztah se zaměstnanci a jednat s nimi na přátelské úrovni. Tento způsob péče v USA bez problémů funguje. Ošetřující personál je partner klienta a pomáhá mu při plnění jeho potřeb a přání, která plně respektuje. S tím souvisí i to, že američtí klienti jsou zvyklí za sebe rozhodovat. To se naši klienti ještě stále učí. A personál vidí postiženého jako svého klienta a jako individuální lidskou bytost. Podporování individuality pomáhá vyšší počet zaměstnanců pracujících s malou skupinou klientů.

Česká zařízení jsou dokonale vybavena a jsou plná možností, které uvnitř zařízení klient může dělat. Může to být výhoda i nevýhoda. Klient může docházet na plavání do bazénu v areálu organizace nebo docházet s asistentem do veřejné plovárny ve městě. Zbudování a údržba bazénu je dražší než dojíždění do veřejné plovárny. Současné veřejné plovárny jsou vybaveny bezbariérovým přístupem a zdvihákem k přemístění imobilních zákazníků do vody. K dopravě stačí automobil, který lze využít i k jiným účelům. Na přítomnost lidí s postižením ve veřejných plovárnách si musí zvyknout i ostatní populace. Dnešní zázemí organizací je tak dokonalé, že klientovi poskytuje uspokojení většiny jeho potřeb. Nemusí tedy často ven z organizace. Je to

takový malý svět sám pro sebe. Tím se moc neliší od minulé doby, kdy klienti byli zavřeni do ústavů. Dnes tam jsou dobrovolně, ale stejně mezi zdravou populaci přijdou málo. Tuto situaci změní více financí na zaměstnání většího počtu asistentů a zakoupení automobilů. Pak tomu bude jako v USA, kde není problém měnit plán dne, protože klient se rozhodnul, že nechce sledovat doma televizi, ale chce jít hrát bowling. Každý zaměstnanec má v USA na starosti maximálně 2 klienty a o automobil se dělí pouze s ostatními klienty společného residenčního programu (cca 4). Takto se snáze improvizuje a začleňuje do společnosti. Vždyť i v ČR má každá rodina automobil a nevlastní masážní vanu, bazén, tělocvičnu, přístroje k fyzikální terapii, arteterapeutickou dílnu, tkalcovnu.... Tuto myšlenku může vyvrátit výsledek výzkumu k H1. Výsledkem je nižší počet nabízených činností v USA než v ČR. Organizace RTR, Inc. nabízí svým klientům méně aktivit než organizace v ČR. Do jisté míry to může být způsobeno i tím, že v USA klienti musí za veškerými aktivitami dojíždět. Otázkou může být, co je pro klienty vhodnější. Zúčastnit se více aktivit v kolektivu lidí s handicapem v zařízení, které je umístěno daleko od městské aglomerace nebo se aktivit zúčastňovat v zařízení, kam dochází současně intaktní populace.

Další otázkou může být tvořivost, nápaditost a chuť vymýšlet a provádět s klientem volnočasové aktivity. Organizace RTR, Inc. je velká a jednotlivé residenční programy se od sebe velice liší. Pokud si klient sám neřekl co chce dělat, všechna iniciativa a vymýšlení bylo na vedoucím residenčního programu a samotných zaměstnancích. Zaměstnanec RTR, Inc. má velký prostor, čas a prostředky k tvoření většinou pouze s jedním či maximálně čtyřmi klienty. Někdy se stávalo, že tato pozitiva k rozmanité práci ztroskotaly na nezájmu zaměstnanců a malé iniciativě klientů.

V residenčním programu v USA žijí klienti se všemi stupni postižení. V ČR v chráněném bydlení žijí jen ti klienti, kteří jsou do určité míry schopni sebeobsluhy. Tak tomu v USA není. Klient s hlubokou mentální retardací žije s ostatními klienty v residenčním programu, kde pracuje více asistentů. Většinou má jednoho klienta s hlubokým mentálním postižením nebo imobilního klienta na starosti jeden asistent. Klient i přes své postižení žije život jako zdravý občan. Bydlí v rodinném domku s cca

třemi ostatními klienty a přes den dojíždí do denního programu. Klienti denní program nazývají „prací“. Takže stejně jako zdraví člověk, tak i klient s hlubokou mentální retardací dojíždí do práce. Není tedy celý den v lůžku a není o něj pečováno jako o nemocného pacienta. Je začleněn do života podobného zdravé populaci.

Jak jsem již napsala výše, klienti v ČR mají v organizacích možnost uspokojení většiny svých potřeb. Z toho vyplývá, že z organizace vychází do prostředí intaktní populace k uspokojení malého množství potřeb. V prostředí „svoji organizace“ se cítí jako doma, protože v ní žijí. Když mají vyjít ven do intaktní společnosti, připadají si jako když jdou do jiného světa, kde na ně číhají nástrahy a nebezpečí. Ztratí jistotu, se kterou se pohybují ve své organizaci. V tomto světě zdravé populace se neumí pohybovat. Někteří klienti celý život vyrůstali v ústavech, kde byli „zavřeni“ a mezi zdravou populaci ani nemohli. Pro klienty je obtížné učit se pohybovat v jiném, pro ně cizím, prostředí. V každém člověku je malý autista, který si raději vybírá prostředí, které zná a cítí se v něm bezpečně. Není divu, že se lidé s postižením nehrnou mezi zdravou populaci. Přesto se klienti nenechávají odradit. Ve výzkumu provedeném M. Škramlíkovou (70), 86 % respondentů (v tomto případě zaměstnanců pracujících s lidmi s mentálním postižením) odpovědělo, že klienti rádi chodí do společnosti. Toto potvrdili i rozhovory provedené s klienty.

Svůj úkol má i zdravá, tedy majoritní populace. Zdravá populace celá léta žila jen v obklopení zdravých jedinců. Pro tyto lidi byl šok, již před skoro 20 lety, vidět mezi sebou lidi s postižením. Zdravá populace s nimi nevyrůstala a tak s nimi ani neumí žít. Těžký úkol integrace by měla společně plnit majoritní populace s lidmi s postižením. Zdravá populace se musí naučit přijímat lidi s postižením jako součást společnosti a přestat vidět lidi s postižením jako „chudáky“.

Dalším pohledem na otázku integrace lidí s postižením je jejich dosavadní život v organizacích. Průzkumy ukazují, že majoritní populace neví, jaký je život postižených lidí. Neví, jak probíhá jejich den, jaké mají možnosti využití služeb pro postižené, kolik a jaké organizace nabízející služby pro postižené... Většina zdravé populace nikdy nenavštívila organizaci, která poskytuje služby handicapovaným lidem. I přes snahu

organizací přilákat „lidi zvenčí“ je o tyto akce malý zájem ze strany zdravé populace- „lidi zvenčí“. Někteří lidé mají reálnou představu, jak postižení žijí. Tyto informace mají, pokud v tomto prostředí pracují nebo mají v rodině člověka s postižením.

Lidé s postižením by neměli být pořád chráněni svým mikrosvětlem. Není důvod omezovat jejich styk se zdravou populací a oddělovat světy zdravé populace od postižené.

Za peníze na lůžko s hydromasáží lze koupit automobil, kterým by se mohli imobilní klienti dopravovat do centra, kde tuto masáž nabízejí. Bylo by to finančně výhodnější. Někteří klienti by do tohoto centra byli schopni dojet MHD a měli z toho zážitek a pocit uspokojení z vlastní samostatnosti. Větším začleněním do majoritní populace lidé dostanou podněty k vhodnému sociálnímu chování. Nebudou se učit zlozvyky svých ostatních kolegů z organizace, ale přijmou vhodné společenské chování, najdou si své zájmy a přátele mezi zdravou populací.

V současné době se stále některé organizace nachází na odlehlých místech. Zařízení jsou obklopeny lesy např. 3 km od nejbližší vesnice. Toto prostředí je ideální pro rekreační pobyt, léčbu patologického chování,... ale ne pro trvalé bydlení. O lidech ze samot se bezdůvodně nehovořilo jako o podivínech. Trvalým odstraněním kontaktů s městskou aglomerací a společností může docházet k samotářství a izolovanosti. I zdravý jedinec, který žije mimo městskou aglomeraci pravidelně dojíždí do práce či na nákupy do světa okolní společnosti. V tomto prostředí jsou ideální podmínky pro kontakt s přírodou, chov zvířat a pěstování rostlin. Tyto činnosti mají svůj velký význam v socioterapeutických aktivitách, ale nejsou důvodem v těchto lokalitách žít trvale několik let. Vhodnější bydlet v menším domku v běžné zástavbě a na samotu dojíždět. Nebo obráceně. Bydlení přímo v místě denních aktivit je určitě pohodlnější a praktičtější. Druhou stanou problematiky je, zda tyto výhody předčí výhody integrace do společnosti.

Tím, že klienty do jisté míry pořád chráníme před okolním světem, tím je opečováváme a přebíráme za ně zodpovědnost. Klientům tím neumožňujeme prožívat starosti a radosti běžného života zdravé populace. Není důvod tyto světy pořád odlišovat. Na jednu stranu se společnost snaží, co nejvíce integrovat lidi s postižením do

společnosti, ale na druhou stranu je pořád chrání, opečovává a rozlišuje od majoritní populace. Všichni mají stejné potřeby. Jen je do jisté míry odlišně uspokojují.

V ČR je pro klienty velká událost jít na nákup. Přitom pro zdravého člověka je to nutná součást života. Vždyť nakupovat, např. potraviny, se musí. Toto je stejné i v RTR, Inc. Klienti se pravidelně zúčastňují nákupu potravin, věcí do domácnosti, oblečení... Cestou z nákupu se staví na jídlo v Mc Donald's a na cestu domů si koupí kelímek kávy. Chovají se tak jako běžný američan. Oblečení, parfém, šampon, žiletky, ručník...si vybírají stejně jako zdravý člověk a ve stejném obchodě ve svém volném čase. Svým rodinám kupují vánoční dárky a posílají přáníčka k výročí stejně jako jejich vrstevníci. K holiči, do kina, k lékaři, zubaři chodí stejně jako zdravá populace a ani nemocnice se neliší pro majoritní populaci a pro lidi s postižením. Není důvod tyto zařízení rozlišovat. Vždyť všichni mají stejné potřeby, práva a povinnosti.

6. ZÁVĚR

Zadání této práce vzniklo v roce 2006, tedy ještě před platností zákona o sociálních službách. Proto se v diplomové práci objevují slova „ústavní zařízení“ místo „Domovů a Center pro osoby se zdravotním postižením“. Stejný problém se vyskytl i s používáním slov „klient“ nebo „uživatel“.

Během své 6 měsíční praxe v USA jsem měla možnost pracovat s lidmi s mentálním postižením v residenčním komunitním bydlení Group home, které je podobné chráněnému bydlení v České Republice. Group home má za úkol integrovat lidi s postižením do společnosti a umožnit jim žít život, co nejvíce podobný životu v rodině. Ve společném residenčním programu bydlí cca 4 klienti a každý má svůj pokoj. V tomto rezidenčním bydlení žijí i klienti s hlubokou mentální retardací, kteří potřebují intenzivní 24 hodinovou ošetrovatelskou péči. Domy rezidenčního bydlení jsou součástí běžné městské zástavby a nejsou od ní nikterak odděleny. Klienti tedy žijí ve městě či na vesnici ve stejných domech jako jejich intaktní sousedé. V ČR jsou areály organizací umístěny na okraje aglomerací, kde je nižší kontakt s intaktní společností. Organizace mají stále nádech ústavního režimu či alespoň ústavního vybavení.

Cílem této práce je zjistit a porovnat vnitřní klima a možnosti řízených aktivit v zařízeních v ČR a v USA. Cíl byl splněn pozorováním vnitřního klimatu v organizacích a vyhodnocením dotazníku, ve kterém se otázky vztahují na charakter sociálního klimatu organizace. Pozorováním jsem zjistila, že organizace v ČR poskytují většinu aktivit svým klientům v areálu organizace. Klienti tedy nemusí nikam docházet mimo areál organizace a denně se nestýkají s intaktní společností. V USA každý klient v pracovních dnech denně dojíždí do denního centra nebo do zaměstnání. Pravidelně každý týden jezdí nakupovat potraviny a jiné věci osobní potřeby. Život klientů v USA je více podobný životu intaktní populace než v ČR. V ČR se na klienty stále pohlíží jako na nemocné pacienty, o které se musí pečovat a kteří se musí léčit. V USA se klienti tolik neseťkávají s léčebnými terapiemi jako v ČR, ale jsou více začleněni do života velice podobného intaktní společnosti.

S vedoucími zařízení v ČR i v USA jsem provedla rozhovor. Z otázek uvedených v dotazníku v otázce č. 6 při rozhovoru vyplynulo, že v organizaci RTR, Inc. v USA není nabízeno vyšívání, pletení, háčkování, modelování, práce s počítačem, jízda na kole, jízda na koni, práce na zahradě a péče o hospodářská zvířata. To je 9 činností z 36 uvedených v dotazníku, což je 25 %. V českých organizacích není nabízena práce s počítačem a bowling. To jsou 2 činnosti z 36 uvedených v dotazníku, což je 5,5 %. Domnívám se tedy, že se hypotéza H1: V USA využívají širší nabídku řízených aktivit než v ČR, se NEPOTVRDILA.

Vyhodnocením otázek týkajících se sociálního klimatu v dotazníku organizace v ČR získaly celkem 10 bodů. Organizace v USA získaly celkem 12 bodů, což je více než 10 bodů získaných v ČR. Domnívám se tedy, že hypotéza H2: V systémech Home group v USA je vnímání sociálního klimatu vyšší než v zařízeních v ČR, se POTVRDILA.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. Baťhová, B. *Různá pojetí organizace*. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <http://bbathova.webpark.cz/organizace.htm>.
2. Bártlová, S., Hnilicová, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. ISBN 80-7013-311-2.
3. Bělohlávek, F., Košťan, P., Šuleř, O. *Management*. Brno: Computer Press, a.s., 2006. 724 s. ISBN 80-251-0396-X.
4. Bláha, J., Šemberová, J. *Anglický výkladový slovník vybraných odborných termínů z psychologie, sociologie, etiky a sociální práce*. 1. vyd. Praha : Trinitron, 2004. 193 s. ISBN 80-7254-467-5.
5. Boldis, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2- Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1. 1994-2004. 16 s. [online]. [cit. 2008-03-04]. Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
6. Boldis, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ISO 690 a ISO 690-2. Část 1- Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. 2004. 21 s. [online]. [cit. 2008-03-03]. Dostupné z : <http://www.boldis.cz/citace/citace.html>.
7. Bradey, V. *Creating individual supports people with developmental disabilities : a mandate for change at many levels*. 1. vyd. Baltimore : P.H. Brooks, 1994. 532 s. ISBN 1-55766-13-67.
8. Čadilová, V., Jůn, H., Thorová, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
9. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3 vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
10. Dobromysl.cz. *Klasifikace mentální retardace*. 2002 – 2008. ISSN 1214-2107. [online]. [cit. 2008-03-03]. Dostupné z : <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623&tmplid=45>.

11. Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie. *Služby pro vás*. [online]. [cit. 2007-01-30]. Dostupné z : < <http://www.empatie.cz/html/sluzby.html>>.
12. *Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie*. Pracoviště Empatie, vnitřní materiály Domova Libníč a Centra sociálních služeb Empatie.
13. Domov PETRA a Základní škola speciální Mačkov. Vnitřní materiály, Publikace „*Domov PETRA*“. ÚSP Mačkov, 2007.
14. Domov PETRA Mačkov. *Popis a realizace služby*. [online]. Dostupné z : < <http://www.domovpetra.cz/index.php?idh=29> >. [cit. 2007-01-24].
15. Drlíková, M. *Řízení lidských zdrojů*. In: Management. Přednáška na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. České Budějovice. 10.11.2005.
16. Duchoslavová, L. *Péče o osoby s handicapem v USA ve státě Massachusetts-společnost Emarc*. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2004. 96s. Vedoucí diplomové práce Dvořák, V. ZS DP 1147.
17. Fischer. *Sbírka zákonů. Sdělení Českého statistického úřadu ze dne 18. prosince 2003 o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (MKN-10). [online]. [cit. 2008-01-26]. Dostupné z : <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb03495&cd=76&typ=r>>.
18. Grecmanová, H. *Vliv prostředí školy na její klima*. Metodický portál RVP, 2004. [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : <<http://www.rvp.cz/clanek/68/124>>.
19. *Guidebook*. Marshfield: Road to Responsibility, Inc, 2002.
20. Hartl, P., Hartlová, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 84 s. ISBN 80-7178-303-X.
21. Havlíková, M. a kol. *Program podpory zdraví ve škole. Rukověť projektu Zdravá škola*. 1. vyd. Praha: Portál, 1998. 280 s. ISBN 80-7178-263-7.
22. Hutař, J., Krása, V. *Co přináší zákon o sociálních službách pro uživatele, poskytovatele, orgány státní správy a samosprávy*. Národní rada zdravotně postižených ČR. Praha, 2006.

23. Hůlka, J. *Idea a realita residenčního programu z pohledu zaměstnance společnosti Road to Responsibility, Inc. ve státě Massachusetts v USA*. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2003. 105 s. Vedoucí diplomové práce Velemínský, M. ZS DP 891.
24. Chodura, V. *Psychiatrie*. 1. vyd. České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta, 1998. 73 s. ISBN 80-7040-285-7.
25. Included in Society: *Výsledky a doporučení, evropská výzkumná iniciativa alternativních residenčních služeb na komunitním základě pro lidi s postižením*. Evropská komise : 2003. ISBN 2-930415-68-1.
26. Ivanovová, S. *Integrace zdravotně postižených osob do společnosti*. Vědecká knihovna v Olomouci, 2001. [online]. [cit. 2008-01-20]. Dostupné z : <<http://www.vkol.cz/refer003.htm>>.
27. Jankovský, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
28. Jindrová, Z. *Specifika práce v chráněných dílnách a možnosti jejich provozu v ČR a v USA*. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2007. 114 s. Vedoucí diplomové práce Vlášková, L. ZS-DP-2482.
29. Kalousová, J. *Sociální systém ve Spojených státech amerických a v České republice z pohledu kontinuální péče o postižení osoby*. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2006. 84 s. Vedoucí diplomové práce Šimková, M.. ZS-DP-2079.
30. Kareš, J. *Řízení lidských zdrojů*. In: Management ve zdravotnictví. Přednáška na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. České Budějovice. 9.12.2003.
31. Kozlová, L. *Sociální služby*. Praha : Triton, 2005. 79 s. ISBN 80-7254-662-7.

32. Koutenská, O. *Problematika sexuálních vztahů klientů ÚSP Osek a ÚSP Mačkov z pohledu zaměstnanců*. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2007. 136 s. Vedoucí diplomové práce Kozlová, L. ZS-DP-2600.
33. Lečbych, M. *O klasifikaci mentální retardace*. 1 s. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/O%20klasifikaci%20MR.pdf>>.
34. Lečbych, M. *O síle slova a mentálním postižení*. 2 s. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/O%20sile%20slova%20a%20mentalnim%20postizeni.pdf>>.
35. Lečbych, M. *Modely mentální retardace*. 3 s. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/Modely%20mentalni%20retardace.pdf>>.
36. Lečbych, M. *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením*. Rigorózní práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Katedra psychologie filozofické fakulty. Olomouc, 2006. 154 s. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/rigorozni_PZ.pdf>.
37. Lečbych, M. *(Za)Integrace*. 1 s. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/Zaintegrace.pdf>>.
38. Lečbych, M. „Zavřete ústavy..“. 2 s. [online]. [cit. 2008-03-10]. Dostupné z : <http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/Ad_zavrete_ustavy.pdf>.
39. Mareš, J. *Sociální klima školní třídy*. Asociace školní psychologie ČR a SR. Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR. Lékařská fakulta UK v Hradci Králové. 1998. 15 s. [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : <http://klima.pedagogika.cz/trida/doc/Mares_Klima_tridy.pdf>.
40. Maroušková, V. Odborná konzultace s ředitelkou Domova PETRA Mačkov na téma „*Provoz Domova PETRA Mačkov*.“

41. Maroušková, V. *RE: Teorie ke shválení*. [online]. Šinková, H. 29.1.2008; 9:11 [cit. 2008-02-09]. Osobní komunikace.
42. Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
43. Matoušek, O. *Sociální práce v praxi : specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
44. Matoušek, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
45. Matoušek, O. *Ústavní péče*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 90-85850-76-1.
46. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Bílá kniha. Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. Ústav pro informace ve vzdělávání. Praha: Tauris, 2001. 98 s. ISBN 80-211-0372-8.
47. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Sociální klima v prostředí základních škol v ČR. Zpráva o výzkumné studii*. 2002. 25 s. [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : <<http://www.nidm.cz/prilohy/vyzkum/sockliza.doc>>.
48. Novosad, L. *Základy speciálního poradenství : Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
49. Novosad, L. *Základy speciálního poradenství : Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
50. Oddělení informací a Informační centrum pro mládež. *Klasifikace mentálního postižení*. 2007. [online]. [cit. 2008-01-24]. Dostupné z : <<http://www.icm.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni>>.
51. Parlament České republiky. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, v platném znění. 14. března 2006.
52. Parlament České republiky. *Vyhláška č. 73/ 2005*. Sbírka zákonů Česká republika. Ročník 2005. ISSN 1211-1244.

53. Parlament České republiky. *Školský zákon č. 561/ 2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů*. Sbírka zákonů Česká republika. Ročník 2008. ISSN 1211-1244.
54. Pokorná, D. *Diplomka*. [online]. Šinková, H. 4.2.2008; 11:48; [cit. 2008-02-09]. Osobní komunikace.
55. Pokorná, D. Odborná konzultace s vedoucí vychovatelkou pracoviště Empatie na téma „*Služby a Centra sociálních služeb Empatie*“.
56. Pre-Work *Training and Support of Individuals*. In training Workbook. Marshfield, Massachuttsets, Road to Responsibility, Inc., 2005.
57. Průcha, J. *Alternativní školy a inovace ve vdělávání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 144 s. ISBN 80-7178-584-9.
58. Průcha, J. Walterová, E. Mareš, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. 292 s. ISBN 80-7178-029-4.
59. Průcha, J. *Přehled pedagogiky. Úvod do studia oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272 s. ISBN 80-7178-399-4.
60. Road to Responsibility, Inc. *Fact sheet*. Výroční zpráva organizace Road to Responsibility, Inc., Marshfield, Massachusetts. 2005.
61. Říčan, P., Krejčířová, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1995. 398 s. ISBN 80-7169-512-2.
62. Říčan, P., Krejčířová, D. *Dětská klinická psychologie*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha : Grada Publishing, 1997. 450 s. ISBN 80-7169-512-2.
63. Smith, S. Odborná konzultace s výkonnou ředitelkou organizace Road to Responsibility na téma „*Home group*“.
64. Svoboda, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd.. Praha: Portál, 1999. 342 s. ISBN 80-7178-327-7.
65. Šindelář, J. *Základy managementu*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 118 s. ISBN 80-7040-419-1.

66. Šiška, J. *Mimořádná dospělost. Edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Univerzita Karlova v Praze. Praha. Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
67. Švarcová, I. *Mentální retardace*. Vyd.1. Praha: Portál, 2000. 184s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-506-7.
68. Švarcová- Slabiková, I. *Mentální retardace. Vzdělání, výchova, sociální péče*. 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X.
69. Švaříček, R. Šed'ová, K. a kol. *Kvantitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 384 s. ISBN 80-7367-313-0.
70. Škramlíková, M. *Možnosti a využití systému Group Home v České republice v rámci péče o mentálně postižené klienty*. Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2005. 96 s. Vedoucí diplomové práce Kozlová, L.
71. The American association on intellectual and developmental. *What is the official AAIDD definition of intellectual disability?* [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : < http://www.aaidd.org/Policies/faq_mental_retardation.shtml>.
72. The Commonwealth of Massachusetts. Department of mental retardation. *Mental Health Services Overview*. [online]. [cit. 2008-03-12]. Dostupné z : <http://www.mass.gov/?pageID=eohhs2terminal&L=4&L0=Home&L1=Consumer&L2=Behavioral+Health&L3=Mental++Health&sid=Eeohhs2&b=terminalcontent&f=dmh_c_overview&csid=Eeohhs2>.
73. *Training Module*. Marshfield, Masschutsetts: Road to Responsibility, Inc., 2002.
74. *Training Workbook- Human rights*. Marshfield, Masschutsetts. Road to Responsibility, Inc., 2004.
75. Vágnerová, M. Hadj-Moussová, Z. Štěch, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita karlova v Praze, karolinum, 2004. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
76. Viktorová, J. Odborná konzultace s organizační pracovnící Domova PETRA Mačkov na téma „*Volnočasové aktivity a provoz v Domově PETRA Mačkov*“.

77. Vítková, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Paido: Brno, 2004. 2. rozšířené a přepracované vydání. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
78. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům. Plán akcí na období II. pololetí 1992 – 1994*. Praha, 1992. 50 s. [online]. [cit. 2008-02-20]. Dostupné z : <http://www.knihkm.cz/handy/texty/narplan92.pdf>.
79. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Národní plán pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení*. Praha, 1993. 30 s. [online]. [cit. 2008-02-20]. Dostupné z : <http://www.knihkm.cz/handy/texty/narplan93.pdf>.
80. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením*. Praha., 2003. 35 s. [online]. [cit. 2008-02-20]. Dostupné z : <http://www.knihkm.cz/handy/texty/narplan2003.pdf>.
81. Výzkumný ústav bezpečnosti práce. *Co je to sociální klima na pracovišti?* [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : http://portal.bozpinfo.cz/spravna_praxe/otazky/odpovidame_na_tema/ergo_hygprace021007.html#_Toc344817.
82. Základní škola a Mateřská škola Životice u Nového Jičína. *Školní vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. 2007. [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : <http://www.zivoticeunj.cz/%C5%A0kola/Dokumenty/%C5%A0VP%20pro%20M%C5%A0.htm>.
83. Zdravcentra.cz. Krajská centra primární péče. *Sociální klima na pracovišti*. [online]. [cit. 2008-03-09]. Dostupné z : http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_3231.html.

8. KLÍČOVÁ SLOVA:

Člověk s mentálním postižením

Integrace

Sociální klima

Ústavní zařízení

Volnočasové aktivity

9. PŘÍLOHY

9.1. Seznam příloh

1. Dotazník
2. Otázky k rozhovoru
3. Otázky k pozorování
4. Deklarace práv mentálně postižených osob

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Hana Šinková a studuji sociální práci. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, jehož výsledky použiji ve své diplomové práci. V této práci se snažím porovnat aktivity ve volném čase v organizacích pro dospělé osoby s mentálním postižením v ČR a v USA. Dotazník je určen pro zaměstnance, kteří s těmito osobami pracují. Prosím, vyplňte tento anonymní dotazník samostatně, aby nebyla snížena kvalita výzkumu. Děkuji.

Nad vyplněním dotazníku byste neměli strávit více než 10 min. Vámi zvolenou odpověď označte- zaškrtnutím, změnou barvy textu či písma....

Prosím, vyplňte každou otázku. Také ocením, když přidáte vlastní postřehy a nápady. Budou pro mě velkým přínosem.

K vyplňování si můžete vybrat jednu ze dvou variant:

Varianta číslo 1- Pokud pracujete se skupinou mentálně postižených, vyberte tu odpověď, která nejlépe odpovídá na co nejvíce klientů.

Varianta číslo 2- I ve skupině můžete vyplnit dotazník, ale jen o jednom individuálním klientovi. Tuto možnost můžete využít vícekrát. Tedy vyplnit více dotazníků pokaždé pro jiného klienta.

Tyto dvě varianty prosím nezaměňujte během vyplňování jednoho dotazníku. Vámi zvolenou variantu, prosím připište na tuto stranu. Stačí napsat číslo varianty.

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

1. Jste: ☐ muž

☐ žena

2. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání: ☐ základní ☐ vyučen(a)

☐ středoškolské

☐ vyšší odborná škola

☐ vysokoškolské

3. Pracujete: ☐ se skupinou

☐ s jednotlivcem

4. Jaká je věková kategorie Vašeho klienta (klientky, klientů):

☐ 18-30 let

☐ 31-45 let

☐ 46-60let

☐ 60 let a více

5. Jaká je přibližná úroveň běžných denních činností a intelektuálních schopností Vašeho klienta:

☐ Lehká mentální retardace- nepotřebuje trvalý dohled, zvládá čtení, psaní a počítání v omezeném rozsahu (základní nebo zvláštní škola), je samostatný v hygieně a stravování, má problémy v některých oblastech- např. finanční stránka, společenské chování, řešení problémů

☐ Střední mentální retardace- v dospělosti má opatrovníka, zvládne základní návyky sebeobsluhy, výrazně omezeno chápání a používání řeči, někteří omezeně čtou, píší a počítají, může úspěšně absolvovat pomocnou školu

☐ Těžká mentální retardace- schopný zvládnout návyky sebeobsluhy, zvládne určitou podobu mluvené řeči (jednoslovné věty), patlavost, poruchy motoriky a jiná přidružená onemocnění

☐ Hluboká mentální retardace- trvale odkázán na pomoc druhých lidí, těžce omezena schopnost porozumět, postižená hrubá i jemná motorika, zvládne základní návyky sebeobsluhy, nepatrná schopnost pečovat o základní potřeby

6. Vyberte jakých činností se klient může ve Vašem zařízení zúčastnit, jestli je zvládá sám a jaké zvládá s pomocí (bez ohledu na to, zda potřebuje dovézt na místo nebo ne). Pokud Vaše zařízení některou činnost nenabízí, zvolte prosím odpověď „nenabízíme“.

	<i>sám</i>	<i>s pomocí</i>	<i>nenabízíme</i>
Procvičování motoriky:			
a) vybarvování	☐	☐	☐
b) kreslení	☐	☐	☐
c) modelování	☐	☐	☐
d) vystřihování	☐	☐	☐
e) lepení	☐	☐	☐
f) vyšívání	☐	☐	☐
g) pletení	☐	☐	☐
h) háčkování	☐	☐	☐
i) práce s počítačem	☐	☐	☐
j) skládání puzzle	☐	☐	☐
k) skládání špalíčků	☐	☐	☐
l) skládání stavebnice	☐	☐	☐
m) skládání konstruktivních her (skládačky)	☐	☐	☐
n) jiné.....			

Hudební činnosti a logoterapie:

a) poslech hudby	☐	☐	☐
b) zpěv	☐	☐	☐
c) pořekadla, básničky	☐	☐	☐
d) jiné.....			

Pohybové aktivity:

a) plavání	☐	☐	☐
b) jízda na kole	☐	☐	☐
c) jízda na koni	☐	☐	☐

	<i>sám</i>	<i>s pomocí</i>	<i>nenabízíme</i>
d) tanec	☐	☐	☐
e) bowling	☐	☐	☐
f) jiné.....			
Společenské aktivity:			
a) vycházka	☐	☐	☐
b) nakupování	☐	☐	☐
c) výlet do kina	☐	☐	☐
d) výlet na kávu či zákusek	☐	☐	☐
e) občerstvení v restauraci	☐	☐	☐
f) výlety do okolí či za zábavou	☐	☐	☐
g) návštěva rodiny či přátel	☐	☐	☐
h) stolní hry	☐	☐	☐
i) sledování televize	☐	☐	☐
j) jiné.....			

Domácí činnosti:

a) příprava stravy	☐	☐	☐
b) úklid domácnosti	☐	☐	☐
c) práce na zahradě	☐	☐	☐
d) praní a žehlení vlastního oblečení	☐	☐	☐
e) péče o domácí zvířata (i canisterapie)	☐	☐	☐
f) péče o hospodářská zvířata	☐	☐	☐
g) jiné.....			
nicnedělání	☐	☐	☐

7. Má Váš klient činnost, kterou si vydělává peníze: ☐ ano ☐ ne

a, pokud ano, kolik hodin týdně pracuje: ☐ 0-10 ☐ 21-29

☐ 11- 20 ☐ 30-39 ☐ 40 a více

b, pokud ano, jakou práci vykonává: ☐ práce v kavárně či občerstvení

☐ prodej zmrzliny

☐ prodej knih

☐ práce v truhlářské dílně

☐ práce v tkalcovské dílně

☐ práce v keramické dílně

☐ zahradnické práce

☐ práce v hospodářství

☐ skládání zboží do krabic

☐ jiné, prosím jaké

.....
.....

8. Myslíte si, že jsou klientovy aktivity značně omezeny jeho finančním příjmem (např. kdyby měl o polovinu vyšší příjem než v současnosti, zda by zvýšil financování svých aktivit): ☐ ano ☐ ne

9. Domníváte se, že je nabídka aktivit ve vašem zařízení dostatečná: ☐ ano ☐ ne

10. Znáte nějaké aktivity, kterými by se dala rozšířit nabídka ve vašem zařízení:

☐ ano ☐ ne

a, pokud ano, tak jaké:

.....
.....

11. Jakou vnímáte sociální atmosféru ve Vaší organizaci:

☐ výborná

☐ méně uspokojivá

☐ více uspokojivá

☐ neuspokojivá

☐ uspokojivá

12. Cítíte se v práci příjemně: ☐ ano ☐ ne

13. Máte podporu své práce u kolegů: ☐ ano ☐ ne
14. Máte podporu u nadřízeného: ☐ ano ☐ ne
15. Máte v organizaci možnosti:
- a, vzdělávání ☐ ano ☐ ne
 - b, rekonvalescenčních pobytů ☐ ano ☐ ne
 - c, při problémech v práci promluvit si o nich s odborníkem-supervize ☐ ano ☐ ne
 - d, prevence proti syndromu vyhoření ☐ ano ☐ ne
 - e, tvůrčí atmosféry ☐ ano ☐ ne
 - f, pokud pracujete přesčas, máte ho placený ☐ ano ☐ ne
 - g, setkáváte se pravidelně se všemi zaměstnanci:
 - v pracovní době ☐ ano ☐ ne
 - mimo pracovní dobu ☐ ano ☐ ne

16. Co Vás nejvíce motivuje k práci:

(prosím, použijte stupnici od 1= nejvíce do 3= nejméně motivující)

klienti	1	2	3
kolegové	1	2	3
shodné zájmy s klienty nebo kolegy	1	2	3
prostředky organizace (např. automobil, vstupy zdarma, vybavení, pomůcky...)	1	2	3
profesní postup	1	2	3
mzda	1	2	3
jiné			

17. Znáte práva svého klienta: ☐ ano ☐ ne
- Pokud je znáte, dodržujete je pokaždé: ☐ ano ☐ ne

18. Jak byste ohodnotili svoji práci, kterou odvádíte:

- | | |
|--|--|
| ☐ výborná | ☐ méně uspokojivá |
| ☐ více uspokojivá | ☐ neuspokojivá |
| ☐ uspokojivá | |

19. Vyberte, jak si myslíte, že se cítí Váš klient ve Vašem zařízení:

- | | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ velmi spokojeně | ☐ spokojeně | ☐ nespokojeně |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|

Děkuji za vyplnění

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 2 Otázky k rozhovoru

I. Otázky k rozhovoru:

- 1, Kolik klientů bydlí v chráněném bydlení?
- 2, Kolik zaměstnanců tam pracuje?
- 3, Má každý klient svůj pokoj?
- 4, Mají klienti svůj vlastní nábytek ve svém pokoji?
- 5, Vaří denně zaměstnanci v chráněném bydlení?
- 6, Kolik automobilů pravidelně používá chráněné bydlení?
- 7, Mají klienti možnost chovat domácí zvíře?

II. Otázky na činnosti, které nabízí či nenabízí organizace:

činnosti k procvičování motoriky	nabízí	nenabízí
vybarvování		
kreslení		
modelování		
vystřihování		
lepení		
vyšívání		
pletení		
háčkování		
práce s počítačem		
skládání puzzle		
skládání špalíčeků		

muzikoterapie a logoterapie	nabízí	nenabízí
poslech hudby		
zpěv		
plavání		
jízda na kole		
jízda na koni		
tanec		

společenské aktivity	nabízí	nenabízí
vycházka		
nakupování		
výlet do kina		
výlet na kávu či zákusek		
občerstvení v restauraci		
výlety do okolí či za zábavou		
návštěva rodiny či přátel		
stolní hry		

domácí činnosti	nabízí	nenabízí
příprava stravy		
úklid domácnosti		
práce na zahradě		
praní a žehlení vlastního oblečení		
péče o domácí zvířata (i canisterapie)		
péče o hospodářská zvířata		

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 3 Otázky k pozorování

Otázky k pozorování:

- 1, lokalizace zařízení
- 2, útulnost zařízení
- 3, vybavení zařízení
- 4, zápach v budovách
- 5, celkové přijetí zaměstnanci
- 6, sociální klima

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 4

Deklarace práv mentálně postižených osob

vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře **stejná práva jako ostatní lidské bytosti**.
2. Mentálně postižený má **právo na zdravotní péči** a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má **právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň**. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený **žít v kruhu své vlastní rodiny** nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má **právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením**. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít

právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a **musí být odvolatelné u vyšších institucí.**

Zdroj: Švarcová, I. *Mentální retardace*. Vyd.1. Praha: Portál, 2000. 184s. Speciální pedagogika. ISBN 80-7178-506-7.