



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Problematika přípravy klientů se specifickými potřebami k přechodu na chráněné bydlení

Vypracoval: Dana Neužilová
Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph. D.

České Budějovice 2014

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Českých Budějovicích, dne 25. 3. 2014

.....
Dana Neužilová

Poděkování

Chci poděkovat vedoucímu své bakalářské práce Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D., za cenné rady, trpělivost a pomoc při vedení mé bakalářské práce. Dále chci poděkovat kolektivu pracovníků ústavního zařízení Domov Pístina, za jejich ochotu a pomoc při praktické části mé bakalářské práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá problematikou přípravy klientů se specifickými potřebami na přechod do chráněného bydlení. Teoretická část přibližuje aktuální pohledy na poskytované sociální služby, popisuje proces transformace ústavní péče. Praktická část se věnuje probíhajícím změnám v ústavním zařízení Domov Pístina – domov pro osoby se zdravotním postižením, spojené s výše zmíněným procesem.

Klíčová slova: speciální pedagogika, mentální retardace, chráněné bydlení, deinstitucionalizace sociálních služeb, transformační proces.

ANNOTATION

Bachelor's work deals with the preparation of clients with specific needs for transition to a sheltered housing. Theoretical part approaches actual views of provided social services and describes the process of institutional care transformation. Practical part focuses on ongoing changes in institutional facility Pístina – home for persons with disabilities, related to the above mentioned process.

Key words: special education, mental retardation, sheltered housing, deinstitutionalization of social services, transformation process.

Obsah

Úvod.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Mentální retardace	9
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace	9
1.2 Nejčastější příčiny mentální retardace a rozdělení do jednotlivých stupňů.....	10
1.3 Psychologická charakteristika osob s mentálním postižením.....	13
2 Ústavní péče.....	17
2.1 Historie ústavní péče.....	17
2.2 Rizika ústavní péče	18
2.3 Změny po přijetí nové legislativy	19
2.3.1 Pozitivní koncepční změny v zákoně o sociálních službách	20
3 Transformace ústavní péče	23
3.1 Základní prvky transformace ústavní péče	23
3.2 Překážky transformaci ústavní péče	25
3.3 Charakteristika služeb chráněného bydlení.....	27
3.3.1 Typy chráněného bydlení.....	28
4 Historie a současnost Domova Pístina – domov pro osoby se zdravotním postižením	30
4.1 Historie ústavu sociální péče	30
4.2 Podoba poskytované sociální péče v minulosti	31
4.3 Podoba poskytované sociální péče v současnosti	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 Probíhající přípravy k přechodu na chráněné bydlení	35
5.1 Vize transformace Domova Pístina	35
5.2 Motivace a praktická příprava klientek.....	36
5.3 Úprava způsobilosti k právním úkonům	41
6 Provedení výzkumu - zhodnocení probíhajících příprav klientek Domova Pístina	42
6.1 Soubor číslo jedna – klientky Domova Pístina	43
6.2 Soubor číslo dva – pracovníci v přímé péči.....	50
6.3 Analýza kvalitativních dat	54
Závěr	57
Použitá literatura	59
Přílohy	62

Úvod

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

Adrian D. Ward

Je velmi těžké představit si život člověka s mentálním postižením. O to horší, když nemůže žít doma, ve své domácnosti s nejbližšími lidmi. Tento jedinec je omezen nejen hendikepem, ale žije ve společnosti, která ho nenechá rozhodovat ani o těch věcech, o kterých by sám rozhodovat chtěl. Na základě společného znaku, „mentální postižení“, dochází k umístění jedince do ústavu (instituce), kterou pro něho někdo vybral, jakožto „nejlepší řešení“ jeho životní situace.

Pro každého člověka je velmi důležité mít své místo v životě. Možnost vlastního domova značí emocionální a fyzickou základnu, kde se cítí uvolněný. Netvoří ho jen vizitka na dveřích. Domov jako takový znamená vytvoření vlastních zvyků, rituálů a oslav. Jedinec je ten, kdo rozhoduje o tom, co a kdo z vnějšku smí dovnitř. On sám může z domova kdykoliv odejít a zase se vrátit.

S pojmem transformace sociálních služeb jsem se poprvé setkala v souvislosti s Domovem Pístina – domov pro osoby se zdravotním postižením, který se do tohoto projektu zapojil. Zaujala mě myšlenka možnosti podpory přechodu lidí s postižením z velkokapacitních ústavních zařízení do bydlení v běžném prostředí, s orientací na jejich potřeby a důrazem na skutečné sociální začleňování. Již v minulosti jsem měla možnost poznat blíže klientky zařízení Domova Pístina, a proto se chci ve své bakalářské práci zabývat problematikou přípravy klientek se specifickými potřebami k přechodu z ústavního zařízení do chráněného bydlení.

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V teoretické části se zaměřuji na vymezení pojmu mentální retardace a na nejčastější příčiny jejího vzniku v období prenatalním, perinatálním a postnatálním. Popisuji jednotlivé stupně mentální retardace, jejich rozdělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí a charakterizuji schopnosti a dovednosti jedinců jednotlivých kategorií. Pokračuji psychologickou charakteristikou osob s mentálním postižením, se zaměřením na jejich způsob myšlení, učení, emočního poznávání, volní vlastnosti a paměť.

Dále se věnuji historii a vývoji ústavní péče. Nejprve je vyložen raný historický vývoj a s tím spojen i pozdější vznik velkých specializovaných ústavů. Samotným

umístěním jedince do ústavní péče začíná proces segregace skupiny lidí na základě společného znaku „postižení“ do zvláštního zařízení. Velký důraz je kladen na jedno z nejzávažnějších rizik – dlouhodobý pobyt v ústavu tzv. „hospitalismus“. Jedná se o stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky a snížení schopnosti žít běžný a neústavní život. Práce dále popisuje stav ústavní péče do roku 1989 a vznik prvních nestátních organizací, které začaly poskytovat alternativní sociální služby. Věnuji se přijetí nového zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a poukazuji na konkrétní pozitivní změny, které s sebou přinesl.

Hlavní pozornost v mé bakalářské práci je věnována projektu transformace sociálních služeb, při kterém dochází k přeměně ústavní pobytové služby ve službu komunitního typu. Cílem transformace je umožnit člověku s postižením žít plnohodnotně jako součást společnosti, mimo ústav, mimo instituci. Práce popisuje kladné i záporné stránky probíhajícího procesu, které je třeba řešit jak z hlediska organizačního, tak legislativního. Dále se věnuji charakteristice služeb chráněného bydlení a jejím jednotlivým typům.

Závěrem teoretické části představuji zařízení Domov Pístina, který byl zařazen do projektu transformace sociálních služeb jako jediné zařízení v Jihočeském kraji. Je zde popsána dlouhá historie ústavu, podoba poskytované sociální péče v minulosti a současná forma poskytované sociální služby.

Praktická část bakalářské práce je věnována výzkumu ve výše uvedeném ústavním zařízení. Na základě schváleného transformačního plánu má v roce 2015 proběhnout opuštění stávajícího objektu v obci Pístina a všech šedesát klientek tohoto zařízení se má stěhovat do připraveného chráněného bydlení. Ve výzkumné části je pozornost zaměřena k již probíhajícím nácvikům praktických dovedností klientek, které jsou důležitou součástí příprav k přechodu na jiný typ služby.

Cílem praktické části práce je zjistit dosavadní míru připravenosti klientek Domova Pístina k plánovanému přechodu do chráněného bydlení. Ke zjištění uvedeného faktu použiji kvalitativní výzkum a metodu polostrukturovaného rozhovoru s klientkami a pracovníky v přímé péči. Následnou analýzou získaných dat budu hodnotit přípravy v oblasti nácviků praktických dovedností a probíhající integraci klientek v počáteční fázi transformačního procesu.

V závěru textu se pokusím shrnout výsledky, ke kterým jsem dospěla v rámci šetření.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Mentální retardace

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Podle Chába (2004) je mentální retardace charakterizována výrazně podprůměrnými rozumovými schopnostmi současně s omezením nejméně ve dvou oblastech adaptačních dovedností. Jsou jimi například sebeobsluha, péče o domácnost, sebeovládání, funkční čtení a psaní, počítání, sociální dovednosti, péče o bezpečnost a zdraví, trávení volného času a zaměstnání. Důležitým faktorem při posuzování stavu je respektování kulturní odlišnosti v komunikaci a vzorech chování. Omezené adaptační schopnosti musí být posuzovány v kontextu prostředí, které je typické pro vrstevníky posuzovaného. Posuzovatel musí zkoumat, kde a v jaké míře zkoumaný jedinec potřebuje individuální podporu. Vhodně zvolená podpora vede ke zlepšení sociálních a životních dovedností člověka s mentální retardací.

Pojem mentální retardace se skládá ze dvou latinských slov „*mens*“ (duše, mysl) a „*retardo*“ (zpomalit, opozdit). V doslovném překladu „opozdění nebo zpomalení mysli“. Mentální retardace se většinou pojí i s poruchami hybnosti. Někdy dochází k tomu, že k psychologickým a biologickým příčinám se ještě nepříznivě připojí výchovné působení rodiny, nepřiměřená péče, zanedbávání a jiné negativní faktory.

„Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“ (Švarcová, 2006, s. 29).

Valenta, Michalík, Lečbych a kolektiv (2012, s. 31) definují: „*mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince*“.

V této kapitole jsem se pokusila přiblížit a vysvětlit pojem mentální retardace. Mezi osobami s mentálním postižením jsou velké individuální rozdíly, záleží na hloubce a míře postižení. Dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, odlišnostem ve vývoji některých psychických vlastností a poruchám v adaptačním chování. S lidmi takto retardovanými se musí jednat stejně jako s těmi „neretardovanými“. Nesmíme je

vystavovat závažným stresujícím událostem, omezovat či odepírat jim jejich základní lidská práva, separovat je od okolního světa. Je nutné jim pomáhat tak, aby mohli žít co nejvíce samostatně. Mohli využívat své schopnosti, možnosti a dovednosti k „běžnému“ životu.

1.2 Nejčastější příčiny mentální retardace a rozdělení do jednotlivých stupňů

Mentální retardace vzniká z více příčin, podle Vágnerové (2004) je členěna dle různých kritérií:

- *exogenní příčiny* – vnější, vznikají vlivem prostředí, během těhotenství, po porodu, v průběhu dětství, např. úrazem, nemocí nebo nedostatečnou výchovnou péčí,
- *endogenní příčiny* – vnitřní, genetické.

Další možné rozdělení mentální retardace:

- *vrozenou* – spojena s určitým poškozením, odchýlná struktura nebo odchýlný vývoj nervového systému v období prenatalním, perinatálním nebo postnatálním zhruba do 2 let života dítěte,
- *získanou* – jedná se o demenci, jde o proces zastavení a rozpadu mentálního vývoje, jako nejčastější příčina se uvádí zánět mozku, úrazy mozku, zánět mozkových blan, intoxikace, duševní poruchy atd.,
- *sociálně podmíněnou* (pseudooligofremie) – vznik nejčastěji negativním působením vlivů vnějšího prostředí. Nejde o poškození centrální nervové soustavy, ale o nedostatečnou stimulaci dítěte prostředím. Většinou se projevuje opožděním řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace. Nejde o stav trvalý, může dojít ke zlepšení pod vlivem vhodného výchovného působení a změnou prostředí, které je nepodnětné (Vítková, 2004).

Valenta, Müller (2003) rozdělují příčiny vzniku mentální retardace dle období:

V prenatalním období (období vývoje plodu v těle matky) působí celá řada vlivů, důležitou roli hrají vlivy dědičné – hereditární. Řadíme sem nemoci zděděné po předcích, hlavně metabolické poruchy a nedostatek vloh k určité činnosti – regrese inteligence. Vlivem mutagenních faktorů biologických, chemických nebo fyzických vznikají genové mutace, které jsou příčinou mentálního postižení. Nejčastější příčinu

vzniku mentální retardace vrozeného původu tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Nejznámější jsou numerické aberace (trizomie, monozomie). K jejich vzniku dochází při buněčném dělení a rozchodu do dceřiných buněk. U některých syndromů jsou tyto poruchy natolik závažné, že u takto narozených dětí dochází k časté úmrtnosti. Podle Blažka a Olmrové (1998) je nejznámější Downův syndrom, způsobený trizomií chromozomu 21 (příčina 23 % těžkých mentálních retardací). Ovšem kromě tohoto nejznámějšího syndromu existuje celá řada chromozomových aberací spojených s mentální retardací (Praderův – Williho syndrom, Agelmanův syndrom, Tuberózní syndrom atd.).

V perinatálním období může být jednou z příčin postižení organické poškození mozku LMD (lehká mozková dysfunkce). Mnohem závažnější a četnější formou poškození mozku je DMO (dětská mozková obrna). Mezi příčiny patří mechanické poškození mozku při porodu, nízká porodní váha, předčasný porod, nedostatek kyslíku v mozku a novorozenecká žloutenka, kdy bilirubin neodchází z těla a působí toxicky.

Do postnatálního období řadíme pouze postižení vzniklé do 2 let dítěte. Může se jednat o zánětlivá onemocnění mozku, úrazy hlavy, otravy apod.

Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje podle Švarcové (2006) sníženou úroveň rozumových schopností, v psychologii označovanou jako inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost roku 1992.

Podle hloubky postižení se dělí na šest stupňů. Jeho stupeň se posuzuje a určuje podle výše inteligenčního kvocientu (IQ), naměřeného psychologickými testy. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.

Stanovení inteligenčního kvocientu je významné v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince.

Jednotlivé stupně mentální retardace podle mezinárodní klasifikace nemocí:

- lehká mentální retardace IQ 50–49,
- středně těžká mentální retardace IQ 35–49,
- těžká mentální retardace IQ 20–34,
- hluboká mentální retardace IQ je nižší než 20,
- jiná mentální retardace,
- nespecifikovaná mentální retardace (Švarcová 2006).

Lehká mentální retardace – je nejrozšířenější formou retardace. Vývoj v dětském věku bývá již mírně opožděný. Jedinci se naučí mluvit později, ale většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. Výrazné problémy se dostavují až s nástupem do školy. Vzdělávání a výchova má pro tuto skupinu velký význam, je u nich možnost se neustále zdokonalovat. U některých se vyskytují závažnější problémy s psaním, čtením a počítáním. Selhávají obvykle v logických operacích a abstraktních předmětech. Většina postižených je samostatná v osobní péči (jídlo, mytí, hygienické návyky, oblékání) a v praktických dovednostech, ale samotný vývoj je proti normě mnohem pomalejší (Čadilová a kol., 2007). Lze je zaměstnávat prací, která je zaměřena spíše na praktické než teoretické schopnosti. V sociálně kulturním kontextu závisí na každém jedinci, jak se dovede orientovat a přizpůsobit normám společnosti, jak je emočně a sociálně zralý (získání a udržení si zaměstnání, finanční zabezpečení, zdravotní péče). Mohou se u nich v individuální míře projevit i přidružené chorobné stavy (autismus, epilepsie, vývojové poruchy, tělesné postižení, poruchy chování).

Středně těžká mentální retardace – zde je již výrazně opožděn rozvoj chápání, užívání řeči a myšlení. Vzdělávání je možné, ale ve velmi omezené míře, možnost naučit se základy čtení, psaní a počítání – školní trivium. Jejich řeč je obsahově jednodušší, někdy i na nonverbální úrovni. Mohou vykonávat jednoduchou manuální práci, je však nutný neustálý dohled. Výrazně je omezena schopnost samostatného života (soběstačnost), potřebují každodenní asistenci (Čadilová a kol., 2007). Toto postižení bývá kombinováno s autismem, epilepsií, neurologickými a tělesnými poruchami. Úroveň motorických i rozumových schopností bývá velmi nerovnoměrná (Vágnerová, 2006).

Těžká mentální retardace – projevy jsou obdobné jako u lidí se středně těžkou mentální retardací, potíže jsou však výraznější. Nezvládají školní trivium, stagnace řeči, minimální komunikační funkce, silně omezené i neverbální (mimoslovní) komunikační schopnosti. Většina jedinců této skupiny trpí poruchou motoriky nebo jinými

přidruženými vadami, které prokazují přítomnost poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. Dokážou zvládnout základní sebeobsahu, ale potřebují výraznou míru podpory. Typické jsou projevy stereotypních pohybů, sebepoškozování, agrese a afekty (Čadilová a kol., 2007).

Hluboká mentální retardace – možnosti vzdělávání a rozvíjení jsou většinou na nulové úrovni, i když v současné době jsou již známy metodické postupy, které umožňují rozvíjet i u těchto jedinců řadu dovedností – motorické dovednosti, komunikaci, pracovní návyky. Jedinci jsou většinou imobilní nebo výrazně omezeni v pohybu. Bývají inkontinentní, mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Vyžadují neustálou pomoc a dohled. Komunikace je velmi obtížná, používá se nonverbální forma, ale ani tento typ není často efektivní. U těchto jedinců jsou běžné těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, poškození zraku a sluchu. U mobilních pacientů se projevují nejtěžší formy persvazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus (Švarcová, 2006).

Jiná mentální retardace – používá se tehdy, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné nebo nemožné. U nevidomých, neslyšících, nemluvících nebo u jedinců s těžkými poruchami chování, osoby s autismem atd. (Švarcová, 2006).

Nespecifikovaná mentální retardace – zde je mentální retardace prokázána, ale chybí dostatek informací, aby mohlo dojít k zařazení pacienta do jedné z uvedených kategorií (Švarcová, 2006). Snížení úrovně rozumových schopností nesouvisí zpravidla s organickým poškozením mozku, bývá zapříčiněna jinými faktory (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady atd.).

1.3 Psychologická charakteristika osob s mentálním postižením

„Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci tvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny

složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný“ (Švarcová, 2006, s. 39).

Myšlení

Myšlení u mentálně postižených jedinců dosáhne v nejlepším případě úrovně konkrétních logických operací (u lehce mentálně postižených). Dále je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, vyznačuje se nepřesností a chybami v analýze a syntéze. Je ve většině případu nedůsledné, se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností. Pojmy jsou tvořeny těžkopádně, úsudky jsou nepřesné. Vyskytuje se zde značná stereotypnost, rigidita a ulpívání na určitém způsobu řešení. Mentálně postižení se dovedou mechanicky naučit určitá pravidla, nedovedou je však uplatnit v praxi, protože nechápou rozdíly mezi určitými situacemi. Postoj k problémům bývá většinou pasivní, očekávají řešení a pomoc od druhých nebo na problémy rezignují. Někdy bývají reakce i agresivní. Jedinci tímto způsobem vyjadřují obranu na situaci, které buď nerozumějí, nebo jí tímto způsobem řeší. Nadměrné nároky by působily jako stresový faktor a došlo by k vyvolání nepříznivé reakce (Vágnerová, 2004).

Paměť

Paměť mentálně postižených osob vykazuje určitá specifika. Vše, co je nové, si osvojují velmi pomalu, tudíž je nutné časté opakování. Naučené věci velmi rychle zapomínají, vybavují si je nepřesně a vědomosti neumějí zužitkovat v praxi. Lépe si zapamatují vnější aspekty předmětů a jevů, nezapamatují si vnitřní logické souvislosti. Nedokáží se cílevědomě učit a vzpomínat si. Jsou schopni si zapamatovat určité věty nebo části textu, neumějí je však dát do logické souvislosti (Švarcová, 2006).

Učení

Pojem učení označuje získávání zkušeností a utváření jedince v průběhu jeho života. Přípravuje ho na život ve společnosti, je opakem vrozeného učení. U mentálně retardovaných převažuje učení mechanické a asociační. Nové informace, návyky a dovednosti si jedinci uchovávají ve své rigidní podobě a stejným způsobem je i využívají. Naučit se něco nového, je pro ně velmi obtížné. Jedinci musí být neustále motivováni. Změny návyků nebo přizpůsobení se novým situacím činí mentálně retardovaným jedincům značné potíže (Valenta a kol., 2012).

Pozornost

Záměrná (vázaná na vůli) pozornost u mentálně postižených osob vykazuje nestálost a snadnou unavitelnost. Jedinec má sníženou schopnost rozdělit pozornost na více činností. Pozornost udrží mnohem kratší dobu než jeho intaktní vrstevníci. Po soustředění musí následovat odpočinek a relaxace.

Emoční prožívání

Po emoční (citové) stránce je osoba s mentálním postižením otevřenější, má menší schopnost ovládnání v porovnání se zdravými lidmi. „*Citová otevřenost tak souvisí s malou řídicí funkcí rozumu, kterým lze prožitky tlumočit, či dokonce přehodnocovat. Jedinec automaticky přenáší kladné emoce na situace, jež umí zvládnout. Protože se mentálně retardovaný jedinec mnoho situací zvládnout nenaučil, mohou se u něho objevit neurotické (např. enuréza – pomočování) či psychopatické (krádež...) problémy jakožto poruchy citového vývoje. Intenzita emočních reakcí klesá úměrně s věkem, mentální retardace je především retardace duševního vývoje, a proto postižené dítě delší dobu podléhá netlumené intenzitě emocí*“ (Michalík a kol., 2007, s. 124).

Volní vlastnosti

U mentálně retardovaných jedinců se vyskytuje citová a volní labilita, impulzivnost, zvýšená sugestibilita, agresivita, ale i úzkost a pasivita. Nejsou schopni řídit vlastní jednání a překonávat překážky. Jedná se o typické příznaky dysbulie (porucha vůle) a abulie (nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost, ztráta či snížení volních činností).

„*Mentálně retardovaní jedinci mají stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby však mohou být pod vlivem omezenější kapacity rozumových schopností a učení různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižen, tím je v saturaci svých potřeb závislejší na okolí. Na druhé straně mají mentálně postižení tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran. Způsob, jakým toho dosahují, odpovídá jejich aktuálnímu psychickému a somatickému stavu, tedy i mentální úrovni*“ (Vágnerová, 2004, s. 295).

První kapitolu jsem věnovala úvodu do problematiky jedinců s mentální retardací. Popsala jsem nejčastější příčiny jejího vzniku a rozdělení do jednotlivých stupňů podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Nastínila jsem možné příčiny vzniku mentální retardace a psychologickou charakteristiku osob takto postižených. U většiny jedinců se vyskytuje mentální retardace v rámci nějaké metabolické, neuromuskulární,

neurodegenerativní nebo chromozomální poruchy. Primární mentální retardace, tedy postižení, kdy jediným příznakem je snížení rozumových schopností, je relativně velmi vzácná (Čadilová a kol., 2007). Mentální retardace je tedy vrozený stav, který se vyznačuje omezením rozumových a adaptivních schopností. Takto postižený jedinec potřebuje pomoc druhých lidí při rozvoji svých dovedností, schopností a znalostí, aby mohl žít plnohodnotný život v přirozeném prostředí.

2 Ústavní péče

2.1 Historie ústavní péče

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat s třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce a zkušeností vyhoštění, vyobcování“ (Matoušek, 1995, s. 19).

První zmínky o ústavní péči pocházejí ze starověkého Egypta, týkají se zejména ústavů léčebných. Z období antiky se nedochovaly žádné zprávy o zařízeních pro osoby chudé, smyslově či jinak hendikepované. Postižené děti byly zabíjeny, popřípadě odkládány. Zakládání útulků pro lidi s postižením a pro děti bez rodin se objevuje až s křesťanstvím. Vyskytuje se tu poprvé nutnost vzájemné pomoci, odvozené z ideálu solidarity občanů (Matoušek, 1995).

Změna nastává s prosazením tzv. domovského práva. V našich zemích jej uzákonil v roce 1552 Ferdinand I. – poprvé ukládá povinnost obce pečovat o své chudé. Obce se tak od 16. století stávají zřizovateli ústavů pro lidi, kteří nemají vlastní rodinné zázemí nebo základní životní prostředky. K rozvoji péče o lidi s duševní nemocí, nebo mentálním postižením v této době nedochází. Koncem 17. a začátkem 18. století začínají být lidé duševně nemocní vylučováni ze společnosti a jsou pro ně zřizovány velké ústavy. V těchto ústavech společně pobývají duševně nemocní, kriminální osoby, propuštěnci z vojska a chudí. Tito lidé jsou využíváni jako levná pracovní síla v ústavních dílnách. Stát později zakládá velké ústavy a postupně dochází k jejich specializaci. V 19. století se začíná užívat názvů pro ústavy jako polepšovna, trestnice, nemocnice a starobinec (Matoušek, 1995).

Na přístupu k postižením se negativně podepsaly i různé státní režimy. Jedním z příkladů může být období nacistického Německa, kdy bylo zavražděno velké množství mentálně postižených dětí, dospívajících a dospělých.

Až koncem 19. a začátkem 20. století dochází ke změně. Ústavy, které původně sloužily k vylučování lidí ze společnosti, se začínají orientovat více na potřeby klientů. V období komunistického režimu došlo k výstavbě velkých ústavních komplexů. Platil zde společný ústavní řád, který neumožňoval výjimky, uniformita zde naprosto popírala individualitu jedince. Byl zde jednotný denní režim, byl dán neměnný chod ústavu.

Pokud do tohoto ústavu jednou člověk vstoupil, ve většině případů již nebyl možný návrat zpět do normálního života. Ústav byl uzavřený svět nekomunikující s okolím.

„V ústavech, stejně jako v jiných organizacích, existuje hierarchie společenských pozic, formální nadřízenost se ovšem nemusí krýt s nadřízeností neformální. Ústavy mají svůj folklor, mají svůj slovník, svou atmosféru, již je doslova cítit nosem. Vůči vnějšímu světu jsou více či méně uzavřené; vstup do nich je kontrolovaný“ (Matoušek, 1995, s. 21).

2.2 Rizika ústavní péče

„Nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu je tzv. hospitalismus, tedy stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, civilní život“ (Matoušek, 1995, s. 107).

Jedním z velkých a závažných problémů klientů, kteří pobývají dlouhodobě v ústavní péči, je jejich závislost na tomto zařízení. Mají zde plné zaopatření, stravu, nestarají se o své finance, ústav za ně organizuje práci a mimopracovní aktivity, které ve většině případů probíhají také v ústavním zařízení. Klient, nemající vlastní rodinu, se většinou setkává s omezeným počtem spoluobyvatel ústavu a týmem zaměstnanců, kteří zde pracují. Pohybuje se v omezeném prostoru zařízení a jeho blízkém okolí.

Dochází k redukci nároků a omezení podnětů, což má za následek, že tito lidé ztrácejí zájem o okolní svět, zhoršuje se u nich schopnost komunikace. Někdy nastává regrese čili návrat do ranějších vývojových stádií, dochází k hledání uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhém spánku, v automatických pohybech atd.

V uzavřených ústavech snadno dochází ke vzniku tzv. „ponorkové nemoci“. Stereotypní prostředí, ze kterého není úniku, zvyšuje únavu a snižuje toleranci. Po období sžívání, kdy panuje dobrá nálada, přehnaný optimismus, dochází postupně ke stádiu útlumu, kdy i maličkosti jsou záminkou pro vyjádření nesnášenlivosti a agrese.

Klasický ústavní model se zaměřuje spíše na léčebný a výchovný proces, než na individualitu samotného člověka. Z lékařského hlediska je člověk s postižením chápán jen jako pacient, o jehož životě rozhoduje lékař a zdravotnický personál. Z výchovného hlediska je třeba na klienty neustále působit prostřednictvím výchovných programů. Oba tyto modely staví člověka s mentálním postižením do pasivního postavení. Jeho individuální zájmy a potřeby jsou podřízeny pravidlům a chodu instituce.

„Člověk se umístěním v ústavu stává součástí hierarchie instituce. A to součástí hierarchicky nejnižší a trvale k dispozici“ (Cháb, 2004, s. 35).

Kombinací zdravotního postižení a omezení pohybu pouze v prostorách ústavu, vede k prohlubování závislosti klientů na personálu, vznikají těžkosti v navazování kontaktu s okolím a to vše velkou měrou přispívá k problematickému přebírání a rozpoznávání sociálních rolí.

Ústav je místo, kam vás někdo odloží, většinou na základě naprosto nejasné diagnózy s odůvodněním, že právě zde se vám dostane speciální péče. Okamžitě po nástupu dochází ke ztrátě soukromí, získání stigma neschopného člověka, pro kterého není návratu zpět (Cháb, 2004).

2.3 Změny po přijetí nové legislativy

Do roku 1989 i v průběhu let devadesátých byl kladen důraz na celodenní ústavní péči. Alternativní služby před rokem 1989 téměř neexistovaly, výjimkou byla pečovatelská služba. Terénní služby a jiné služby začaly po roce 1989 poskytovat až nestátní subjekty. Nedostatečná nabídka sociálních služeb nevyhovovala moderním trendům, které se v této oblasti vyskytly a směřovaly především k službám komunitního a terénního typu.

V devadesátých letech začaly vznikat nestátní organizace, zprvu především zájmové, které začaly poskytovat alternativní sociální služby a sledovaly moderní trendy ve vývoji sociálních služeb. V této době nebyla k dispozici zvláštní právní úprava, tyto organizace vznikaly jako občanská sdružení (podle zákona č. 83/1990 Sb.) a později jako obecně prospěšné společnosti (podle zákona 245/1997 Sb.). Ze strany státu nebyly kladeny žádné speciální požadavky a nebyl ani řádný dohled nad úrovní sociálních služeb. K registraci služby nebylo nutno splnit konkrétní podmínky a nařízení. Nestátní organizace se potýkaly s nedostatkem peněz za své poskytované služby. Od státu získaly finanční prostředky pouze tehdy, když uspěly v tzv. dotačním řízení. Tato dotace získaná od státu byla pouze na jeden rok a v dalším roce byla organizace bez jakékoliv jistoty, že finanční prostředky získá znovu (Johnová, 2008).

Viditelná změna u státních organizací nastala s přijetím nové legislativy. Bylo to zejména přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a dále vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Ty v sobě zahrnují standarty kvality, které každý poskytovatel sociální služby musí

splňovat. Zákon byl přijat v květnu roku 2006 a nabyl účinnosti datem 1. ledna 2007. Podle výše zmiňovaného zákona musí mít každý poskytovatel sociální služby vydáno oprávnění k registraci. Ústavy sociální péče se na základě zákona zaregistrovaly jako sociální služba – domovy pro osoby se zdravotním postižením. Oprávnění k poskytování služeb může být i odebráno, zjistí-li kontrolní orgán, že není plněna kvalita poskytované sociální služby. To vede poskytovatele ke značné zainteresovanosti na dodržování standardů poskytované služby.

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb, musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (Matoušek a kol., 2007, s. 39).

2.3.1 Pozitivní koncepční změny v zákoně o sociálních službách

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen osobě, která je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu hodnocena jako osoba, která potřebuje pomoc od jiné osoby při zvládání běžných životních úkonů. Příspěvek je vyplácen z veřejného rozpočtu přímo osobě se zdravotním postižením. Tato změna přinesla příjemci příspěvku na péči možnost rozhodnout se, jakou službu a od jakého subjektu z něho uhradí. Dává mu svobodnou volbu ve výběru služby, která bude uživateli vyhovovat na základě jeho specifických přání a potřeb. Závislost na pomoci od jiné fyzické osoby se stanoví ve čtyřech stupních:

- lehká závislost,
- středně těžká závislost,
- těžká závislost,
- úplná závislost.

Míra závislosti se určuje počtem úkonů, vyjmenovaných v zákoně, které není osoba schopna samostatně zvládat. Hodnotí se:

- schopnost péče o vlastní osobu,
- soběstačnost.

Míra závislosti se stanovuje na základě lékařského vyšetření a sociálního šetření, které provádí úřad práce (Matoušek a kol., 2007).

Nová kategorizace sociálních služeb

Sociální služby se podle nové právní úpravy dělí:

- *sociální poradenství* – zahrnuje základní a odborné poradenství, poskytuje osobám potřebné informace k řešení jejich nepříznivé sociální situace,
- *služby sociální péče* – služby pečovatelské, zajišťují péči o osoby, které nejsou schopny se postarat samy o sebe (pečovatelská služba, osobní asistence, denní, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, seniory, chráněné bydlení atd.),
- *služby sociální prevence* – jsou to služby pro osoby se sociálními problémy, mají napomáhat integraci zpět do společnosti (azylové domy, raná péče, domy na půl cesty, terapeutické komunity atd.).

Sociální služby se poskytují jako služby pobytové, ambulantní a terénní (Matoušek a kol., 2007).

Smluvní princip

Osoba, která potřebuje sociální služby a poskytovatel této služby, jsou povinni uzavřít písemnou smlouvu o poskytnutí sociální služby. Nová koncepce předpokládá, že sociální služby budou poskytovat v budoucnu hlavně nestátní subjekty. Tyto služby lze poskytovat na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci, kterou vydává příslušný krajský úřad, ten také vede registr poskytovatelů sociálních služeb. V případě vážného porušení ze strany poskytovatele sociálních služeb, nebo při neplnění standardů kvality služeb může dojít ke zrušení registrace poskytovatele (Matoušek a kol., 2007).

Všechny tyto změny pozitivně ovlivňují život „za zdmi“ ústavu. Ústavy se polidšťují, na klienta je nahlíženo jako na osobnost, která má jisté kompetence a schopnost vývoje. Důraz je kladen na „sociální začleňování“ jedinců. Proto moderním trendům sociálních služeb lépe odpovídají ty typy služeb, které jsou poskytovány

v přirozeném prostředí člověka (např. chráněné bydlení, osobní asistence, terénní služby), než sociální služba poskytovaná v ústavu. Značnou podporu mají i přirozené sociální sítě, jako jsou rodinné, přátelské nebo sousedské vztahy.

Jedním z hlavních ukazatelů kvality služby je naplňování práv svých uživatelů. Služba nesmí vyvolávat závislost klienta a prohlubovat tím jeho hendikep. Má mu umožnit žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Poskytovatelé si začínají uvědomovat rizika, spojená s dlouhodobým pobytem v ústavní péči. Snaží se jim předcházet, nebo je zcela vyloučit (např. infantilizace klienta, zásah do klientova soukromí, omezování svobodné volby, stigmatizace). Uživatel služby přestává být pouze pasivním příjemcem. Vztah klienta a pomáhajícího pracovníka má být postaven na partnerském přístupu a na respektu k osobě klienta s ohledem na jeho přání a potřeby. Sociální služby mají být individualizované – „šité potřebám konkrétního jedince na míru“ (Matoušek a kol., 2007). Pomoc a podpora má směřovat jen k činnostem, které klient sám evidentně nezvládá. Je mu dána motivace a podpora k samostatnosti, k rozvíjení a využívání svých vlastních schopností a dovedností. Je podporován v procesu rozhodování o vlastní osobě.

3 Transformace ústavní péče

3.1 Základní prvky transformace ústavní péče

„Ústav je ostrov, který s pevninou nekomunikuje. Při reformě jde o to, aby betonový ostrov zezelenal. Při transformaci jde o přestěhování na pevninu. Teprve tady se můžeme začít bavit o tom, co kdo z nás skutečně potřebuje a co může nabídnout“ (Cháb, 2004, s. 35).

Ústavy, jako takové, přestávají být světem pro sebe. Snaží se o integraci a o znovu začleňování osob, které zde žijí, do běžného života. Každá ústavní péče má však své limity, které nelze překročit. I přes snahu těchto zařízení k aktivnímu zapojování klientů do různých oblastí společenského života, nemůžeme zcela hovořit o integraci osob s postižením do společnosti.

K integraci jako takové dochází tehdy, opustí-li klient ústavní zařízení a je schopen žít v přirozené komunitě. *„Integrace lidí s postižením mezi ostatní občany nepředstavuje soubor konkrétních opatření. Integrace je postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do „hlavního proudu“ společenského života“* (Švarcová, 2006, s. 14).

V současné době dochází k tzv. *deinstitucionalizaci* sociálních služeb. Jedná se o podporování přechodu od institucionální na komunitní typ služby, zaměřené na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Deinstitucionalizaci lze chápat jako proces, který nepodporuje život v umělém kolektivním prostředí instituce, ale postupně jej nahrazuje službou, která pomáhá postiženým se životem v přirozených podmínkách komunity (Johnová, 2008).

Alternativou ústavní péče jsou služby, poskytované v přirozeném prostředí, které mohou umožnit lidem žít přirozeným způsobem života, s možností využívat běžné veřejné služby i služby specialistů. Tyto služby bývají označovány jako tzv. *komunitní sociální služby*. Jde vlastně o soubor služeb, poskytovaných veřejnosti. Mezi tyto služby patří: zdravotní služby, sociální služby, vzdělávání, hromadná doprava atd. Jsou to služby poskytované obyvatelům, jejichž cílem je zlepšit jejich životní úroveň. Předností je dobrá dostupnost, kdy jich lze přestat kdykoliv využívat. Komunitní sociální služby by měly pomáhat zvyšovat kvalitu života znevýhodněným místním obyvatelům, neměly

by vytvářet závislost na službě. V případě nepotřebnosti je možnost službu kdykoliv zrušit (Johnová, 2008).

V současnosti se v oblasti sociálních služeb setkáváme často s pojmem *transformace sociálních služeb*. Tento proces u nás podporuje Ministerstvo práce a sociálních věcí, které vydalo dokument „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127 (www.mpsv.cz). Význam tohoto dokumentu spočívá ve vyjádření podpory k provedení změn těm poskytovatelům sociálních služeb, kteří se rozhodnou poskytovat služby v přirozeném prostředí uživatele a dle jeho individuálních potřeb.

Hlavním záměrem aktivit v rámci procesu „Podpora transformace sociálních služeb“ a Integrovaného operačního programu je podpořit a pilotně ověřit transformaci služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů sociálních služeb. Umožnit jejich aktivní zapojení na trhu práce a do společnosti a přispět k realizaci deinstitucionalizace pobytových zařízení sociálních služeb v České republice (www.mpsv.cz).

Transformace ústavní péče je změnou, která umožní lidem s postižením, žijícím dosud v ústavu, prožít život v běžných životních podmínkách za současného zlepšení kvality jejich života. Transformace je souhrn procesů změny řízení, vzdělávání, financování, místa a formy poskytování služeb. Je to proces, ve kterém dříve vzniklé instituce zaniknou a přemění se na jiné typy sociálních služeb. Transformace ústavní péče je prostředkem nikoliv cílem. Cílem je umožnit žít člověku s postižením jako součást společnosti a mít svůj vlastní domov (Johnová, 2008).

Dalším pojmem, z nově se prosazujících trendů v péči o lidi s postižením, je pojem *normalizace*. „*Tento, v kontextu našeho sociálního a historického vývoje, poněkud zavádějící pojem má vyjádřit skutečnost, že lidé s mentálním postižením mají, pokud je to možné, žít normálním životem, tak jako jejich spoluobčané*“ (Švarcová, 2006, s. 14).

Neméně důležitým trendem v oblasti péče o postižené je *humanizace*, jak ve vztahu k lidem s postižením, tak humanizace celé společnosti jako takové. Ta se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k postiženým lidem, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život (Švarcová, 2006).

3.2 Překážky transformaci ústavní péče

V České republice nejsou žádné zásadní právní překážky transformace ústavních služeb. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., transformaci nebrání a ani jinde v právním řádu ČR není žádné ustanovení, které by s tímto procesem vyloženě nesouhlasilo. Jelikož zákon o sociálních službách není založen na koncepci transformace, vyplývá z toho, že jeho ustanovení nejsou promyšlena z hlediska jejich potřeb. Řada ustanovení konzervuje stav ústavní péče, vyvolává opačné motivace poskytovatelů a uživatelů (hlavně způsob financování). Zákon definuje sociální službu jako činnost vedoucí k sociálnímu začlenění osoby a požaduje dodržování a naplňování lidských práv při poskytování sociálních služeb, což je důležitý argument pro transformaci, ale toto ustanovení samo o sobě transformaci nezajistí. Proces transformace se proto potýká s řadou překážek, které je třeba řešit v rovině organizační a některé též v rovině legislativní (Kořínková, 2008).

Dalším kritickým momentem transformace ústavních služeb je nedostatečná síť alternativních služeb. Poskytovatelé alternativních služeb většinou nemají jisté finanční zdroje, bez kterých nemohou reagovat na poptávku a začít poskytovat potřebné služby. Pokud tedy ústavní zařízení usiluje o transformaci, je většinou nutné, aby veškeré terénní služby zřizovalo samo.

Mezi další překážky patří „chudoba“ uživatelů sociálních služeb. Příjem obyvatelů ústavů v mnoha případech nestačí ani na pokrytí nákladů na pobyt a stravu v zařízení. Většina klientů má buď invalidní, nebo starobní důchod a příspěvek na péči. V ústavním zařízení, jak ze zákona vyplývá, musí klientovi zůstat částka 15 % z jeho příjmu jako kapesné. Již nyní má mnoho uživatelů nedoplatek. Je potom otázkou, jak bude moci klient pokrýt své náklady při běžném způsobu života, při využívání běžných služeb, obstarávání osobních záležitostí a účasti na společenském životě (pořízení vybavení bytu, regulační poplatky ve zdravotnictví, návštěvy společenských akcí, pořízení dovolené atd.). Příspěvky na péči jsou osobám vypláceny v takové výši, která snad v žádném případě nepokrývá skutečné náklady na službu v rozsahu, ve kterém ji osoba skutečně potřebuje. Výsledkem je, že osoba postrádá potřebnou službu a poskytovatel není schopen z příspěvku pokrýt své náklady. Z toho vyplývá, že částky poskytované formou příspěvku na pořízení sociálních služeb jsou nízké a neodpovídají skutečným potřebám uživatele (Kořínková, 2008).

Jednou z podstatných součástí běžného života v komunitě je pracovní uplatnění člověka. Úřady práce nevěnují lidem s postižením zdaleka takovou péči, na kterou mají ze zákona nárok. Nevyužívají se služby dostatečně osvědčených a profesionálních agentur podporovaného zaměstnání. Naproti tomu obyvatelé ústavů mají mnohé zjednodušeno, například v některých činnostech, souvisejících se získáváním práce, kde jim pomáhá poskytovatel služby. Ten jim shání pracovní příležitosti, spolupracuje s agenturami podporovaného zaměstnání a zajišťuje dopravu pro klienty do vzdálenějších měst, kde se nacházejí chráněné dílny.

Další komplikací je způsobilost k právním úkonům. Většina uživatelů ústavních sociálních služeb je zbavena, nebo omezena ve způsobilosti k právním úkonům. Ve skutečnosti je to zcela nepřiměřené k jejich skutečným schopnostem a nezbytnému rozsahu ochrany. Je nutné neomezovat či nezbavovat osoby k právním úkonům plošně, jen na základě diagnostiky mentálního postižení, nebo z důvodu, že posuzovaný je klientem ústavu – jak to bylo dříve zcela běžné. Způsobilost k právním úkonům může být omezena v důsledku duševní poruchy, u které lze předpokládat, že není přechodná. Způsobilost může být upravena jedině soudně. V případě omezení, nebo zbavení způsobilosti, činí právní úkony za nezpůsobilou osobu její zákonný zástupce, nebo soudem ustanovený opatrovník. Omezení, nebo zbavení právní způsobilosti se týká však pouze oblastí, které jsou skutečně právním úkonem. V ostatních věcech má postižený člověk stejná práva jako každý druhý občan. Mezi tato práva patří svoboda pohybu, právo na ochranu osobního a rodinného života, právo na důstojné zacházení apod. Opatrovníci (osoby blízké i veřejní opatrovníci) často ztěžují, nebo dokonce znemožňují sociální začleňování člověka s postižením, jeho odchod z ústavu do chráněného bydlení, život s partnerem atd. (Kořínková, 2008).

K úspěšné transformaci je nezbytným předpokladem odborná způsobilost odpovědných pracovníků. Je nutná patřičná kvalifikace poskytovatelů sociálních služeb, sociálních pracovníků a pracovníků ve veřejné správě. Nutností také zůstává práce v komunikaci s veřejností. V lokalitách, kam se mají lidé stěhovat do chráněného bydlení, by měla veřejnost znát smysl a cíl transformace.

„Až budete mít chvíli, zkuste si představit svět bez ústavů, které ukrývají lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientováni. Zkuste si představit svět, který všem lidem nabízí šanci být samozřejmou součástí společenství: a těm, kteří sami

nemohou být účastní obecního života, nabízí službu: právě takovou, aby náš člověk mohl dělat to, co je běžné pro jeho vrstevníky“ (Cháb, 2004, s. 47).

3.3 Charakteristika služeb chráněného bydlení

Slovník sociální péče (Matoušek, 2003) vymezuje chráněné bydlení jako bydlení v bytě, který se nachází v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí v něm jeden nebo i více klientů, kteří se dle svých možností podílejí na chodu domácnosti. Klienti jsou v pravidelném kontaktu s pracovníky sociální agentury. Služby jsou dle potřeby klientovi poskytovány sociálním pracovníkem, asistentem nebo pečovatelem. Tato forma bydlení je vhodná pro klienty trvale postižené nebo dlouhodobě nemocné, kteří potřebují terapeutickou podporu, ale jejich stav nevyžaduje ústavní péči s plným zaopatřením. Chráněné byty jsou někdy budovány v areálech ústavů, zřizují je také neziskové organizace.

Chráněné bydlení je legislativně upraveno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který zní: *„Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení“* (108/2006 Sb., § 51).

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- b) poskytnutí ubytování,
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarání osobních záležitostí.

Cílem služby chráněného bydlení je umožnit žít lidem s mentálním postižením v přirozeném prostředí, mimo zařízení ústavního typu. Tento druh bydlení vede k rozvoji jejich samostatnosti a k uplatňování svobodné vůle. Jedním z hlavních cílů je rozvoj kognitivní, sociální a emoční stránky osobnosti uživatele tak, aby nově získané

dovednosti mohl využít v maximální míře v běžném životě. Důležitá je také možnost rozšiřování sociálních kontaktů, rozvíjení pracovních návyků a dovedností. Chráněné bydlení má pomoci ke zvládnutí každodenní péče o sebe sama, o svou domácnost, podporovat klienty při využívání volného času, naučit se přijímat pomoc asistenta pro činnost, kterou potřebují.

3. 3. 1 Typy chráněného bydlení

Chráněné bydlení v rámci služeb ústavní péče

Jednotlivé objekty chráněného bydlení jsou ve většině případů vybudovány v areálu ústavu. Tento druh bydlení představuje určitou formu deinstitucionalizace a humanizace sociální péče. Život klientů je velmi úzce spjat s ústavním režimem. Většinou se jedná o jedno nebo dvoulůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. K dispozici bývá společná kuchyňka a kulturní místnost. Z hlediska financování je tato forma služby chápána jako lůžko v ústavu. U nás tato forma bydlení byla realizována hlavně díky iniciativě sociálních pracovníků a zaměstnanců ústavů. Důležitou roli zde sehrává funkce klíčového pracovníka, který přebírá v tomto zařízení péči o určitého klienta, o jeho individuální zájmy a potřeby.

Domovy rodinného typu

Jedná se většinou o chráněné bydlení v bývalých činžovních domech. Zde se nachází několik na sobě nezávislých bytů. V každém bytě bydlí přibližně 3 – 4 klienti, kteří mají svého asistenta, který jim pomáhá s chodem jejich domácnosti. Cílem není izolovat jednotlivé klienty, ale poskytovat jim individuální míru podpory podle potřeb každého jednotlivce. Celková kapacita domova by neměla překročit dvacet obyvatel, docházelo by ke ztrátě rodinné atmosféry (Pipeková, 2006).

Chráněné byty

Tento typ bydlení se nachází v klasické bytové zástavbě a obytnou jednotku tvoří standardní byty. Počet obyvatel se pohybuje převážně v rozmezí 1 – 5 klientů podle velikosti bytu. Je zde využívána služba asistenta, který pomáhá při vedení domácnosti, návštěvě lékaře, zajišťování volnočasových aktivit a jiných úkonech, dle nutné míry podpory. Každý klient má svůj vlastní pokoj, tím je zajištěno jeho soukromí. Někteří klienti jsou zaměstnáni v chráněných dílnách nebo navštěvují denní stacionáře.

Nezávislé bydlení se supervizí

Tento typ péče je vhodný pouze pro klienty, kteří jsou úplně samostatní v sebeobsluze a ovládají základy vedení domácnosti. V tomto typu chráněného bydlení není nutný pravidelný dohled. Klient má vlastní byt a pomoc asistenta vyžaduje jen při řešení složitějších záležitostí jako je jednání s institucemi, pomoc při zprostředkování zaměstnání, manipulace s finančními prostředky a řešení pracovněprávních vztahů (Pipeková, 2006).

V třetí kapitole jsem se věnovala transformaci ústavní péče, jejím výhodám i překážkám a charakteristice služeb chráněného bydlení. Chtěla jsem představit proces transformace jako projektu proměny ústavních pobytových sociálních služeb ve služby komunitního typu, které budou poskytovány v běžném prostředí a orientované na potřeby klienta a jeho sociální začleňování.

Ráda bych v této části zmínila ojedinělý projekt, který proběhl v Ústavu sociální péče v Horní Poustevně. Sám ředitel ústavu, Milan Cháb, inicioval jeho zrušení a v roce 2005 po dlouhé a namáhavé cestě dospěl k přeměně ústavu na devatenáct domácností v šesti obcích Šluknovského výběžku. Šest obyvatel se osamostatnilo do té míry, že již sociální služby nepotřebují a došlo k jejich začlenění do běžného života (Cháb, 2004).

4 Historie a současnost Domova Pístina – domov pro osoby se zdravotním postižením

4.1 Historie ústavu sociální péče

Ústav sociální péče se nacházel původně ve Stráži nad Nežárkou, v zámku, který vybudoval rod Černínů. Zámek byl koncem 17. století přebudován na renesanční sídlo. V letech 1914 – 1930 tu sídlila slavná operní pěvkyně Ema Destiniová. V roce 1948 byl zámek státem znárodněn a stal se sídlem československé armády.

V květnu roku 1961 byl zdejší zámek a přilehlý zámecký park převzat do správy odborem sociálního zabezpečení ONV v Jindřichově Hradci. Do ústavu nastoupily v prosinci 1962 první pracovnice a řádové sestry. Dne 22. 12. 1962 byl ústav slavnostně otevřen. V roce 1963 došlo k vybavení objektu nejnutnějším zařízením a přišly první chovanky. Byly to dívky duševně i tělesně postižené, ve věku 12 – 25 let. Ke konci roku se zde nacházelo 56 svěřenek a 20 zaměstnanců. V dalších letech došlo k naplnění kapacity ústavu na 60 svěřenek a zároveň byl naplněn i stav zaměstnanců. Chovanky také poprvé vystoupily na veřejnosti – uspořádaly výstavu svých prací. Od roku 1974 se stal ústav součástí Krajského ústavu sociální péče pro mládež v Černovicích. Kapacita ústavu byla stále 60 svěřenek, 25 zaměstnanců (z toho 10 řádových sester). V průběhu osmdesátých let se kapacita navýšila na 85 míst. Ze zajímavosti uvádím údaje z kroniky organizace Ústavu sociální péče ve Stráži nad Nežárkou, kdy v roce 1980 obdržel ústav nejvyšší vyznamenání – Rudou standartu za nejlépe vyhodnocené zařízení v péči o mentálně postiženou mládež za rok 1979. Dále se v kronice objevují informace o častých brigádách děvčat pro MNV, JZD, družstvo JAS (závod pro výrobu dřevěných hraček, který se v obci nacházel) a Tělovýchovnou jednotu SOKOL Stráž nad Nežárkou. Dále je zde zmínka o množství výletů, které chovanky absolvovaly do různých měst Jihočeského kraje (Bechyň, Třeboň, České Budějovice) a pobytu na letních táborech (www.domovpistina.cz).

V roce 1995 byl zámek ve Stráži nad Nežárkou, kde sídlil ústav sociální péče, navrácen původnímu majiteli. Celý ústav se přestěhoval do obce Pístina, do objektu bývalé ubytovny ROH. Obec je malá, má 192 stálých obyvatel, z toho 60 tvoří klientky domova. Dojezdová vzdálenost do Jindřichova Hradce je 16 km a do Stráže nad Nežárkou 2 km. V těchto městech se nachází odpovídající lékařské a zdravotnické zařízení, které klientky navštěvují. Dostupnost z obce do měst je složitější, dopravní

obslužnost je nedostačující, obec leží mimo hlavní trasy. Klientky musí z velké části využívat služebních vozidel domova, chtějí-li se dopravit k lékaři, na nákupy, ke kadeřníkovi nebo využít jiné služby. V obci je pouze obchod se smíšeným zbožím, který má omezenou otevírací dobu jen na pár hodin v týdnu.

Domov je tvořen komplexem dvou propojených obytných budov. Součástí objektu je také technické zázemí – garáže, parkoviště a dílny. V areálu se nachází velká zahrada s ovocným sadem, dále je k dispozici skleník, kde klientky pěstují převážně zeleninu, kterou pak využívají v místní kuchyni. Klientky se za pomoci personálu zabývají chovem drobného domácího zvířectva, chovají zde kozy, králíky a morčata. Celý hospodářský areál je nazýván „rančem“, mnohé z obyvatelk domova zde najdou své uplatnění a seberealizaci. K relaxaci a odpočinku, zejména v letních měsících, slouží bazén a altánek, který se nachází v zahradě areálu.

V roce 2007 byl Ústav sociální péče Pístina přejmenován. Jeho nový název zní: Pístina – domov pro osoby se zdravotním postižením. Domov je jedním ze zařízení Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, které zřizuje Jihočeský kraj (www.domovpistina.cz).

4.2 Podoba poskytované sociální péče v minulosti

Jak jsem se již zmínila v předchozí kapitole, ústav byl otevřen v roce 1962 pro osoby s duševním a fyzickým postižením. V úplných začátcích ústavu měly nezastupitelnou roli v péči o chovanky řádové sestry, později přibýval personál – hlavně zdravotnický. Od počátku vzniku byl ústav určen pouze pro dívky a ženy. Klientkám se tykalo, personál je oslovoval na veřejnosti bez předchozí domluvy jako „holky“ – byl vůči nim uplatňován mocenský přístup.

Všechny pokoje byly vícelůžkové, neexistoval pokoj pro jednoho či dva klienty. Pokoje měly vysoké stropy, velká okna a celkově byly neútluné, neosobní. Ústav se nacházel v areálu bývalého zámku, chodby byly vysoké a široké, sociální zařízení používalo dohromady velké množství chovaneček. Možnost soukromí byla skutečně minimální. Jediným vybavením pokoje byla postel a noční stolek. Ostatní osobní věci se nacházely ve skříních na chodbě a klíče od nich měl pouze personál. Denní režim v ústavu byl přesně dán, budíček byl v určený čas, následovala hygiena, snídáně a další naplánované denní povinnosti. Na procházky nebo společenské akce se chodívalo vždy pohromadě, neexistovala možnost individuální procházky.

Mezi první pracovníky ústavu patřily řádové sestry, po jejich odchodu byl personál doplněn o vychovatelky. Podstatnou měrou byl zastoupen také zdravotnický personál. V ústavu se nacházely i chovanky s těžkým mentálním a zdravotním postižením, které byly umístěny ve speciálním oddělení s klecovými lůžky.

Neexistoval systém klíčových pracovníků, takže klient se obracel se svými žádostmi a problémy na pracovníky, kteří měli ten den službu a záleželo na daném jedinci, jak se sdělenou informací naložil. Klientkám se více věnovali pracovníci pro volnočasovou terapii a ergoterapii. Těchto pracovníků zde nebylo zaměstnáno mnoho, věnovali se klientkám hlavně v oboru ručních prací – šití, vyšívání, malování a keramika. Klientky s pomocí personálu vyráběly výrobky, které vystavovaly v prostorách ústavu pro veřejnost. Většinou se tímto terapiím věnovaly ty chovanky, které byly manuálně zručnější a schopnější porozumět problematice prací. Ostatní byly ponechány samy sobě, bez aktivního využití volného času. Chovanky také pracovaly v rozsáhlém parku ústavu, chodily pomáhat do zemědělského družstva, nebo vykonávaly práci pro obec. Práci vykonávaly ve prospěch ústavu nebo veřejnosti, bez nároku na finanční odměnu. Dále pomáhaly při chodu ústavu – jednalo se převážně o pomocné práce v kuchyni, prádelně a při úklidu společných prostor. Vykonávaly tuto činnost bezúplatně a byla chápána jako součást rehabilitační činnosti.

V této kapitole jsem popsala průběh péče o osoby s mentálním postižením v minulosti, kde klientky bydlely a jak trávily svůj volný čas. Z osobní zkušenosti mohu potvrdit, že se zde pořádaly výstavy ručních prací. Mnohé výrobky mě zaujaly, hlavně jejich propracovanost. Dodnes si vzpomínám na krásně tvarované labutě, vyšívky a jiné ruční práce, které dívky vystavovaly v prostorách zámku. Výstavy byly pořádány pro širokou veřejnost – byl o ně značný zájem. Jako zdroj informací o životě „na zámku“ jsem použila vyprávění bývalé vychovatelky, která v tomto zařízení pracovala a s klientkami byla v přímém kontaktu.

4.3 Podoba poskytované sociální péče v současnosti

Domov Pístina je jedním ze zařízení Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, které zřizuje Jihočeský kraj. Poskytuje pobytové sociální služby dospělým lidem s mentálním, popřípadě kombinovaným postižením, kteří potřebují v běžném životě každodenní podporu jiných lidí. V současné době zde žije šedesát klientů, pouze ženy ve věku od 30 do 68 let s věkovým průměrem 50 let. Nezbytnou podporu a péči při

zajišťování každodenních běžných činností zajišťuje tým pracovníků v přímé péči (pracovníci sociální péče, všeobecné sestry a sociální pracovníci) a nezbytní provozní pracovníci (www.domovpistina.cz).

Většina klientek v Domově Pístina obývá jedno až třílůžkové pokoje. Nevýhodou je společné sociální zařízení, kdy se o koupelnu a záchod dělí s dalšími dvaceti ženami. Nachází se zde i komfortnější apartmány. Zde bydlí ženy většinou po dvojici, někdy po trojici na pokoji. Ke každému pokoji náleží vlastní sociální zařízení. Klientky se ve většině případů zapojují do péče o svůj pokoj a společné prostory své domácnosti. Je zde poskytována celodenní strava z vlastní kuchyně, k dispozici je společná jídelna. Chtějí-li klientky posnídat a povečeřet samy, nebo v menším kolektivu, mají možnost odnést si jídlo na pokoj nebo kuchyňku své domácnosti. Pracovníci dále poskytují klientkám pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu. Jedná se o pomoc s osobní hygienou, oblékáním, přemísťováním nebo správou osobních věcí. Dále zde probíhají různé vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti – především terapeutické a volnočasové aktivity. Probíhá zde i sociálně terapeutická činnost, jsou to tréninky dovedností, zaměřené pro samostatný život klienta a jeho pracovní uplatnění. Poskytovatel služby také zajišťuje pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů při obstarání osobních záležitostí klienta. Jedná se o pomoc při jednání na úřadech, vyřizování osobních věcí apod. Klientkám je také nabízena možnost účasti na různých společenských akcích, výletech a dovolených. Zdravotní péče je v domově zajišťována všeobecnými sestrami. Pracovníci v přímé péči nebo všeobecné sestry doprovází klientky k praktickým a odborným lékařům. V případě nutnosti lékař navštěvuje pacientky přímo v zařízení ústavu. Chod Domova Pístina upravuje domovní řád (příloha č. 1). V platnost od 1. 2. 2014 vychází sazebník poskytovaných služeb (příloha č. 2), ve kterém jsou zahrnuty platné ceny za ubytování, stravu, úhrada za úkony péče a úhrada fakultativních služeb.

Sociální služba je zde poskytována tak, aby se co nejvíce přiblížila běžnému životu. Snahou je podpora klientů při plánování vlastního života, při stanovování jejich osobních cílů a podporování samostatného rozhodování. Důležitá je také jejich podpora v rozvíjení a udržení pracovních schopností pro samostatnější život. Dalším důležitým bodem je snaha podporovat vztahy klientů s rodinami a přáteli.

Domov Pístina se řídí standardy kvality sociálních služeb, které jsou závazné pro všechny sociální služby od 1. 1. 2007. Tehdy vstoupil v účinnost zákon č. 108/2006 Sb.,

o sociálních službách a jeho prováděcí vyhláška. Domov poskytuje dospělým ženám s mentálním postižením každodenní nezbytnou podporu a péči při zajištění úkonů běžného života tak, aby mohly žít co nejvíce samostatně a mohly využívat své možnosti, schopnosti a dovednosti i v přirozeném prostředí, mimo sociální službu. Do středu zájmu staví své klientky, jejich potřeby, zájmy, důstojnost a práva. Uplatňuje individuální přístup, klientky bere jako partnery a jejich spolurozhodování o průběhu služby vnímá jako důležité. Přístupuje k nim bez předsudků, věří v jejich možnosti a schopnosti. Klientky nepřipravuje na život pouze teoreticky, upřednostňuje praxi a osvojování si dovedností prožitou vlastní zkušeností. Při poskytování služby zachovává diskretnost a mlčenlivost o citlivých a osobních informacích klienta. Podporuje každodenní využívání běžně dostupných veřejných služeb a rozvíjení vztahů s místní komunitou. Rodiče, opatrovníky a rodinné příslušníky respektuje jako důležité partnery. Snaží se vytvářet domov, ne instituci (www.domovpistina.cz).

V této kapitole jsem se snažila nastínit současný trend v oblasti poskytování sociálních služeb. Poskytovatelé služby se snaží co nejvíce život v ústavní péči přiblížit tomu skutečnému, ale i jejich možnosti jsou omezené a narážejí na bariéry, které se již nedají překonat. Hlavním negativem je velká kumulace lidí v jedné budově, ti se zde neustále potkávají a musí vzájemně spolupracovat. Vzniká mikrosvět – klientky zde bydlí, vyřizují se jejich úřední věci, tráví tady svůj volný čas a vytvářejí a udržují vztahy s druhými lidmi. Je to také místo, kde jsou některé z nich zaměstnány. Díky tomu mnohé z nich zažívají jen roli „ústavního klienta“, nemohou už přijímat roli spoluobčana, souseda, klienta úřadu nebo zaměstnance. Tento způsob života nevede k začlenění do společnosti, ale naopak tyto lidi vyčleňuje a prohlubuje jejich závislost na systému sociálních služeb, který oni jen pasivně přijímají.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Probíhající přípravy k přechodu na chráněné bydlení

5.1 Vize transformace Domova Pístina

Domov Pístina se v roce 2009 zapojil do projektu Ministerstva práce a sociálních věcí pod názvem „Podpora procesu transformace sociálních služeb“. Cílem projektu je podpora přechodu lidí s postižením z velkokapacitních ústavních služeb do bydlení a služeb v běžném prostředí. Projekt je financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Účastní se ho 32 zařízení z celé České republiky. Průběh transformace je v organizaci řízen podle Transformačního plánu Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, který byl zpracován ke dni 15. 3. 2012 (www.domovpistina.cz).

V plánu je zcela opustit stávající prostory zařízení v Pístině a vybudovat koedukované chráněné bydlení pro šedesát osob s mentálním, popřípadě kombinovaným postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Chce jim nabídnout možnost žít běžným způsobem života, stát se součástí místních komunit. Zároveň chce nabídnout služby kvalifikovaných zaměstnanců v přiměřené míře, na základě individuálního přístupu a specifických potřeb jednotlivých klientů. Velmi důležitým bodem je také spolupráce a komunikace s rodinami a blízkými příbuznými klientů. Nedílnou součástí je i budování dobrých vztahů s veřejností.

Při výběru lokalit vhodných pro výstavbu byly zohledňovány již existující doprovodné sociální služby pro zdravotně postižené osoby, jako je domácí ošetrovatelská péče, denní stacionáře apod. V plánu je výstavba deseti domácností, maximálně po šesti klientech. Celkem má být postaveno osm domů, z toho dva budou dvoupatrové. Jako vyhovující lokality byly vybrány města Jindřichův Hradec, Třeboň, Lomnice nad Lužnicí a Lišov. Umístění nových služeb je směřováno na osu Jindřichův Hradec – České Budějovice. Jedním z faktorů, který vedl k výběru daných lokalit, je dostupnost veřejných a sociálních služeb, fungující veřejná doprava, možnosti stravování a zapojení se do místních spolků a organizací. V Jindřichově Hradci se budou stavět dva přízemní domy, jedna domácnost pro osoby s vysokou mírou podpory, druhá domácnost s nízkou a střední mírou podpory, dohromady pojme dvanáct klientů.

V Třeboni jeden patrový dům, pro dvě domácnosti s nízkou a střední mírou podpory, to je také dvanáct klientů. V Lomnici nad Lužnicí vzniknou dva přízemní domky a jeden patrový, to jsou čtyři domácnosti pro osoby s nízkou a střední mírou podpory, pro dvacet čtyři klientů. V Lišově se plánují dva přízemní domy pro osoby s nízkou a střední mírou podpory, pro dvanáct klientů. V každém z domů se bude nacházet jedna domácnost pro šest osob, v patrových jsou domácnosti dvě. V přízemních domech bude vždy šest jednolůžkových pokojů. V patrových je připraveno pět pokojů – čtyři jednolůžkové a jeden dvoulůžkový. Jednotlivé domácnosti nebudou vzájemně propojeny, samostatné vchody zajistí maximální možné soukromí. Domky se skládají z jednotlivých pokojů pro klienty, společné kuchyně a obývacího pokoje, koupelny, dále minimálně ze dvou toalet pro klienty a jedné pro zaměstnance. K dalšímu vybavení patří technická místnost pro pračky, kotel a komory. Pozemky, na kterých budou domy postaveny, jsou dostatečně velké s možností zahrádky a posezení. V úvahu připadá i chov drobného domácího zvířectva, ale je nutná dohoda s ostatními spolubydlícími a schopnost zajistit pro domácí zvíře krmení a další péči.

Výstavba domů dle plánu vypukne na jaře roku 2014 a stěhování celé služby by se mělo uskutečnit do 30. 6. 2015, kdy projekt končí. Toto nové bydlení se stane majetkem Jihočeského kraje a služba tak bude zajišťovat opravy a běžnou údržbu ze svého rozpočtu. Také základní vybavení domácností jako kuchyně, koupelny a obývacího pokoje zajistí majitel nemovitosti. Na vybavení domácností bude zčásti použito stávajícího zařízení domova, nebo klient použije svůj nábytek, který již v současné době mnozí z nich vlastní. Za poskytované služby bude klient platit obdobně jako nyní – za bydlení, stravu a péči. Nejvíce se změní využívání peněz z příspěvku na péči, kdy klient bude platit skutečně potřebnou míru asistence, nikoliv plošný příspěvek, jako je tomu nyní. Na konci každého měsíce se vyúčtují služby asistenta a náklady spojené s bydlením. Všechny ostatní potřeby si musí klienti hradit ze svých měsíčních příjmů nebo úspor. Objekt v Pístině bude zcela opuštěn, o jeho dalším využití rozhodne Jihočeský kraj, který je jeho vlastníkem (www.domovpistina.cz).

5.2 Motivace a praktická příprava klientek

Klientky, pracovníci a opatrovníci se již v současné době intenzivně připravují na nastávající změny. Je vypracován strategický plán „společná cesta“ – příprava k přechodu do chráněného bydlení. Od začátku roku 2013 začaly fungovat pracovní

skupiny, které jsou rozděleny na motivační, přípravnou a opatrovnickou skupinu. Úkolem motivační skupiny je s klientkami probírat probíhající změny, motivovat je pro další rozvoj a získávání nových dovedností, eliminovat jejich obavy z probíhajícího procesu transformace. Pomocí rozhovorů a dotazníků se řeší, v jaké lokalitě by chtěly bydlet, proč by tam chtěly bydlet a s kým by chtěly sdílet společnou domácnost. Některé z nich upřednostňují možnost přestěhování se blíže ke svým příbuzným, jiné preferují místo svého pobytu na základě menší dojezdové vzdálenosti do současného zaměstnání, které by si mnohé z nich rády zachovaly. Ve většině případů mají již vybrané své spolubydlící a rozhodnuto v jaké lokalitě by chtěly dále žít.

Přípravná skupina má v domově na starosti kurzy praktických dovedností. Je to jedna z možností, jak připravit klientky na život v chráněném bydlení. Kurzy vznikly z důvodu, aby se klientky mohly zapojit více do činností, které dosud v ústavním zařízení nepotřebovaly. Jedná se o kurz vaření, kurz praní prádla a kurz finanční gramotnosti. Na projekt kurzů praktických dovedností získalo zařízení finanční částku 100. 000 Kč z grantového programu Jihočeského kraje (www.domovpistina.cz).

Tyto kurzy vedou pracovníci v přímé péči. Klientky většinou mají pozitivní reakce na probíhající kurzy, nastupuje aktivita z jejich strany, už jen z toho důvodu, že se na ně samy přihlásí. Klientky, které kurzy dobře zvládají, mají motivaci pokračovat dále ve zlepšování svých dovedností. Cílem kurzu vaření je umět připravit jednoduché jídlo, používat kuchyňské nářadí a spotřebiče, zvládnout drobný úklid a stolování. Kurz začíná vzájemnou dohodou zúčastněných, co se daný den bude vařit. Nakoupí se odpovídající potraviny a začíná samostatné vaření. Klientky pracují podle receptů, zvládají to většinou bez obtíží. Pracovník musí poradit hlavně s navážením potravin. Připravují si také samy jídelníčky zaměřené hlavně na snídaně a večere. Přístup ke kurzům je individuální, některé klientky z nich mají radost a pokračují dále, jiné ho vyzkouší a podruhé již nepřijdou. Nikdo zde nikoho nenutí, aby dále pokračoval. Výsledkem kurzu je vlastnoručně vyrobená kuchařka a dobrý pocit z toho, že si klientka dovede uvařit sama, nebo s nepatrnou pomocí jídlo, na které má právě chuť.

Cílem kurzu praní prádla je zvýšit samostatnost v péči o svou osobu. Klientky poznávají, jak jednotlivé prádlo utřídit a jaké programy použít k praní. Učí se také žehlit, skládat a uklízet vyprané prádlo. Je to jedna ze základních dovedností, kterou budou v samostatné domácnosti potřebovat. Zatím za ně prala prádelna a žehlily klientky, které na tuto práci měly dohodu o provedení práce.

Dalším kurzem je kurz hospodaření s penězi. Cílem je poznávání peněz, pojmenovávání jejich hodnoty, skládání a počítání peněz bez znalostí matematických operací. Klientky jsou vedeny k tomu, aby věděly, co za jaké peníze mohou koupit, kolik stojí chleba, káva nebo různé výrobky denní potřeby. Teoreticky získané zkušenosti se snaží uplatňovat v praxi při běžných nákupech. I zde se vyskytují markantní rozdíly mezi jednotlivými klientkami. Některé zvládají finance dobře, nepotřebují pomoc, jiné nazývají peníze „korunkami“ a nerozeznávají jejich hodnotu. Kurzy mají dopomoci klientkám posunout se o krok blíž k samostatnějšímu životu.

Úkolem opatrovnické skupiny je komunikace s opatrovníky, rodinnými příslušnými a blízkými osobami klientek. Opatrovníci se dovídají nové informace o probíhajících i stávajících věcech cestou individuálního osobního setkání, pomocí internetu a písemně. Jednou ročně se koná cílené setkání s opatrovníky a rodinami klientek.

Další velkou změnou je rozdělení klientek do domácností, dříve to byla oddělení. V současné době je zde šest domácností, které se liší různou mírou nutné podpory klienta. Domácnosti jsou přípravou na pobyt v menší skupině lidí, jak tomu má být později v chráněném bydlení. Každá domácnost má svou kuchyň a společenskou místnost.

V domácnosti číslo jedna jsou pouze tři klientky s těžkým mentálním i kombinovaným postižením. Je to skupina s nejvyšší mírou podpory. Pracovnice v přímé péči se snaží s těmito klientkami dělat jednoduché úkony, používají metody alternativní a augmentativní komunikace. Tento typ komunikace se snaží lidem se závažnými komunikačními poruchami pomoci vzájemně reagovat a účinně se dorozumívat v takovém rozsahu, aby se mohly zapojit do společnosti a více rozhodovat o svém životě.

Domácnost číslo dvě se skládá z šesti klientek s nejvyšším věkovým průměrem. Jsou zde i ženy těžce chodící, některé na vozíku. Část klientek tvoří autisti, vyskytuje se tu i Downův syndrom. Z jejich strany se projevuje snaha zapojit se i do společných aktivit, jako je vaření a úklid. Svůj volný čas tráví převážně prohlížením časopisů, hrou s míčem nebo se pokoušejí hrát na hudební nástroje (činely). Mají rády procházky po okolí, sledují přírodu. Jezdí s personálem na výlety, nejčastěji do města do cukrárny a také do solné jeskyně.

V domácnosti číslo tři je třináct klientek, jsou zde ženy s vyšší mírou mentálního postižení a je zde také vysoký věkový průměr. Klientky z této domácnosti se zapojují do

prací na „ranči“, který je součástí zdejšího zařízení. Zde se starají o drobné hospodářské zvířectvo, pěstují zeleninu, jak ve skleníku, tak na venkovních záhonech. Starají se také o velkou ovocnou zahradu, v létě suší seno a štěpkují větve. Některé z nich pracují v čajové dílně, která je v areálu zařízení. Naplňují krabičky podle předem připravených vzorů různými druhy čajů a ty poté od nich na základě dohody odebírá firma BIOGENA. Tato práce je prací sjednanou na dohodu o provedení práce a klientky jsou za ni placeny. Podílejí se také na výrobě adventních věnců a jiných výrobků, které později prodávají na různých akcích a trzích.

Ve čtvrté domácnosti je deset klientek, složením je podobná třetí domácnosti. Z této skupiny jedna klientka dojíždí do Žirovnice, kde pracuje v knoflíkářském závodě. Do zaměstnání se s dalšími klientkami zařízení dopravuje služebním autem. Pracují zde na šestihodinový úvazek, do práce odjíždí po snídani, oběd mají v závodní jídelně na pracovišti, zpět se vrací kolem 15:00 hod.

V páté domácnosti je třináct klientek a jsou většinou pracující. Některé odjíždějí za prací do již zmiňované Žirovnice, jedna klientka pracuje přímo v Pístině, na farmě u soukromého zemědělce p. Houšky. Je zde zaměstnána po celý rok a vykonává různé práce nutné v zemědělství. Další klientky jsou v domově zaměstnány na dohodu o provedení práce, a to v místní prádelně a jídelně. Tyto klientky jsou manuálně zručné, samostatné, ovládají různé přístroje a rozumí jim. Dále se zabývají i ručními pracemi – pletou, vyšívají, malují a své výrobky prodávají na různých akcích.

Klientky šesté domácnosti jsou ubytovány v apartmánech s vlastním sociálním zařízením. Mají nejnižší míru podpory, jsou v mnoha věcech zcela samostatné. Svě pokoje si udržují samy, uklízí a perou si také samostatně. Často si vaří na kuchyni své domácnosti a to převážně snídane a večeře. Jsou zaměstnané, dojíždějí do Žirovnice, jedna pracuje na farmě v Pístině.

Každá jednotlivá domácnost má svého vedoucího, který koordinuje a spravuje danou domácnost. Je to jeden z kroků pro přípravu řízení domácností při přechodu do chráněného bydlení. Dále zde funguje systém klíčových pracovníků. Každý klient má svého klíčového pracovníka a sestavený individuální plán, který sestavuje klíčový a sociální pracovník. Klíčový pracovník má v průměru na starosti 3 – 4 klientky. Individuální plány obsahují výčet konkrétních dovedností a způsobů jejich osvojení. Klient se učí nové věci prakticky a vlastní zkušeností. Pro názornost popíši část individuálního plánu klientky, která se chce naučit jezdit na kole. Klientce se za její

peníze nakoupí kolo a nutné cyklistické vybavení. Začíná se učit s pomocí pracovnice v přímé péči, nejdříve jen v okolí domova, později v obci Pístina, kde je malý provoz. Vše se zapisuje do jejího individuálního plánu, například kdy se rozhlédla, kdy ne, zda správně zastavila, zda dala přednost v jízdě atd. Po zvládnutí základů jízdy na kole a provozu po komunikaci, může klientka odjet do většího města, třeba do Stráže nad Nežárkou, kde je provoz rušnější. A opět se zapisuje, co klientka zvládla, co je třeba lépe nacvičit a zdokonalit. To samé platí i o kurzech, které se klientky navštěvují. Do plánu se zapisuje, jak kurzy probíhaly, co už se samy naučily a zvládly, s čím by potřebovaly pomoci.

Jedním z dalších kroků směrem k přechodu zařízení k chráněnému bydlení je snižování počtu všeobecných sester na zdravotním úseku v Domově Pístina. Nový typ služby již nebude využívat vlastního zdravotnického personálu. V případě složitějších ošetrovatelských úkonů se naskytuje možnost služeb *home care*, nebo návštěvní služby praktického lékaře. Klientky se postupně s pomocí personálu učí užívat předepsané léky, masti a inzulinové injekce. Také pracovníci v přímé péči se učí manipulovat s léky, jelikož při přechodu na novou službu budou tyto činnosti a pomoc klientkám zajišťovat ve většině případů sami. V současné době pracují v domově tři zdravotní sestry. Během roku 2014 se počítá se snížením na dvě a v roce 2015 dojde k ukončení jejich činnosti. Klientky na vyšetření a ošetření k praktickým a odborným lékařům budou doprovázet jejich asistenti. Dnes tuto službu provádějí ve velké míře pracovnice v přímé péči.

Další důležitou zkušeností klientek jsou jejich návštěvy v již fungujícím chráněném bydlení, různé rekreace a výlety spojené s pobytem mimo zařízení. Jedním z příkladů může být týdenní pobyt v Klokotech u Tábora. Klientky byly ubytovány se svými asistenty v bývalé škole. Vše zde bylo koncipováno jako přirozená příprava na bydlení v domcích. Od plánování jídelníčku, přes nákupy, přípravu jídla, prostírání, samotné vaření a úklid domácnosti. To vše si klientky zajišťovaly samy pouze s nezbytnou dopomocí asistentů. Jedna z dalších exkurzí vedla do Klatov, kde si prohlédly již fungující chráněné bydlení (www.domovpistina.cz).

Vedení Domova Pístina také zařizuje svým klientkám návštěvy lokalit, kde vznikne nové chráněné bydlení. Mimo tyto aktivity putovala po jihočeských městech a vesnicích výstava fotografií nazvaná „Cestou změny ke kvalitě života“. Byla zakončena v měsíci září 2013 v Českých Budějovicích. Tato výstava s připojenými komentáři poukazuje na

propastné rozdíly mezi kvalitou života ve velkých ústavech a možnými alternativami normálního života. Na podzim roku 2012 byl natočen filmový spot „Blbá dovolená“ na podporu transformačního procesu. Tento spot ukazuje v mírné nadsázce na některé situace, ve kterých se běžně ocitají klienti ústavní péče, a současně představuje budoucnost sociální služby. Jednu z hlavních rolí si zahrála i klientka zdejšího domova (www.domovpistina.cz).

5.3 Úprava způsobilosti k právním úkonům

Vzhledem k přípravě na probíhající změny vystává také otázka způsobilosti k právním úkonům. Osoby se zbavenou způsobilostí k právním úkonům nemohou činit právní úkony, přesto jim zůstávají lidská práva. Zákon přiznává každému člověku právo (např. na práci), ale ne již způsobilost k právnímu úkonu (uzavření pracovní smlouvy). Pro nezávislý život člověka v komunitě je možnost jednat právně samostatně nebo s určitou mírou nezbytné podpory nutností. Dokud klientky žijí v ústavním zařízení, není tato skutečnost natolik patrná. S mnoha věcmi, které souvisejí s běžným životem, se zatím nesetkaly.

V Domově Pístina je vysoké procento osob plně zbavených způsobilosti k právním úkonům. Jako jeden z cílů příprav k transformaci zařízení je dosáhnout změn rozsudků, cíleně pracovat na větší samostatnosti klientek, podporovat jejich samostatné rozhodování a řešení osobních záležitostí. Je žádoucí vytipovat klientky, u nichž by bylo vhodné podat návrhy na vrácení způsobilosti k právním úkonům nebo jejich zmírnění (omezení).

Velmi důležitá se také jeví spolupráce s opatrovníky těchto klientek. Na základě údajů z Transformačního plánu Domova Pístina vyplývá, že dvacet klientek má za opatrovníka obec a třiceti sedmi klientkám dělá opatrovníka osoba blízká. Proto je nutné být s opatrovníky v častém kontaktu, jednat s nimi o případných návrzích na vrácení způsobilosti k právním úkonům nebo na jejich zmírnění. Pokusit se za jejich pomoci podat návrhy na změnu způsobilosti k příslušným soudům (www.domovpistina.cz).

6 Provedení výzkumu - zhodnocení probíhajících příprav klientek Domova Pístina

V této poslední kapitole se zaměřím na cíl praktické části bakalářské práce a na vlastní šetření. Stanovím si cíl výzkumu, metodu získávání dat, charakteristiku výzkumného souboru, způsob a místo získávání dat.

Výzkumný cíl: Zjistit dosavadní míru připravenosti klientek Domova Pístina na plánovaný přechod do chráněného bydlení.

Metoda výzkumu: Ve vztahu k cíli výzkumu jsem preferovala kvalitativní výzkum, použila jsem metodu polostrukturovaný rozhovor. Pro soubor číslo jedna – klientky jsem měla připraveno dvacet rámcových otázek. U souboru číslo dvě – pracovníci v přímé péči, jsem měla vytvořeno deset rámcových otázek.

Charakteristika výzkumného souboru: Výzkumné soubory jsem použila dva, jelikož jsem chtěla mít pro dosažení výzkumného cíle ucelenější pohled na danou problematiku. Jeden soubor tvořilo pět klientek Domova Pístina a jako druhý soubor jsem zvolila pět pracovníků v přímé péči téhož zařízení, kteří jsou s klientkami v každodenním styku.

Soubor číslo jedna – klientky. V Domově Pístina nejsem zaměstnána, ale zaujala mě problematika procesu transformace sociálních služeb, a proto jsem zažádala cestou vedení tohoto zařízení o možnost vykonávat zde praxi, dle předem domluvených termínů. Zajímal jsem se o dosavadní život klientek, jejich názory a zájmy, prošla s nimi různé aktivity. Chtěla jsem vytvořit vztah založený na vzájemném poznání a důvěře, aby následující rozhovory mohly probíhat v přátelské atmosféře. Respondentkami byly klientky šesté domácnosti (2), klientky páté domácnosti (2) a klientka čtvrté domácnosti (1). Tři z nich mají nízkou míru podpory a dvě střední míru podpory pomoci druhé osoby při zvládání úkonů běžného způsobu života.

Soubor číslo dva – pracovníci v přímé péči. Uskutečnila jsem rozhovory s pracovníci různých domácností (dříve oddělení). Každá domácnost vykazuje určitá specifika a je zde nutná jiná míra podpory klienta. Pracovníci jsou v každodenním kontaktu s klientkami a podílejí se značnou měrou na získávání a posilování jejich kompetencí pro samostatnější život.

6. 1 Soubor číslo jedna – klientky Domova Pístina

Průběh rozhovorů s klientkami

Na základě připraveného písemného podkladu jsem kladla jednotlivě otázky pěti vybraným respondentkám. Rozhovory probíhaly v zařízení Domov Pístina. Tři se uskutečnily ve společenské místnosti, za přítomnosti pracovníka v přímé péči a dva v pokoji klienta, bez přítomnosti pracovníka. Rozhovory jsem vedla s klientkami osobně. K zaznamenání rozhovorů jsem použila diktafon a získané odpovědi jsem později zpracovala do písemné formy. Použití diktafonu jsem s klientkami konzultovala, předvedla jim, na jakém principu přístroj funguje a proč s ním pracuji. Preferovala jsem ho z důvodu předpokládaného přerušování rozhovorů a také z důvodu rychlejšího záznamu – písemná forma záznamu je pomalejší a rozptylovala by jejich pozornost. Před začátkem samotných rozhovorů jsem se snažila navodit příjemnou atmosféru a hovořit s respondentkami o běžných věcech, aby se lépe uvolnily. Diktafon jsem dala mimo zorné pole klientek, aby je nerozptyloval a nepřiváděl do rozpaků. Domnívám se, že odpovídaly podle svého názoru a neměly potřebu něco předstírat, či hledat za mými otázkami další úmysl. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30 – 50 minut.

Obsah rozhovorů

Obsahem rozhovorů byly otázky, týkající se samostatnosti a samoobslužnosti klientek. Získávání jejich nových dovedností, jako například používání domácích spotřebičů, vaření, samostatné užívání léků, hospodaření s finančními prostředky a podílení se na některých činnostech při chodu domácnosti.

První část otázek se týká věku respondentek a délky jejich pobytu v ústavní péči.

Druhá sada otázek je zaměřena na již získané dovednosti a míru samoobslužnosti klientek (*Které spotřebiče již používáte sama?, Uklízíte a staráte se sama o své osobní věci?*).

Třetí část otázek se zabývá integrací klientek (*Snažíte se navazovat kontakty s ostatními lidmi, chodíte na návštěvy, navštěvujete kulturní akce?, Máte zaměstnání, jaké zaměstnání?, Jak se do zaměstnání dopravujete?, Využíváte služeb v místě bydliště, kadeřníka, kavárnu, společné obědy v restauraci?*).

Ve čtvrté sadě otázek se ptám na budoucnost a jejich očekávání od probíhajících změn (*Máte už konkrétní představu s kým a v jaké lokalitě chcete bydlet?, Na co se těšíte, až budete bydlet v chráněném bydlení?*).

Poslední část je směřována k současnému bydlení. Co zde klientkám vyhovuje a naopak co se jim nelíbí.

Do rozhovoru jsem zavedla i problematiku vztahující se způsobilosti k právním úkonům.

Obsahem rozhovorů jsou tyto kategorie:

- informace týkající se osoby respondenta – č. 1, 2, 3,
- otázky zaměřené na získané dovednosti – č. 4, 5, 6, 7, 8,
- integrace klientek – č. 9, 10, 11, 12, 13,
- otázky týkající se nového způsobu života – č. 15, 16, 17, 18, 19, 20,
- srovnávací otázka – č. 14.

Analýza rozhovorů

Polostrukturovaným rozhovorem s pěti respondentkami jsem získala data, která dále analyzuji. Zjištěná data vyhodnocuji podle jednotlivých otázek, ale není tomu tak vždy, pokud otázky k sobě náleží, vyhodnocuji je společně. Získaná data jsem setřídila podle okruhů, ke kterým náleží.

Otázky, které jsem během rozhovorů použila, uvádím pro účely této analýzy ve zjednodušené formě. Kompletní seznam otázek pro klientky – příloha č. 3, pro pracovnice v přímé péči – příloha č. 4.

a) Vyhodnocení informací, týkajících se klientek Domova Pístina

Jako první vyhodnocuji informace, týkající se osob respondentek.

Otázky č. 1, 2, 3.

- Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Rozmezí věku bylo od 32 do 60 let, jen jedna klientka nebyla schopna přesně uvést svůj věk, řekla: „Z hlavy si to nepamatuji asi 40 nebo 43 nevím, abych nelhala, nepamatuji si to.“

- Otázka č. 2 a 3: Jak dlouho pobýváte v ústavní péči a kde jste bydlela před pobytem v ústavu?

Dvě respondentky sdělily, že žily několik let s rodiči a později v různých ústavech, nyní jsou tak dvacet let v tomto zařízení. Další dvě respondentky jsou v zařízení již od dětství, s rodiči nikdy nežily. Jedna respondentka je zde od smrti své maminky (od r. 2008).

b) Vyhodnocení otázek, zaměřených na získané dovednosti klientek

V této kapitole vyhodnocuji informace, získané z otázek, které se zabírají dosud získanými dovednostmi a mírou samoobslužnosti klientek, která je velmi důležitá pro jejich přechod z ústavní péče do chráněného bydlení.

Otázky č. 4, 5, 6, 7, 8.

- Otázka č. 4 a 7: Připravujete se na samostatný život, již nyní zčásti vedete život podobný tomu, co Vás čeká v chráněném bydlení. Kolik Vás bydlí na pokoji? Máte samostatné sociální zařízení? Uklízíte si sama pokoj i své osobní věci? Připravujete si některé jídlo sama?

Tři respondentky uvádějí, že bydlí na pokoji po dvou, mají své sociální zařízení: „Záchod a koupelnu máme jen samy pro sebe.“ Další dvě respondentky bydlí samostatně na pokoji, záchod a koupelnu mají společnou s ostatními. Ty naopak uvádí, že jim nevadí společné sociální zařízení. Pokoj si všechny respondentky uklízí a udržují samy: „Naučila jsem se s mopem, máme ten s tím vozíkem a to mě baví.“ Utírají samy prach, vytírají a udržují si své osobní věci v pořádku. Jedna z respondentek má na pokoji ptáčky (zebričky), o které se sama stará, krmí je, uklízí klec a celkově po nich uklízí. Oblečení si chystají samy: „Sleduju každý den v televizi počasí, abych věděla, co si druhý den do práce vezmu na sebe.“ Co se týče jídla, uvádějí shodně všechny respondentky, že si některé jídlo uvaří již zcela samy, například: „Vařily jsme si již samy bramboračku, vajíčkovou polévku, brambory a řízek.“ Čtyři z respondentek si dole v jídelně připraví snídani a večeři. Jídlo si odnesou k sobě na kuchyňku domácnosti nebo přímo na pokoj. Jedí raději v menším kolektivu nebo samy: „Jíme raději samy, odnese si to nahoru do domácnosti a máme klid.“ Jedna z této čtveřice si chodí raději nakupovat svoje snídane: „Nejraději mám ohřátý párek a rohlík.“ Pátá z respondentek upřednostňuje společnou jídelnu: „Jím snídani a večeři raději pohromadě s ostatními v jídelně.“ Na oběd chodí všechny do společné jídelny, pouze ty, co pracují v Žirovnici, mají obědy v týdnu na pracovišti. „Na obědy chodím do jídelny, jsou tu tři druhy jídel, výtečně vaří, pak přijedeme domů, udělám si kafe a odpočinu si,

pak je večere a pak se dívám na televizi.“ Domluví-li se klientky s pracovníky, je tu možnost odhlásit si oběd nebo večeři a dojít si nakoupit suroviny. Poté si mohou jídlo uvařit dle jejich chuti a výběru, buď společně, nebo individuálně. Tři respondentky si umí uvařit bez pomoci: *„Nepotřebuji nikoho, ráda si dělám těstovinový salát, mám ráda obalovaný sýr s hranolkami nebo kroketami.*“ Jedna vaří jen jednoduchá jídla a poslední si nejraději hotové jídlo ohřívá.

- Otázka č. 5: *Učíte se získávat nové dovednosti, které jsou důležité v běžném životě, které domácí spotřebiče už používáte sama?*

Všechny respondentky shodně uvedly, že ovládají televizi, rádio, varnou konvici a mikrovlnou troubu. Dvě z respondentek zatím nezvládají sporák. Ten se nyní učí ovládat, ostatní ano. Pračku a žehličku zvládají všechny dotazované. Mobilní telefon ovládají dvě: *„Mobilní telefon mám taky, esemesky cvakám, jen to hvízdá.“* Jedna z klientek ovládá počítač, ten je její vlastní: *„Ráda poslouchám skupinu Kabát, poslouchám písničky, nikam moc nechodím, jsem ráda u počítače, hraju často hry.“* Další z respondentek vlastní fotoaparát, chodí ráda fotit do přírody. Jedna z respondentek uvedla, že si od kamarádky půjčuje toustovač.

- Otázka č. 6: *Chodíte sama mezi lidi, kam chodíte sama a kde potřebujete pomoc asistenta?*

Všechny respondentky shodně uvedly, že chodí samy na procházky a na nákupy do Pístitiny, nebo do vzdálenější Stráže nad Nežárkou: *„Chodíme nakupovat a na procházky do Stráže do krámu pro kafe, potraviny a drogerii.“* Jedna z respondentek chodí na návštěvy a kávu přímo v Pístině, má zde mnoho známých. Společně s asistenty jezdí do města většinou do kavárny nebo na nákupy. Vzhledem k tomu, že je v obci Pístitina špatná dopravní obslužnost, musí respondentky využívat k cestám do okolních měst služebních aut domova. Všechny respondentky zvládají cestu do Stráže, nebo Stříbce ke kadeřníkovi. Tuto službu si obstarají samy: *„Chodím ke kadeřnici do Stříbce, barvit a stříhat vlasy, chodím tam sama.“* Jedna z respondentek uvádí, že nepotřebuje nějak zvláštní pomoc v doprovodu k lékaři: *„Nepotřebuji moc pomoc pracovníka, jen u doktora, aby pracovník věděl, že jsem tam u toho doktora byla, sama si vyřídím očního i kožního.“*

- Otázka č. 8: Užíváte léky a jakým způsobem?

Čtyři respondentky odpověděly, že léky si zvládají dávat samy, nikoho k tomu nepotřebují. Jedné respondentce personál pomáhá: „*Léky mi drtější, mají drtítko, nepolykám je celé, po jídle je jím, dávají mi je, pak musím půl hodiny sedět, musí mě hlídat.*“

c) Integrace klientek

V této podkapitole se budu zabývat integrací klientek a jejich snahou navazovat kontakty s lidmi mimo ústavní zařízení.

Otázky č. 9, 10, 11, 12, 13.

- Otázka č. 9: Snažíte se navazovat kontakty s ostatními lidmi, v obci, jezdíte na návštěvy, navštěvujete kino nebo jiné kulturní akce?

Dvě respondentky odpověděly, že chodí na návštěvy hlavně v obci Pístina na farmu, kde jedna z nich pracuje. Jinak se kamarádí jen s „holkama“ tady v ústavu. Třetí respondentka nechodí sama na návštěvy nikam, nejraději je doma. Další z respondentek udržuje intenzivní kontakt s kolegyněmi z práce, často si s nimi píše: „*Kontakty udržuji s lidmi v práci, já mám dost kamarádů, hodně se ptají jak se mám, hodně si píšeme esemesky.*“ Poslední z respondentek chodí často na návštěvy, má hodně známých přímo v obci Pístina a dále navštěvuje i svou bývalou vychovatelku ze Stráže nad Nežárkou. Co se týká návštěv města nebo kulturních akcí, navštěvují je společně s personálem. Chtějí-li se zúčastnit třeba některého koncertu (Karel Gott, Michal David), tak si cestou pracovníků zařídí lístky a společně s pracovníkem tento koncert navštíví. K cestě používají služební vozidla, na jehož provozu se klientky finančně podílejí.

- Otázka č. 10 a 11: Máte zaměstnání, na kolik hodin denně pracujete, co děláte a jak se do zaměstnání dopravujete?

Všechny respondentky jsou zaměstnané. Jedna pracuje přímo v areálu Domova Pístina, kde balí různé druhy čajů do krabiček a odpoledne pomáhá s úklidem v domově, což má také placené. Druhá je zaměstnána v obci Pístina na farmě p. Houšky: „*Pomáhám sbírat kameny, hrabu trávu, seno, mají tam ovce a krávy a pávy, chodím tam každé ráno po snídani a na oběd chodím domů.*“ Tyto klientky za práci nikam nedojíždí, mají zaměstnání v místě svého pobytu. Tři respondentky jsou zaměstnané v knoflíkářském závodu v Žirovnici. Všechny tři práce baví a rády tam jezdí: „*Chodím do práce do Žirovnice, tam nás vozí autem, vyrábí se tam knoflíky, já to*

tam meju a leštím a vedoucí mi řekne, co mám dělat, stravuji se tam, dělám do půl třetí, moc mě to tam baví.“ Jak vyplývá z předcházející věty, klientky jezdí do práce služebním autem a finančně se podílejí na provozu auta. V práci jsou všechny spokojené, chtěly by si práci zachovat i nadále v novém bydlení. Pokud by to bylo možné, všechny tři respondentky by rády pokračovaly v současném zaměstnání, které je baví a mají tu známé. Respondentka, která pracuje na farmě, by v budoucnu také ráda našla práci podobnou té, co vykonává nyní. Respondentka, která pracuje při balení čajů, by také ráda zůstala zaměstnána.

- Otázka č. 12 a 13: *Učíte se hospodařit s penězi, hospodaříte sama s nějakou částkou? Co si sama kupujete a co s pomocí pracovníka v přímé péči? Jste způsobilá k právním úkonům?*

Čtyři respondentky se s penězi učí hospodařit. Mají nižší kapesné, kolem 300,- Kč za které si kupují hlavně kávu, cigarety a jiné potraviny. Jedna respondentka má kapesné 1000,- Kč. Ta je zcela samostatná. Větší nákupy konzultuje s klíčovým pracovníkem: „*Kupuju jen docela důležité věci, ne kraviny, nakupujeme společně třeba boty nebo se mě zeptá, co potřebuju.*“ Další z respondentek si chce koupit MP3 přehrávač na cesty autem do práce. O tomto nákupu se také radí s klíčovým pracovníkem. Zbývající tři respondentky se teprve učí na kurzu hospodařit s penězi. Umí rozeznat kovové mince, co je desetikoruna, dvacetikoruna a padesátikoruna: „*Jdu si koupit kafe a musím zaplatit velkou hnědou (padesátikoruna), to mi na to stačí.*“ Tři z respondentek mají opatrovníka, nemají způsobilost k právním úkonům. Dvě respondentky jsou způsobilé.

d) Vyhodnocení otázek zaměřených na očekávání nastávajících změn

Otázky této podkapitoly jsou zaměřeny zejména na očekávání nastávajících změn. Jelikož se jedná o budoucnost respondentek, kterou si mnohé klientky ještě neumí zcela reálně představit, některé otázky jsem spojila. Na některé položené otázky mi respondentky nebyly schopny odpovědět.

Otázky č. 15, 16, 17, 18, 19, 20.

- Otázka č. 15 a 16: *Máte už vybrané místo, kam se chcete přestěhovat a s kým chcete bydlet?*

Tři z respondentek se chtějí stěhovat do Lomnice nad Lužnicí. Dvě z nich chtějí bydlet spolu, protože jsou sestry a budou mít blíže k třetí sestře, která bydlí v Písku.

Třetí respondentka chce také do Lomnice nad Lužnicí, protože zde bude více domků a také větší počet známých klientek: „*Chci do Lomnice, tam bude víc baráčeků a bude nás tam víc pohromadě.*“ Spolubydlící vybranou nemá, nejraději by bydlela sama. Čtvrtá se těší do Třeboně: „*Chtěla bych do Třeboně, já chci město, jsem holka z města a chci zase do města.*“ Spolubydlící už má vybranou. Poslední respondentka chce bydlet v Jindřichově Hradci, protože by ráda dojížděla do stávajícího zaměstnání v Žirovnici. Spolubydlící vybranou nemá, a ani neví, s kým by chtěla bydlet.

- Otázka č. 17 a 18: *Budete chtít i nadále využívat služeb současného personálu a jaké jiné služby budete chtít využít v místě svého nového bydliště?*

Všech pět respondentek se shodlo na tom, že by rády využívaly služeb stávajícího personálu. Ve většině případu odpovídaly: „*Chci ty samé pracovníky, protože je znám, nechce se mi to měnit.*“ K využívání jiných služeb se vyjádřily jen tři respondentky, zbylé dvě odpověděly, že neví. Chtějí určitě využívat v místě nového bydlení hlavně doktory, kadeřníka a kavárnu: „*Zajít si s holkama na oběd, do kavárny na kávu a zákusek.*“

- Otázka č. 19: *Chtěla byste si v novém bydlišti najít práci, máte představu jakou?*

Všech pět respondentek shodně vypovědělo, že by práci chtěly, většinou takovou, jakou mají v současnosti. Jedna respondentka se chce stěhovat do Jindřichova Hradce, aby mohla dojíždět do práce do Žirovnice a nemusela si hledat jinou práci. Dvě respondentky nemají představu, nejraději by dělaly ruční výrobky v chráněné dílně: „*Představu nemám, asi vyšívání, chodila bych tam, co dělají ruční práce, ráda bych pracovala, nechci být doma.*“

- Otázka č. 20: *Na co se těšíte a jaké změny očekáváte, až budete bydlet v chráněném bydlení?*

Čtyři respondentky odpověděly kladně, že se na nové bydlení těší, pátá se na nic netěší, neumí si to představit. Hlavním důvodem, proč chtějí do menších domácností, je větší klid bez hádek a dohadů: „*Těším se na klid, budu moc nechat buchtu na stole nebo klíče a vím, že je tam zase za hodinu najdu, nebude se tam tak krást jako tady a já se nebudu muset zamykat jako tady.*“ Dvě respondentky se těší, že si pořídí malého psa a budou mu moci kupovat granule a starat se o něho.

- Otázka č. 14: Co se Vám líbí a nelíbí v Domově Pístina?

Všech pět respondentek je spokojeno s okolím a přírodou kolem zařízení. Preferují procházky do lesa, kde sbírají různé přírodní materiály na výrobu věnečků a jiných ručně dělaných výrobků. Dvěma z nich vyhovuje, že mohou chodit na farmu za zvířaty. Jedna ráda pracuje na místním „ranči“, baví ji zahradničit a starat se o drobné zvířectvo, které zde mají. Tato klientka je v Pístině spokojená, dobře to tu zná a má zde mnoho přátel. Za velmi negativní považují tři respondentky hluk, hlavně v jídelně: *„Nelíbí se mi tady ten kravál, holky se věčně hádají, křičejí, napadají se, krade se tu, já se vždycky seberu a jdu pryč.“* Třem respondentkám vadí velké zařízení a moc lidí pohromadě. Chybí jim více soukromí. Další nevýhodou je malá obec – vše je daleko od města. Jedna z respondentek se vyloženě těší na přestěhování do většího města, kde bude mít více možností. Dvěma respondentkám nevadí nic, nenachází na současném stavu žádná negativa, jsou zde spokojené.

6.2 Soubor číslo dva – pracovníci v přímé péči

Průběh a obsah rozhovorů s respondentkami

Pro pracovníce v přímé péči jsem si připravila polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval deset otázek zaměřených k cíli mé bakalářské práce. Jako výzkumný vzorek jsem oslovila pět pracovníků v přímé péči, které jsou zde zaměstnány v průměru čtyři roky. Zároveň jsem preferovala, aby každá z nich pracovala v jiné domácnosti (dříve oddělení), jelikož se od sebe odlišují skladbou klientů a nutnou mírou jejich podpory. Všechny domácnosti a jejich specifika jsem již popsala v teoretické části této práce. Rozhovory jsem prováděla individuálně, v soukromí, aby byl dostatek času a prostoru pro vyjádření názoru dotazovaných. Postup byl obdobný jako u klientek. K zaznamenání rozhovorů jsem použila diktafon a poté jsem odpovědi zpracovala do písemné formy. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 40 – 60 minut.

Obsahem rozhovorů byly otázky, směřující k přípravám klientek na transformaci zařízení z hlediska pracovníků v přímé péči. První soubor otázek byl zaměřen na to, jak pracovníce vidí probíhající přípravy klientek na tuto změnu (*Jeví se Vám přípravy dostatečné? Jak na ně reagují klientky, jakou měrou se podílejí na přípravných kurzech?*).

Další sada otázek se týkala přímo pracovníc a jejich příprav na tuto změnu (*Jak vidíte své profesní působení po zrušení zařízení? Těšíte se na změny? Jste včas informováni o probíhajících změnách?*).

Dále jsem se ptala, jaký přínos vidí ze svého hlediska v plánované změně, jak pro klientky, tak pro sebe. Také jsem se ptala, jak vnímají výhody a nevýhody současného zařízení.

Obsahem rozhovorů jsou tyto kategorie:

- otázky zaměřené a přípravu klientek – č. 1, 2, 3, 4,
- otázky zaměřené na přípravu pracovníků v přímé péči – č. 7, 9,
- otázky zaměřené na možné budoucí působení pracovníků – č. 6, 8, 10,
- srovnávací otázka – č. 5.

Analýza rozhovorů

Pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru jsem získala data, která dále analyzuji. Postup je shodný jako u vzorku respondentů prvního souboru.

a) Vyhodnocení informací, týkajících se přípravy klientek

Jako první vyhodnocuji otázky, zaměřené na přípravu klientek.

Otázky č. 1, 2, 3, 4

- Otázka č. 1: Připravuje se k transformaci zařízení, máte celkem 60 klientek s věkovým průměrem 50 let, myslíte si, že pro všechny klientky bude změna přínosem?

Všech pět respondentek se shodlo na tom, že transformace zařízení nebude přínosem pro všechny klientky. U některých z nich je již důchodový věk, tudíž si budou velmi těžko zvykat na nové podmínky. Mnohé z nich jsou v ústavu již od dětství. Zde hraje velmi důležitou roli opět velmi vysoký věk a dlouhá doba pobytu v ústavní péči, která se u nich projevuje nechutí a obavami z jakékoliv změny. Přínos vidí hlavně pro ty zdatnější a schopnější, s nižším věkovým průměrem.

- Otázka č. 2, 3 a 4: Jak se Vám jeví přípravy směřující k transformaci zařízení, jsou dle Vašeho mínění dostatečné a jsou klientky připravovány po všech stránkách? Jak probíhají konkrétní přípravy klientek? Podílejí se na nich všechny klientky aktivně?

Respondentky shodně uvedly, že přípravy na probíhající změny jsou dostatečné. Přípravují se jak klientky, tak pracovnice v přímé péči i vedoucí pracovníci. Přípravy probíhají přibližně od začátku roku 2013. Zde jsou ustanoveny dvě základní skupiny – motivační a přípravná: „*Motivační má klienty motivovat, proč se mají na transformaci těšit, vysvětlovat, že budou menší domácnosti, bude to klidnější, to co je čeká a přípravná je zaměřena na kurzy praktických dovedností.*“ Již delší dobu probíhají tři kurzy: vaření, praní a hospodaření s penězi. Kurzy jsou dobrovolné a klientky na ně reagují většinou pozitivně. Je to velmi individuální záležitost. Větší aktivita se projevuje u mladších klientek a těch, které v zařízení nepobývaly dlouhodobě. Ženy, které jsou v ústavní péči již velmi dlouho, ve většině případů například kurz vaření nebaví. Zkusí to jednou, dvakrát a pak: „*Raději jdou na jídlo do jídelny, je to pro ně jednodušší, nemusí pak po sobě uklízet a o nic se starat.*“ Některé z nich ovládají již většinu domácích spotřebičů, ale opět jsou tu značné rozdíly mezi jednotlivými klientkami. „*Když se jim něco povede a jsou pochváleny, je to pro ně velkým přínosem, stoupne u nich sebevědomí. Na kurzy reagují většinou pozitivně, chodí na ně hlavně čtvrtá a pátá domácnost, šestá domácnost to umí, ostatní chodí jen výjimečně.*“ Co se týká kurzu finanční gramotnosti, pomáhá klientkám s rozpoznáváním peněžních hodnot, protože mnohé klientky neznají hodnotu peněz, nemají představu, co kolik stojí. Zatím nakupují ve známém prostředí, v malém krámku, kde je všichni znají a s nákupem jim pomohou. V budoucnu bude v mnoha případech nutná pomoc asistenta. Některé klientky kurzy neovládají, nebo se jich nezúčastňují kvůli svému zdravotnímu stavu, nebo míře postižení. Každá z klientek má vytvořený svůj individuální plán, na jehož základě dochází k rozvíjení jejich dalších schopností a dovedností.

b) Vyhodnocení otázek týkajících se přípravy pracovníků v přímé péči

- Otázka č. 7 a 9: Jste dobře informováni o probíhajících změnách? Jak probíhá vaše odborná příprava?

Informování o probíhajících změnách jsme velmi dobře. Každá domácnost se skládá ze tří nebo čtyř pracovníků v přímé péči a jedné vedoucí – koordinátorky. Ta chodí na společné porady s vedením a jejím prostřednictvím se dovídáme nové informace. Další cestou je internet, letáky a společná nástěnka. Odborná příprava je také z našeho hlediska na dobré úrovni. Zúčastňujeme se akreditovaného školení, které je pro nás jako

pracovnice v přímé péči povinné. Dále jsme prošly kurzem první pomoci, další kurz byl zaměřen na pomoc imobilnímu klientovi, etiku a dodržování standardů. Probíráme modelové situace, které mohou nastat v praxi, jelikož v chráněném bydlení již nebude zdravotnický personál. Navštěvujeme také s klientkami různá zařízení (Náměšť nad Oslavou, Stod u Plzně), kde již transformace proběhla: „Nevýhodou bylo, že jsme zde byly pouze jeden den, pro nás by byla prospěšnější delší praxe, abychom viděly, co vše se může stát a nebyly pak zaskočeny.“

c) Otázky zaměřené na probíhající změny

- Otázka č. 6, 8 a 10: Jak vidíte své profesionální působení v nových podmínkách? Těšíte se na změny? Z čeho máte největší obavy? Jaký hlavní přínos bude mít změna pro Vás?

Všech pět respondentek se shodlo, že by i nadále zůstaly působit v sociální sféře. Každá z nich má vybranou lokalitu, kde by chtěly i nadále pracovat. Jsou si vědomy toho, že práce bude náročnější, hlavně co se týká organizace práce. Velký důraz kladou na kolektiv, který bude v dané domácnosti působit a vzájemně spolupracovat. Před lokalitou upřednostňují dobrý a fungující kolektiv asistentů a vedoucích pracovníků. Z nastávající změny mají obavy, jelikož ještě přesně neví, kde a s kým budou pracovat. Mají obavy i z reakce okolí na klienty. V některých lokalitách nebylo vytvoření chráněného bydlení přijato s pozitivním ohlasem. Největším přínosem bude snížení počtu klientů na polovinu. Domácnosti se skládají z velkého počtu lidí a nedá se s nimi tolik pracovat. Některý klient má potřebu si delší dobu povídat, ale v současných podmínkách to není možné. Jako negativní se jeví delší dojezdová vzdálenost do zaměstnání, možné snížení mzdy, protože již nebudou všechny domácnosti potřebovat noční služby a v některých domácnostech dojde i ke snížení nutné míry podpory klientek.

- Otázka č. 5: Co si myslíte o současném zařízení, jaké má klady a zápory?

Čtyři respondentky se shodly na tom, že prostředí je nevyhovující kvůli velké koncentraci klientů, kdy dochází k častým hádkám a střetům. Nevýhodou jsou dále společné sprchy a záchody. Výjimku tvoří apartmány, kdy každý z nich má své sociální zařízení. Budova po technické stránce funguje, ale problémy jsou s topením. Dalším záporným bodem je malá dopravní obslužnost – musí se ve velké míře používat služební auta, jak na dopravu k lékaři, tak i klientek do zaměstnání. Chtějí-li klientky

navštívit třeba jen cukrárnu v Jindřichově Hradci, je nutno se domluvit předem na služebním vozidle. K tématu vesnice se respondentky vyjádřily shodně. Mnohé z klientek jsou zde spokojené a často chodí na samostatné procházky po okolí. Další výhodou je rozsáhlý ovocný sad a zeleninová zahrada, o které se klientky starají a mají tak vyplněný volný čas. Lidé z okolí je znají, přijímají je mezi sebe a mnohé z nich si tu vytvořily i přátelské vztahy. Spokojenější jsou zde hlavně starší klientky, které již nechtějí změny a mají z nich obavy. Na druhé straně je zde řada klientek, které se vyloženě těší na stěhování do chráněného bydlení, na více soukromí a menší domácnosti.

6.3 Analýza kvalitativních dat

Pro analýzu dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů s klientkami a pracovníci v přímé péči jsem použila otevřené kódování. Dle Gavory (2010) si výzkumník každou výzkumnou kategorii pojmenuje a označí kódem (zkratkou, číslem). Při čtení získaného materiálu označí kódem každý segment textu, který patří pod danou významovou kategorii. Otevřené kódování znamená, že zjištěné údaje jsou rozebrány na samotné části a jsou pečlivě prostudovány. Rozebíráním, porovnáváním a prozkoumáváním se zjistí podobnosti nebo rozdíly.

Hlavní a společné téma pro klientky a pracovníce stávající sociální služby je **probíhající praktická příprava klientek k přechodu na jiný typ služby a osvojování si nových kompetencí pro samostatnější způsob života**. K tomu slouží probíhající tréninky praktických dovedností – kurzy vaření, praní a finanční gramotnosti. Klientky se samostatně a dobrovolně do těchto kurzů přihlašují. Jejich zvládnutí je pro mnohé z nich velkým přínosem a posunutím se o další krok k samostatnějšímu způsobu života. Některé již nyní, ještě ve stávající službě, vyhledávají více soukromí, například snídaně a večeře probíhají v menších skupinkách (na domácnosti). Samy si zvládají nakoupit a rozhodnout se, jaké jídlo uvaří podle své chuti a výběru. Klientky se také zapojují do činností běžně prováděných v domácnosti. Vyjmenovaly úkony, které již zvládají bez pomoci – úklid, vyprat, vyžehlit a postarat se o své osobní věci. Některé z nich již ovládají samostatně základní elektrické spotřebiče – sporák, pračku, žehličku a vysavač. Z rozhovorů vyplývá, že klientky, hlavně s vyšší mírou podpory a starší ženy, vyžadují speciální a důkladnější přípravu. Prožily značnou část svého života, mnohé z nich i celý,

v ústavní péči. V jejich případě se již neprojevuje o probíhající změny takový zájem, spíše stagnují.

Mezi další získané dovednosti patří samoobslužnost v podávání léků. Klientky se učí samy, bez připomenutí personálu, užívat předepsané léky, inzulínové injekce a masti. Osoby, které jsou schopné hospodařit s finančními prostředky, si samy obstarávají drobnější nákupy. O větších finančních výdajích se radí se svým klíčovým pracovníkem. Mohou se také již samy, popřípadě po poradě s pracovníkem rozhodnout, co by si za své peníze rády koupily a používaly pro osobní potřebu (počítač, kolo, MP3 přehrávač, vybavení pokoje). Klíčoví pracovníci a sociální pracovník vytváří pro jednotlivé klientky individuální plány, kde se zaznamenávají probíhající pokroky v získávání nových dovedností.

Z analýzy dat vyplývá **vyšší integrace klientek současného zařízení**. Více si uvědomují možnost volnosti, svobody rozhodování a pohybu. Chodí na individuální procházky, navštěvují různé veřejné služby (kadeřníka, obchod, cukrárnu). Účastní se i kulturních a společenských akcí (koncert Karla Gotta, festival v Telči). Rozhodují, kde by chtěly strávit svůj volný čas, dovolenou a s pomocí personálu tato místa navštěvují (pobyt v lázních Třeboň, Mariánské Lázně). Všechny dotazované respondentky pracují a ve stávajícím zaměstnání jsou spokojené. Práce je baví, navazují zde nové kontakty a přátelství. V novém typu služby by chtěly všechny dotazované pracovat. Motivující je také finanční odměna za odvedenou práci, kterou posléze používají dle svého rozhodnutí pro naplňování osobních potřeb.

Další sada otázek byla zaměřena **na nový způsob bydlení a života**. Tato část byla pro klientky nejsložitější a potřebovala nejvíce vysvětlování k významu otázek. Tři z klientek se již na nastávající změny těší, mají vybrány lokality, kde by chtěly v budoucnu bydlet a také své spolubydlící. Očekávají od menších domácností více soukromí, klidu a možnosti vést normální život. Velkým pozitivem bude také svobodné rozhodování, právo na volný pohyb a uplatňování vlastní vůle. Další z respondentek je spokojená v Pístině. Stěhovat se chce jen do té lokality, kde bude větší počet stávajících klientek bydlet pohromadě (vysoký věk respondentky, pobyt v ústavní péči od dětství). Pátá z dotazovaných neví, není rozhodnuta, je jí to jedno, hlavně si chce zachovat práci v Žirovnici. K přípravě klientů se specifickými potřebami je velmi důležitá komunikace a motivační prostředí. Je s nimi nutno neustále hovořit a pravidelně je vhodným způsobem o všem informovat. Důležitou roli v tomto sehrávají pracovníci v přímé péči,

kteří jsou s nimi v úzkém a každodenním kontaktu. Jak vyplývá z analýzy rozhovorů, všechny klientky by rády odešly do chráněného bydlení se současnými zaměstnanci, které znají a důvěřují jim. Z provedených rozhovorů s pracovníky v přímé péči jednoznačně vyplývá, že chtějí i při přechodu na jiný typ služby pokračovat v nové službě na pozici asistenta. Vyskytují se u nich obavy z nových změn, jelikož přípravy na transformaci zařízení probíhají již velmi dlouho a nejsou ještě známy konkrétní výstupy. Co se týče odborné přípravy pracovníků v přímé péči, všechny respondentky se shodují, že je dostačující. Absolvují prakticky (kurz první pomoci, práce s imobilním klientem) i teoreticky (standards sociální práce, etika) zaměřené kurzy. Pozitivně hodnotí návštěvy s klienty v jiných zařízeních, kde již transformace proběhla, nevýhodou je krátkodobý pobyt (1 den). Přivítaly by delší praxi, aby se více seznámily se všemi možnými variantami, které mohou nastat a jejich způsobem řešení.

Poslední otázkou pro klientky a pracovníky v přímé péči byl jejich **názor na klady a zápory současného zařízení**. Z odpovědí klientek jednoznačně vyplývá, že jsou spokojeny s okolím a přírodou v blízkosti zařízení. Nevýhodu vidí oba dva soubory ve špatné dopravní obslužnosti, která se projevuje značnou závislostí na služebních vozidlech. Dalším podstatným negativem, ve kterém nastala shoda, je velká kumulace lidí na malém prostoru. Vadí jim hluk, křik a minimum soukromí. Dvě z respondentek uvedly, že jim na zařízení nic nevadí, jsou zde spokojené (obě dvě pobývají v ústavní péči od dětství).

Z hlediska pracovníků v přímé péči je zařízení po technické stránce fungující, vyskytují se tu problémy s topením a chybí bezbariérové přístupy. Mezi další nevýhody patří společné sociální zařízení pro velké množství klientek. Z jejich pohledu bude pro schopnější klientky přechod na jinou formu bydlení určitě značným přínosem.

Závěr

Bakalářská práce popisuje probíhající proces přípravy klientek Domova Pístina, domova pro osoby se zdravotním postižením, k transformaci na jiný typ služby, chráněné bydlení. Jedná se o projekt proměny ústavních pobytových služeb ve služby komunitního typu, tedy poskytované v běžném prostředí.

Na začátku spatřuji pozitiva transformačního procesu v myšlence, jež spočívala v pochopení a charakterizování institucionalizace, ve způsobu hledání a provádění změn. Lze konstatovat, že podpora těchto aktivit státem a snaha o samotné započítání integrace, umožňuje klientovi možnost odejít z izolovaného prostředí ústavu a začlenit se do společnosti. Změny neprobíhají bez problémů a chyb, tudíž je velmi složité hledat vhodné kompromisy mezi přáním klienta, jeho blízkých a samotnými možnostmi služby. Jak jsem již výše uvedla, Domov Pístina je zařazen do projektu transformace, který má za úkol ověřit proces v praxi. Ostatní transformovaná zařízení pobytových služeb budou mít později samotný proces o něco jednodušší, jelikož budou vycházet z ověřeného projektu a vytvořených vzorových metodik.

Domov Pístina poskytuje ženám s mentálním postižením bydlení, stravu a každodenní osobní podporu tak, aby mohly žít co nejvíce samostatně.

Validita výzkumného souboru pěti klientek a pěti pracovníků v přímé péči byla vybrána po pečlivém uvážení tak, aby se v ní odráželo co nejvíce informací o probíhajících praktických přípravách, směřujících k větší samostatnosti a získávání nových dovedností, nutných pro běžný život.

Cílem šetření, které jsem provedla metodou polostrukturovaného rozhovoru, bylo zjistit současnou míru připravenosti klientek ústavního zařízení Domov Pístina k plánovanému přechodu do chráněného bydlení. Jak vyplývá z předchozí analýzy dat, klientky absolvovaly tréninky praktických dovedností, které pro ně měly velký význam a posunuly je o další krok k samostatnějšímu způsobu života. Díky probíhajícím přípravám jsou klientky i více zapojovány do rozhodovacích procesů. Nejedná se o zásadní rozhodování, jelikož jsou i nadále klientkami ústavu. Jejich samovolné rozhodování zahrnuje výběr spolubydlících, stravy a částečné zasahování do svých finančních prostředků. Jedná se o zdánlivé maličkosti, které lidem žijícím mimo zmíněnou instituci, žijícím běžným způsobem života, přijdou samozřejmé.

Důležitým bodem je také integrace klientek. Možnost pracovat mimo zařízení ústavu, využívat veřejných služeb a trávit svůj volný čas dle představ. Velký podíl

a důležitou úlohu při integraci klientek mají také pracovníci v přímé péči a vedení ústavu. Podporují je ve výkonu běžných denních činností a pomáhají jim zejména při uvědomování si svých potřeb. Snaží se napravit chyby, způsobené u mnoha z nich dlouholetou izolací a vyloučením ze společnosti, které měly za následek závislost klienta na ústavní péči.

Příprava klientek k transformaci zařízení Domov Pístina již probíhá, avšak stále v umělém prostředí dané instituce. Z výzkumu vyplývá, že přípravu zvládají lépe klientky s nízkou a střední mírou podpory, pro které je motivujícím prvkem přechod do menších domácností a možnost žít takovým způsobem života, který co nejvíce simuluje život jejich vrstevníků bez hendikepu.

Některé klientky, převážně ty, které prožily dosavadní život v ústavní péči, klientky starší (seniorky) a s nejtěžšími formami postižení, potřebují důkladnější a speciálnější přípravu. Nabízí se otázka, zda přestěhování do chráněného bydlení bude pro tyto klientky změnou kvality jejich života, zda zůstane na stejné úrovni, nebo se zlepší či zhorší. Každý jedinec má jiná kritéria, která jeho kvalitu života utvářejí.

Lze vyslovit souhlas se Švarcovou (2006), která ve své knize uvádí, že kvalita života člověka nezávisí jen na inteligenci, ale i na mnoha dalších faktorech, zejména na jeho emocionalitě a sociabilitě, na míře rozvoje jeho volných vlastností, na rozvinutosti motoriky, na samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy, na úrovni komunikačních schopností a řadě dalších praktických dovedností. S každou nově naučenou dovedností se zvyšuje možnost, jak klientky posunout o krok dopředu k samostatnějšímu životu.

V jaké míře dojde po změně k posunu klientek blíže k samostatnějšímu způsobu života je otázkou, která může být stěžejním tématem pro jinou kvalifikační práci.

Použitá literatura

- BLAŽEK, Bohuslav a Jiřina OLMROVÁ, 1988. *Světy postižených*. 1. vyd. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 179 s. ISBN 08-083-88.
- COHEN, Robert M, 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 199 s. ISBN 80-7178-497-4.
- ČADILOVÁ, Věra, Hynek JÚN a Kateřina THOROVÁ a kol., 2007. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1. vyd. Praha: Portál, 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: TRITON, 207 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. rozš. eské vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- CHÁB, Milan, 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP – Společnost pro změnu, 82 s. ISBN 80-239-4774-9.
- JOHNOVÁ, Milena, 2008. *Zkušenosti s transformací ústavní péče*. Praha: QUIP – společnost pro změnu.
- KOŘÍNKOVÁ, Dana, 2008. *Překážky transformace ústavní péče*. Praha: QUIP – společnost pro změnu.
- KREJČÍŘOVÁ, Olga, 1998. *Estetická výchova mentálně retardovaných*. 1. vyd. Olomouc: Netopejr, 95 s. ISBN 80-86096-12-2.
- LANGMAIER, Josef a Zdeněk MATĚJČEK, 1974. *Psychická deprivace v dětství*. 3. dopl. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 400 s. ISBN 08-049-74.
- MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 288 s. ISBN 80-7178-549-0
- MATOUŠEK, Oldřich a kolektiv, 2007. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Portál, 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, 1995. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 138 s. ISBN 80-85850-05-7.
- MICHALÍK, Jan a kolektiv, 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.), 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Brno: Paido, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- SLOWÍK, Josef, 2007. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace*. 3. aktualizované a přepracované vyd. Praha: Portál, 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH a kol., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně - právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003, 439 s. ISBN 80-7320-039-2.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004, 181 s. ISBN 80-7315-071-9

Seznam internetových odkazů

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, [cit. 10. 9. 2013],
Dostupné na:

<http://www.domovpistina.cz/cs/section-14/historie-domova.htm?sub=2>

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, [cit. 10. 9. 2013],
Dostupné na:

<http://www.domovpistina.cz/cs/all-18/uvod/uvod.htm>

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, [cit. 10. 9. 2013],
Dostupné na:

<http://www.domovpistina.cz/cs/section-22/klienti-sluzby.htm?sub=2>

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, [cit. 13. 3. 2014],
Dostupné na:

<http://www.domovpistina.cz/cs/section-22/klienti-sluzby.htm?sub=2>

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [cit. 23. 10. 2013], Dostupné na:

http://www.domovpistina.cz/userfiles/file/dokumenty_5.pdf

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, Otázky a odpovědi k transformaci sociální služby Domov Pístina, [cit. 23. 10. 2013], Dostupné na:

<http://www.domovpistina.cz/userfiles/file/otazky-a-odpovedi-tss-ke-cteni.pdf>

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov Pístina, Transformační plán, [cit. 23. 10. 2013], Dostupné na:

<http://www.domovpistina.cz/userfiles/file/tp-css-domov-pistina-15-03-2012.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Podpora transformace sociálních služeb, [online] [cit. 30. 10. 2013], Dostupné na:

<http://www.mpsv.cz/cs/7058>

Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, [cit. 9. 11. 2013],
Dostupné na:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.p

Přílohy

Příloha č. 1: Domácí řád Domov Pístina

Příloha č. 2: Sazebník poskytovaných služeb Domov Pístina

Příloha č. 3: Seznam otázek pro klientky – Domov Pístina

Příloha č. 4: Seznam otázek pro pracovníky v přímé péči – Domov Pístina

Příloha č. 1:



Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec

Domov Pístina

Pístina 59, 378 02 Stráž nad Nežárkou

Domácí řád

I. Úvodní ustanovení

1. Tento domácí řád vydává Domov Pístina, zařízení Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec v souladu se zřizovací listinou a dalšími závaznými dokumenty organizace.
2. Domácí řád upravuje základní pravidla společného soužití, vymezuje některá základní práva a povinnosti klientů i zařízení a popisuje způsob poskytování služeb v Domově.
3. Ustanovení vyplývající z tohoto řádu jsou závazná pro všechny klienty, zaměstnance, návštěvy a osoby jakkoliv se pohybující v Domově.

II. Poskytované služby

1. Domov poskytuje klientům registrovanou sociální službu domov pro osoby se zdravotním postižením. Podle příslušných ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tak klientům zajišťuje tyto základní činnosti:

- **poskytnutí ubytování** (ubytování v 1–3 lůžkových pokojích se společnými toaletami a koupelnami v blízkosti pokoje nebo v 1–3 lůžkových apartmánech s vlastní toaletou a sprchovým koutem; včetně pomoci s úklidem, praním prádla a běžnou údržbou),
- **poskytnutí stravy** (celodenní stravování – 5x denně z vlastní kuchyně),
- **pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu** (pomoc s oblékáním, přemísťováním, správou osobních věcí atd.),
- **pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu** (pomoc s umýváním, koupáním, zajištěním důstojných podmínek pro hygienu),
- **výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti** (především terapeutické a volnočasové aktivity),
- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** (využívání dostupných veřejných služeb, kulturních a společenských akcí, rekreací apod.),
- **sociálně terapeutické činnosti** (tréninky dovedností pro samostatný život, pracovní uplatnění klientů),
- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí** (pomoc při jednání na úřadech, vyřizování osobních záležitostí, zastupování, hájení osobních práv atd.).

2. Služba je poskytována na základě sjednané smlouvy a klienti za ní hradí příslušnou měsíční částku stanovenou podle platného Sazebníku poskytovaných služeb.

3. Kromě základních činností poskytuje Domov klientům i další, tzv. fakultativní, služby, jako jsou např. doprava autem, správa finančních prostředků apod.

III. Ošetrovatelská a zdravotní péče

1. Domov zajišťuje klientům nezbytnou ošetrovatelskou péči vlastními kvalifikovanými pracovníky – všeobecnými sestrami nebo zprostředkovaně odborným pracovníkem služby domácí péče a potřebnou lékařskou péči poskytnutím doprovodu klientům k praktickým a odborným lékařům, případně umožněním návštěvy těchto lékařů přímo v Domově.

2. Přípravu, podávání léků a pravidelné ošetrování zajišťují v Domově všeobecné sestry, a to v dohodnutých časech. V jejich nepřítomnosti je při drobném ošetrování a při podávání léků z připravených dávkovačů zastupují pracovníci v přímé péči. Výjimku tvoří situace, kdy je lék indikován lékařem. V tomto případě jeho podání provede na základě předpisu lékaře odborný pracovník služby domácí péče. Klienti si mohou léky obstarávat a užívat také sami, je-li to s ohledem k jejich schopnostem přiměřené riziko.

3. Je ve vlastním zájmu klientů, aby se řídili pokyny ošetrojících lékařů a dodržovali při nemoci doporučený léčebný režim. Pracovníci v přímé péči je v tom podporují.

4. V případě výskytu závažných infekčních onemocnění, má vedení Domova právo zavést (na základě pokynu krajské hygienické stanice) příslušná dočasná režimová opatření.

IV. Ubytování a pravidla společného soužití

1. Klienti jsou plně oprávněni užívat svůj pokoj a zároveň i prostory své domácnosti (denní místnost, koupelna, toalety, kuchyňka) a veřejné prostory Domova, zejména zahradu, dílny, jídelnu, kuřárny apod.

2. Pokoje jsou klientům přidělovány po vzájemné dohodě a na základě jejich požadavků, vzájemných vztahů s případným spolubydlícím, volné kapacity apod. Změna pokojů je možná pouze po předchozí vzájemné dohodě.

3. Všechny pokoje jsou zařízeny základním vybavením, klienti mají možnost si je po dohodě se zařízením, případně spolubydlícím, dovybavit vlastním nábytkem a osobními věcmi.

4. Pokoje klientů, koupelny a toalety jsou považovány za osobní prostor klientů a všichni pracovníci v nich respektují právo na soukromí a důstojnost klienta (klepání, používání zástěn a závěsů apod.).

5. Cenné osobní věci klientů může Domov převzít do úschovy. Za věci běžně uložené na pokojích, osobní šatstvo apod. Domov odpovědnost nepřebírá, kromě případů, kdy je možné vinu jednoznačně prokázat (např. zničení oblečení při praní, rozbití osobní věci pracovníkem atd.).

6. Pro uchování vlastních potravin rychle podléhajících zkáze mají klienti k dispozici společné lednice, popř. mohou mít i svou vlastní v pokoji.

7. Vlastní elektrické přístroje mohou klienti v Domově používat jen po předchozím oznámení pracovníkovi v přímé péči, přičemž jsou povinni umožnit provedení pravidelné revize nezávadnosti tohoto přístroje.

8. Klienti nesmí do Domova nosit nebo zde používat nebezpečné látky či předměty.

9. Vstup do provozních místností jako je dílna údržby, prádelna, kotelna nebo kuchyně je povolen pouze klientům, kteří jsou v těchto místech zaměstnaní, nebo za přítomnosti odpovědného pracovníka. Do kuchyně smí vstupovat klienti jen pokud vlastní zdravotní průkaz.

10. V Domově je doba nočního klidu stanovena od 22.00 h do 6.00 h. V této době je Domov uzamčen, příchozí zvončí mají možnost použití vchodového zvonku. Klienti používají v této době buď vlastní klíče, nebo mohou o otevření požádat pracovníky ve službě.

11. Svým jednáním by měli klienti napomáhat vytváření klidného a nekonfliktního prostředí, a to především vzájemným slušným chováním, úctou, porozuměním a dodržováním vnitřních pravidel Domova.

V. Stravování

1. Domov zajišťuje klientům celodenní stravování v souladu se zásadami správné výživy a na základě předem vyvěšeného jídelního lístku.

2. V případě potřeby zajišťuje Domov na žádost klienta a současně doporučení lékaře také příslušné dietní stravování.

3. Klienti si mohou kdykoliv odhlásit celodenní stravu nebo jen její část. Odhlášení stravy je nutné oznámit kterémukoliv pracovníkovi, a to vždy nejpozději do 8.00 h předcházejícího pracovního dne.

4. Klienti se běžně stravují ve společné jídelně, případně podle zájmu mohou využít také denní místnost své domácnosti, kuchyňku, svůj pokoj apod.

5. Klienti mohou k vaření pro vlastní potřebu využívat některou ze společných kuchyněk.

6. Strava se z kuchyně vydává v těchto časech:

- snídaně 7.15–7.45 h
- dopolední svačina zároveň se snídání
- oběd 11.30–14.00 h
- odpolední svačina 15.30–16.00 h
- večeře 18.30–19.00 h
- druhá večeře zároveň s večeří

Nápoje jsou klientům k dispozici v jídelně v době výdeje stravy, nebo kdykoliv na domácnosti.

VI. Udržování pořádku a čistoty

1. V pokojích, denních místnostech, jídelnách a ostatních prostorách Domova musí být udržován pořádek a čistota.

2. Klienti jsou povinni umožnit pracovníkům provádění nezbytného úklidu.

3. V nočních stolcích, ve skříních apod. na pokojích nesmí být přechovávány potraviny podléhající zkáze a odpadky. Podpora při udržování čistoty a pořádku v osobních věcech se s klienty dojednává a provádí za jejich přítomnosti.

4. Všechny místnosti se pravidelně větrají, běžný úklid se provádí denně a klienti se na něm dle svých schopností mohou podílet.

5. Během pobytu v Domově musí dodržovat všichni klienti přiměřenou osobní hygienu. Ve vlastním zájmu pečují jak o čistotu těla, tak i o čistotu šatů a obuvi.

6. Rozsah podpory při hygieně se dojednává s klienty individuálně. Klienti mají možnost koupat se nebo sprchovat podle vlastní potřeby, samostatně nebo s pomocí personálu.

7. Součástí osobní hygieny a pomoci s ní je také stříhání nehtů a základní kosmetické úpravy.

8. Výměnu osobního prádla za čisté provádějí klienti podle potřeby, což může být i vícekrát za den, a s eventuální podporou personálu.

9. Praní, žehlení a opravu prádla zajišťuje Domov a klienti se na nich mohou podílet v rámci tréninku osobních dovedností v péči o domácnost.

VII. Návštěvy

1. Návštěvy klientů jsou v Domově vítány, protože podporují udržení jejich vazeb na přirozené prostředí a blízké osoby.

2. Návštěvy je možné přijímat kdykoliv, doporučená doba je od 8.00 h do 20.00 h. Je doporučeno, aby se návštěva po příchodu ohlásila u pracovníka ve službě v příslušné domácnosti.

3. Návštěvy nesmí svou přítomností narušovat plynulý chod Domova a klid ostatních klientů.

4. Návštěvníkům, kteří jsou zjevně pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek nebo osobám, které narušují chod Domova, může být návštěva odepřena.

VIII. Poštovní zásilky, telefonování

1. Klienti mají k dispozici služební mobilní telefon pro vyřizování soukromých telefonních hovorů. Hovorné si díky neomezenému tarifu neplatí.

2. Osobní poštovní zásilky (korespondence, balíky apod.) určené klientům se neotevírají, pouze se zapisují do samostatné evidence a jejich předání klientovi zajišťuje pracovník pověřený vedením spisové služby.

IX. Samostatný pobyt venku, omluvená nepřítomnost klienta

1. Klientům, kteří chtějí trávit volný čas mimo areál Domova (procházka, nákup apod.) je doporučeno oznámit to předem pracovníkovi v přímé péči ve své domácnosti. Stejně tak i oznámit návrat z pobytu venku.

2. Klienti se na samostatné procházky připravují tak, aby s ohledem na stupeň jejich postižení byla v maximální možné míře snížena rizika s tím spojená.

3. Klienti, kteří nemají dostatečné schopnosti pro samostatný pohyb venku, mají možnost procházek s doprovodem pracovníků a to podle individuální dohody a možností Domova.

4. Klienti mají dále možnost krátkodobých i dlouhodobých pobytů mimo Domov (návštěvy rodinných příslušníků, rekreace, zájezdy apod.). Po tuto dobu mají nárok na omluvenou nepřítomnost, respektive vratku části zaplacené měsíční úhrady (poměrná část příspěvku na péči a neodebrané stravy). Omluvenou nepřítomnost je nutné nahlásit vždy nejdéle do 8.00 h předchozího pracovního dne kterémukoliv pracovníkovi.

X. Kouření a užívání alkoholických nápojů

1. Klienti nesmí v Domově užívat zákonem zakázané omamné a návykové látky a pouze v souladu s vnitřními pravidly Domova a s běžnými pravidly pro soužití v kolektivu mohou užívat alkoholické nápoje a tabákové výrobky. To především znamená, že nadměrným užíváním alkoholických nápojů nebo tabákových výrobků nesmí obtěžovat nebo ohrožovat ostatní klienty, případně personál.

2. Kouření je povoleno v prostorách k tomu určených – ve vyhrazené kuřárně nebo venkovních prostorách mimo ranče. Kouření na vlastním pokoji je z bezpečnostních důvodů zakázáno.

XI. Domácí zvířata

1. Klienti mohou v Domově vlastnit a chovat malá domácí zvířata, a to za předpokladu, že jsou schopni se o ně přiměřeně samostatně starat, zajistit jejich nezbytnou veterinární péči a mají dostatek finančních prostředků na jejich zaopatření.

2. Chov vlastního domácího zvířete je dále podmíněn souhlasem ostatních klientů, kterých se to týká (např. u zvířete v kleci jen případný spolubydlící, u volně se pohybujícího zvířete všichni klienti, kteří s ním mohou přijít do kontaktu).

XII. Odpovědnost za škodu

1. Všechny osoby v Domově jsou povinny dodržovat bezpečnostní a protipožární předpisy a chovat se tak, aby předcházely rizikovým situacím.

2. Klienti odpovídají za škodu způsobenou na majetku Domova nebo majetku a zdraví osob. Rozsah škody a míru zavinění posuzuje v jednotlivých případech škodní komise, která přihlíží ke schopnosti konkrétního klienta posoudit následky svého jednání.

3. Domov odpovídá za škodu způsobenou na majetku nebo zdraví klientů. Rozsah škody a míru zavinění posuzuje škodní komise, případně další příslušné instituce (soud apod.).

XIII. Stížnosti

1. Klienti nebo jiné osoby si mohou kdykoliv stěžovat na kvalitu nebo průběh poskytované sociální služby, aniž by tím byli jakýmkoliv způsobem ohroženi.

2. Základní postup k podání stížnosti je samostatně zveřejněn, podrobnosti upravuje příslušný vnitřní předpis, podle kterého se také postupuje při vyřizování stížnosti.

3. Stížnost je možné předat kterémukoliv pracovníkovi nebo vhodit do schránky na stížnosti umístěné ve vestibulu.

XIV. Pořádková opatření

1. Pokud klient hrubým způsobem opakovaně narušuje společné soužití a nedbá na předchozí ústní nebo písemné upozorňování, může mu vedoucí Domova vypovědět smlouvu o poskytování sociální služby.

2. Za závažné porušování pořádku a společného soužití je zejména považováno: nadměrné požívání alkoholu a návykových látek, vyvolávání neustálých hádek a konfliktů, neoprávněné fyzické napadání personálu a ostatních klientů, hrubé a vulgární chování, pokud toto přímo nesouvisí s postižením nebo onemocněním klienta.

XV. Dostupnost pracovníků

1. Pracovníci Domova Pístina jsou klientům běžně k dispozici v těchto časech:

- domácnosti: pracovníci v sociálních službách nepřetržitě
- ordinace: všeobecné sestry PO až PÁ – 6.00–14.30 h
- sociální úsek: sociální pracovníci PO až PÁ – 7.30–14.00 h
finanční referent ST až ČT – 6.00–14.30 h
PÁ – 6.00–10.00 h
- provozní úsek: údržbáři PO až PÁ – 6.00–14.30 h
pradlena PO až PÁ – 6.00–14.30 h
uklízečky PO až PÁ – 6.00–16.00 h
- úsek kuchyně: kuchařky PO až NE – 6.00–19.30 h
- administrativa: vedoucí Domova Pístina PO až PÁ – 7.30–14.00 h
finanční referent PO až PÁ – 6.00–14.30 h
skladník PO až PÁ – 7.30–14.00 h

Tento řád nabývá účinnosti dne 1. 1. 2014.

Současně k tomuto dni ruším Domácí řád ze dne 30. 9. 2013.

V Pístině dne 27. 12. 2013
Mgr. Aleš Adamec
vedoucí Domova Pístina

Příloha č. 2:



Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec
Domov Pístina
Pístina 59, 378 02 Stráž nad Nežárkou

Sazebník poskytovaných služeb

platný od 1. 2. 2014

I. Obecná ustanovení

1. V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů vydávám tento sazebník poskytovaných služeb.

2. Podle § 73, odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, musí po úhradě za ubytování a stravu v domově pro osoby se zdravotním postižením zůstat klientovi alespoň 15% jeho příjmu. V případě, že je měsíční smluvní úhrada za ubytování a stravu vyšší, než je tento limit, je organizace povinna úhradu snížit tak, aby byla garance minimálního zůstatku dodržena.

3. Na úkony péče a fakultativní služby se výše uvedené pravidlo nevztahuje, neboť úkony péče jsou hrazeny ze samostatně přiznané sociální dávky příspěvek na péči (100% této dávky) nebo jsou v případě jejího nepřiznání hrazeny samotným klientem obdobně jako jiné fakultativní služby.

II. Úhrada za ubytování

1. Úhrada za ubytování zahrnuje nezbytné provozní náklady související s poskytnutím ubytování (teplo, elektřina, vodné a stočné) včetně souvisejících služeb (nutný úklid, odvoz odpadu, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení).

2. Každý pokoj je standardně vybaven postelí a šatní skříní. Ostatní vybavení je individuální dle dispozice pokoje i přání klienta.

3. Pokoje apartmánového typu mají vlastní sociální zařízení včetně bezbariérového WC. Ostatní pokoje mají společné sociální zařízení, rozdělené dle dispozic budovy.

POKOJE	1 lůžkový	2 lůžkový	3 lůžkový
celková úhrada / den	200,- Kč	190,- Kč	180,- Kč
celková úhrada / měsíc	6 000,- Kč	5 700,- Kč	5 400,- Kč

III. Úhrada za stravování

1. Úhrada za stravování se skládá **z hodnoty potravin a z režijních nákladů.**

2. Skutečné režijní náklady na stravování (věcné a osobní) činí v Domově 133% z hodnoty potravin na jednotlivý druh jídla.

3. Vzhledem k ustanovením vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách v platném znění (§ 14, odst. 2, písm. b) – maximální možná částka úhrady za celodenní stravu), jsou výše uvedené režijní náklady klientům účtovány v nižší částce (zbytek hradí organizace z jiných prostředků).

STRAVA NORMÁLNÍ A OSTATNÍ NEUVEDEN É DIETY	druh stravy	hodnota potravin	režijní náklady	celková úhrada/ den	celková úhrada/ měsíc
snídaně	16,- Kč	19,- Kč	35,- Kč	1050,- Kč	
svačina	6,- Kč	8,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
oběd	27,- Kč	37,- Kč	64,- Kč	1 920,- Kč	
svačina	6,- Kč	8,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
večeře	18,- Kč	25,- Kč	43,- Kč	1 290,- Kč	
celodenní strava	73,- Kč	97,- Kč	170,- Kč	5 100,- Kč	

STRAVA DIABETIC KÁ A NÍZKO- BÍLKOVIN NÁ	druh stravy	hodnota potravin	režijní náklady	celková úhrada/ den	celková úhrada/ měsíc
snídaně	17,- Kč	16,- Kč	33,- Kč	990,- Kč	
svačina	7,- Kč	7,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
oběd	27,- Kč	30,- Kč	57,- Kč	1 710,- Kč	
svačina	7,- Kč	7,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
večeře	18,- Kč	20,- Kč	38,- Kč	1 140,- Kč	
druhá večeře	7,- Kč	7,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
celodenní strava	83,- Kč	87,- Kč	170,- Kč	5 100,- Kč	

STRAVA BEZLEPKO VÁ VÝŽIVNÁ	druh stravy	hodnota potravin	režijní náklady	celková úhrada / den	celková úhrada / měsíc
snídaně	28,- Kč	7,- Kč	35,- Kč	1050,- Kč	
svačina	11,- Kč	3,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
oběd	48,- Kč	16,- Kč	64,- Kč	1 920,- Kč	
svačina	11,- Kč	3,- Kč	14,- Kč	420,- Kč	
večeře	32,- Kč	11,- Kč	43,- Kč	1 290,- Kč	
celodenní strava	130,- Kč	40,- Kč	170,- Kč	5 100,- Kč	

IV. Úhrada za úkony péče

1. Úkony péče vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 48, odst. 2, písm. c) až h).

2. Klient ve službě domov pro osoby se zdravotním postižením **hradí za úkony péče částku ve výši 100% přiznaného příspěvku na péči**, a to i se zpětnou platností ode dne přiznání příspěvku (byl-li klientovi příspěvek přiznán, popř. zvýšen až v době, kdy již využíval sociální službu).

3. **V případě, že příspěvek na péči není klientovi přiznán** z důvodu, že nesplňuje podmínky pro jeho přiznání, nebo nevyužil možnosti si o něj požádat,

hradí si dohodnuté úkony péče, pokud je objektivně potřebuje nebo sám vyžaduje, dle níže uvedeného sazebníku.

4. Poskytování těchto úkonů a jejich celková částka je v takovém případě sjednána ve smlouvě o poskytování sociální služby jako specifická paušální fakultativní služba.

5. Částka je ve smlouvě pevně stanovena a dále je klientovi účtována paušálně, jednotlivé dílčí úkony dle druhu nebo četnosti služba denně ani měsíčně nevykazuje, stejně jako u úkonů péče hrazených příspěvkem na péči.

ÚKONY PÉČE	celková úhrada /	celková úhrada / měsíc
osoby bez přiznaného příspěvku na péči	den	
pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu	10,- Kč	300,- Kč
pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu	10,- Kč	300,- Kč
výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	10,- Kč	300,- Kč
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	10,- Kč	300,- Kč
sociálně terapeutické činnosti	10,- Kč	300,- Kč
pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	10,- Kč	300,- Kč

V. Úhrada fakultativních služeb (ostatní služby)

1. Fakultativní služby jsou veškeré ostatní služby, které klientovi Domov pravidelně nebo nepravidelně poskytuje a které nespádají do služeb základních (ubytování, stravování a úkony péče).

2. Podrobná pravidla pro evidenci i úhradu fakultativních služeb jsou dále upravena v samostatné vnitřní směrnici Domova.

3. Výše úhrady u služby soukromá doprava automobilem se snižuje s počtem přepravovaných osob. Soukromou dopravou jsou pouze cesty požadované klientem k zabezpečení jeho osobních záležitostí (nákupy, kultura, návštěvy příbuzných apod.) s výjimkou cest na objednaná nebo akutní lékařská vyšetření (zajišťování odpovídající a dostupné lékařské péče je základní povinností poskytovatele sociální služby).

4. Pro jiné požadované služby dle individuálních potřeb a požadavků klienta bude stanovena úhrada a tyto služby budou poskytovány v případě, že tomu nebudou bránit právní, provozní či personální důvody ze strany poskytovatele.

5. Aktuální měsíční vyúčtování fakultativních služeb je klientovi nebo opatrovníkovi k dispozici u pracovníků sociálního úseku, a to vždy

FAKULTATIVNÍ SLUŽBA	popis fakultativní služby	výše úhrady
soukromá doprava automobilem	doprava klienta osobním autem poskytovatele mimo pobytové zařízení	6,- Kč / km
kopírování a tisk dokumentů	velikost A4 (jednostranně, černobíle) při kopírování a tisku oboustranně, na velikost A3, případně barevně, se poplatek zdvojnásobí	2,- Kč / kopie
správa osobních finančních prostředků	vedení depozitního účtu, hotovostní i bezhotovostní operace – úhrada, vratky, vyúčtování osobních nákupů, veřejných služeb, vedení vkladních knížek atd.	60,- Kč / měsíc
úschova cenných věcí malých rozměrů	cenné papíry, vkladní knížky, hodinky, drahý kov, šperky, věci umělecké či historické hodnoty apod. (uschovat lze jen přiměřený počet cenných věcí v hodnotě max. 10 tis. Kč celkem u jednoho klienta)	30,- Kč / měsíc
doprovod klienta	náklady zaměstnanců na stravu, ubytování, jízdné, či vstupné při doprovodech klienta nad rámec základních činností (rekreace atd.)	náklady zaměstnanců / počet klientů

Tento Sazebník poskytovaných služeb nabývá účinnosti dne 1. 2. 2014. Současně k tomuto dni ruším Sazebník poskytovaných služeb ze dne 30. 9. 2013.

V Pístině dne 27. 12. 2013

**Centrum sociálních služeb
Jindřichův Hradec**
Česká ulice 1175/II, ☎
377 01 Jindřichův Hradec
IČO: 75011191 Tel./fax: 384361369


Mgr. Aleš Adamec
vedoucí Domova Pístitina

Příloha č. 3:

Otázky pro klientky – Domov Pístina

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho již pobýváte v Domově Pístina, byla jste předtím v jiném ústavním zařízení?
3. Kde a s kým jste bydlela před pobytem v ústavu?
4. Připravujete se na samostatný život, již nyní zkoušíte žít život podobný tomu co Vás čeká v chráněném bydlení.
 - Kolik Vás nyní bydlí pohromadě na jednom pokoji?
 - Máte své samostatné sociální zařízení?
 - Uklízíte si své osobní věci a pokoj sama?
 - Jak se stravujete, připravujete si již některé jídlo sama?
5. Učíte se získávat nové dovednosti, které jsou důležité v běžném životě. Které domácí spotřebiče používáte již sama:
 - televize,
 - rádio,
 - mobilní telefon,
 - rychlovarná konvice,
 - sporák,
 - pračka,
 - žehlička,
 - mikrovlnná trouba,
 - počítač,
 - a jiné – vyjmenujte.
6. Chodíte sama mezi ostatní lidi, nebo Vás někdo doprovází? Kam již chodíte sama:
 - na drobné nákupy,
 - nákup potravin,
 - společné obědy,
 - k lékaři,
 - kulturní akce,
 - procházky,
 - pošta nebo jiný úřad,
 - kadeřník, pedikúra, manikúru.

7. Uvaříte nebo upečete si něco sama, nebo potřebujete pomoc pracovníka v přímé péči?
8. Užíváte léky – pokud ANO jakým způsobem:
 - samostatně,
 - s připomenutím pracovníka,
 - s podáním pracovníka.
9. Snažíte se navazovat kontakty s ostatními lidmi (v obci, chodíte, jezdíte na návštěvy, navštěvuje kino, jiné kulturní akce)?
10. Máte zaměstnání, jaké zaměstnání, co děláte a na kolik hodin denně?
11. Jak se dopravujete do zaměstnání, jezdíte autobusem, chodíte sama, nebo se dopravujete s pomocí personálu domova?
12. Učíte se hospodařit s penězi a hospodaříte sama s určitou částkou peněz – co si za ně kupujete, nakupujete sama nebo s pomocí pracovníka v přímé péči?
13. Vaše způsobilost k právním úkonům je upravena?
14. Víte, že se má zařízení Domov Pístina rušit. Vy se máte stěhovat do chráněného bydlení. Máte už vybranou lokalitu, kam se chcete stěhovat a proč právě tam?
15. Máte už konkrétní představu, s kým chcete v novém bytě bydlet a proč?
16. Jakmile dojde k přestěhování do chráněného bydlení, budete chtít i nadále využívat služeb, které bude nabízet stávající sociální služba (současný personál zařízení)?
17. Jaké služby budete chtít využívat v místě Vašeho nového bydliště?
18. Chtěla byste v novém bydlišti najít práci? Máte představu, jaká práce by to měla být?
19. Na co se těšíte, až budete bydlet mimo Domov Pístina, v chráněném bydlení? Co od toho očekáváte, máte s tím spojené i nějaké obavy?
20. Co se Vám jako klientce líbí a nelíbí v zařízení Domov Pístina?

Příloha č. 4:

Otázky pro pracovníky v přímé péči

1. Připravujete se k transformaci zařízení Domov Pístina, máte celkem 60 klientek s věkovým průměrem 50 let, myslíte si, že pro všechny klientky bude změna přínosem?
2. Jak se Vám jeví přípravy směřující k transformaci zařízení, jsou dle Vašeho mínění dostatečné a jsou na ně klientky připravovány po všech stránkách?
3. Jak vy, jako pracovníci v přímé péči, konkrétně připravujete klientky k přechodu na nový typ služby?
4. Podílejí se všechny klientky domova aktivně na kurzech, které jim mají pomoci s přechodem na chráněné bydlení? Jak na tyto kurzy klientky reagují, pozitivně, negativně nebo jsou spíše pasivní? Mají klientky sestaveny individuální plány?
5. Proč si myslíte, že současné zařízení je nevyhovující?
6. Jak vidíte své profesionální působení po zrušení zařízení?
7. Jste dobře a včas informováni o probíhajících změnách?
8. Těšíte se na změnu, nebo ve Vás vyvolává obavy?
9. Jak probíhá Vaše odborná příprava v souvislosti s nastávajícími změnami?
10. Jaký hlavní přínos bude mít tato změna pro Vás?