

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

**Porovnání forem ústavní péče o osoby s mentálním postižením
vzhledem ke kvalitě života klientů – DSS Slatiňany**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí: Hanáková Adéla, Mgr.

Autor: Rojková Veronika

2007

“The Comparison of forms of institutional care for the mentally disabled regarding the quality of life of clients - in Institute of Social Services in Slatiňany“

Abstract

In the last time the people who are in some way disadvantaged are more considered than before. To insist on common human rights observance, veneration of person as a human creature, freedom and equal opportunities between people in the community are the trends of the last years. After the Czech republic admission to European Union the social sphere began to develop and regenerate. In the face of some impediments and problems we can say that the society at the threshold of the 21st century has made first short steps to successful integration of handicapped people into the majority society. The goal of my Bachelor thesis is the view of the development of the institution care in the Czech republic. I focused on one of the largest Czech institutions and it is the Institute of Social Services in Slatiňany. This organization passed by several phases – from classical, traditional institutional care to building the living in four family houses that work on principle of the family care.

In the chapter Present State I explain some concepts – ex. quality of life, mental handicap, integration and a development of social – institutional care. The aim of Bachelor work is a comparison two forms of social care – traditional (institutional) care and principle of family care - regarding the quality of life of clients and their integration to society. In this work the technique of secondary data analysis and the quantitative analysis with the questionnaires and interviews are adopted. The investigation proceeded by 20 clients and 56 employees of the Institute of Social Service in Slatiňany. Necessary information was gained from information materials of home in Slatiňany. In the accordance with the aim of the work I stated 2 hypotheses – both were confirmed.

Bachelor work can be used for using and application family principle in social care. It can help for the providers of social services improve the alternative forms of social care for the mentally disabled people.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Porovnání forem ústavní péče o osoby s mentálním postižením vzhledem ke kvalitě života klientů – DSS Slatiňany.“ vypracovala samostatně a 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 úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích, dne 20. 8. 2007

.....

Podpis autora

Poděkování

Chtěla bych vyjádřit své poděkování všem, kteří mi byli nápomocni při zpracování mé bakalářské práce.

Děkuji vedoucí práce Mgr. Adéle Hanákové za cenné rady a konzultace v průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Dále velmi děkuji Mgr. Martině Hurtové za spolupráci, trpělivost a čas věnovaný mně a mé práci.

Děkuji také všem pracovníkům DSS Slatiňany, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření. Mé díky patří všem uživatelům sociálních služeb DSS Slatiňany, kteří mi poskytli rozhovor.

Děkuji také své rodině a přátelům za jejich trpělivost a podporu.

Veronika Rojková, 2007

Obsah

Úvod.....	8
<i>1. Současný stav.....</i>	<i>10</i>
1.1 Kvalita života.....	10
<i>1.1.1 Pojem kvalita života.....</i>	<i>10</i>
1.1.1.1 Příbuzné pojmy	10
<i>1.1.2 Definice kvality života.....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.3 Pojetí kvality života.....</i>	<i>11</i>
<i>1.1.4 Kvalita života a zdravotně sociální péče</i>	<i>12</i>
1.2 Základní životní potřeby člověka	13
1.3 Mentální retardace	15
<i>1.3.1 Definice mentální retardace</i>	<i>15</i>
<i>1.3.2 Etiologie mentální retardace</i>	<i>15</i>
<i>1.3.3 Klasifikace mentální retardace.....</i>	<i>16</i>
1.3.3.1 Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70).....	16
1.3.3.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71).....	17
1.3.3.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72).....	17
1.3.3.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73).....	18
1.3.3.5 Jiná mentální retardace (F78)	18
1.3.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79).....	18
<i>1.3.4 Diagnostika mentální retardace</i>	<i>18</i>
<i>1.3.5 Charakteristika osob s mentální retardací</i>	<i>19</i>
1.4 Integrace - inkluze	20
<i>1.4.1 Význam jednotlivých pojmů</i>	<i>21</i>
<i>1.4.2 Modely přístupů k osobám s mentálním postižením z hlediska integrace</i>	<i>22</i>
1.4.2.1 Limitačního pojetí.....	22
1.4.2.2 Popisný model.....	22
1.4.2.3 Ekologický model.....	22
<i>1.4.3 Společnost a postižení.....</i>	<i>23</i>
1.5 Problematika ústavní sociální péče.....	24

<i>1.5.1 Historie vývoje ústavní péče</i>	24
<i>1.5.2 Pojem a funkce ústavní péče</i>	26
<i>1.5.3 Současné přístupy v sociální péči o osob s mentální retardací</i>	27
<i>1.5.4 Netradiční formy péče o osoby s mentální retardací</i>	29
<i>1.6 Sociální služby</i>	30
<i>1.6.1 Definice sociálních služeb</i>	30
<i>1.6.2 Definice vybraných druhů sociálních služeb</i>	31
1.6.2.1 Domovy a penziony (homes)	31
1.6.2.2 Chráněné bydlení (community residential facility)	31
1.6.2.3 Podporované bydlení (supported living)	31
1.6.2.4 Osobní asistence (personal assistance)	32
1.6.2.5 Centra denních služeb (day service center)	32
1.6.2.6 Raná péče (early intervention)	32
1.6.2.7 Odlehčovací služby (respite care)	33
1.6.2.8 Poradny (counselling)	33
1.6.2.9 Dílny (sheltered workshops)	33
1.6.2.10 Přechnodné zaměstnávání (transitional employment)	34
1.6.2.11 Podporované zaměstnávání (supported employment)	34
1.6.2.11.1 Specifika podporovaného zaměstnávání	34
1.6.2.11.2 Zaměstnávání lidí s mentálním postižením	35
<i>1.7 Domov sociálních služeb ve Slatiňanech</i>	36
<i>1.7.1 O instituci – od historie po současnost</i>	36
<i>1.7.2 Poslání Domova sociálních služeb ve Slatiňanech</i>	37
1.7.2.1 Rodinné buňky DSS	37
1.7.2.2 Domy rodinného typu (tzv. domečky)	37
1.7.2.3 Chráněné bydlení	38
1.7.2.4 Chráněná dílna	38
1.7.2.5 Rehabilitační, výchovná, vzdělávací a pracovní činnost	38
1.7.2.6 Volný čas a zájmové aktivity	39
<i>1.7.3 DSS a integrace</i>	39

2. Cíle a hypotézy.....	42
2.1 Cíl práce.....	42
2.2 Hypotézy.....	42
3. Metodika	44
3.1 Použité metody výzkumu.....	44
3.1.1 Technika sekundární analýzy dat.....	44
3.1.2 Technika dotazníku	44
3.1.3 Technika standardizovaného rozhovoru.....	44
3.2. Charakteristika výzkumného souboru	45
3.2.1. Zaměstnanci Domova sociálních služeb ve Slatiňanech.....	45
3.2.2. Uživatelé sociálních služeb DSS Slatiňany.....	45
4. Výsledky	46
4.1 Dotazníkové šetření mezi zaměstnanci DSS Slatiňany	46
4.1.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	46
4.1.2 Dílčí výsledky.....	51
4.1.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření.....	56
4.2. Standardizovaný rozhovor s uživateli sociálních služeb DSS Slatiňany.....	57
4.2.1 Shrnutí výsledků standardizovaného rozhovoru	67
5. Diskuze	68
5.1 Diskuze k dotazníkovému šetření se zaměstnanci DSS.....	68
5.2 Diskuze ke standardizovaným rozhovorům s uživateli sociálních služeb DSS.....	70
6. Závěr	74
7. Seznam použitých zdrojů.....	76
8. Klíčová slova.....	80
9. Přílohy ..	81

Motto:

*„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

Úvod

V poslední době se stále více začíná brát zřetel na osoby nějakým způsobem znevýhodněné oproti ostatní společnosti. Trendem posledních let je kladení důrazu na dodržování základních lidských práv a svobod, úctě k člověku, jakožto živé bytosti, svobodě a rovné příležitosti mezi jedinci v rámci komunity. Po vstupu ČR do Evropské unie se konečně začala vytvářet a revitalizovat sociální sféra. Postupně opadávají staré a mnohde prohnílé systémy – pozůstatky po socialistické éře. V této době byla snaha koncentrovat lidi, kteří se nějakým způsobem vymykali „normálu“, do masových ústavních zařízení, za tlusté zdi, aby nikdo nevěděl, že takoví jedinci existují, narušují zdravou společnost, a proto je třeba je „uklidit“ z očí. Aneb co je neviditelné nebo dalším lidským smyslem či jiným způsobem neuchopitelné, zkrátka neexistuje.

Naštěstí je tato doba temna snad nadobro zažehnána. Přes mnohé překážky a problémy jsme dospěli tak daleko, že na prahu 21. století můžeme hovořit o prvních krůčcích úspěšné integrace osob s postižením do majoritní společnosti. Dalším nosným termínem, které je v odborných i laických kruzích, ale především v médiích, skloňováno ve všech pádech, se stalo slovo deinstitucionalizace, němuž neoddělitelně patří slovo humanizace. Dnes je stále více kladen důraz na holistický přístup. Znamená to, že náš pohled je zaměřen především na člověka a jeho bio-psycho-socio–spirituální potřeby.

Předmětem mé bakalářské práce je „nahlédnutí pod pokličku“ vývoje ústavní péče v České republice. Myslím si, že toto téma je velmi aktuální a zajímavé. Svou pozornost jsem zaměřila na jedno z největších českých zařízení sociální péče, a to na Domov sociálních služeb ve Slatiňanech, jenž má za sebou dlouhou cestu vývoje. Toto

zařízení se nachází v Pardubickém kraji, nedaleko města Chrudimi. Jednou z jeho předností je, že se zde člověk cítí být člověkem bez jakýchkoli zábran či ostychu. Domov sociálních služeb ve Slatiňanech prošel několika fázemi vývoje – od klasického, tradičního pojetí ústavní péče až k vybudování chráněného bydlení v podobě 4 domů rodinného typu, které fungují na principu rodinné péče. Výstavba těchto „domečků“ byla umožněna díky finančním dotacím z Evropského fondu (SROP – Společný regionální operační program), za přispění kraje a několika dalších sponzorů.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Kvalita života

1.1.1 Pojem kvalita života

„Kvalita života“ se skládá ze dvou slov – kvalita a život. Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského „qualis“ (znamená *kdo to je*, či *jaké to je?*). Českým termínem pro slovo kvalita je jakost - dobrá, prvotřídní až výtečná či naopak špatná jakost. Vyjadřuje tak charakteristický rys, odlišnost dané skutečnosti, jedince od jiného jedince (ve smyslu lepší či horší než), případně od skupiny jedinců obdobného druhu. „Životem“ zde můžeme rozumět život obecně (popř. život určitého druhu jedinců) - v našem případě život lidí. **(13, 15)**

Termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech 20. století, v souvislosti s ekonomickým vývojem a úlohou státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. V poválečné době se znovu objevil na scéně, a to zejména v souvislosti se sociologií a monitoringem vlivu společenských změn na život lidí. V 70. letech v USA proběhl první celonárodní výzkum, zaměřený na vývoj subjektivních indikátorů pro hodnocení kvality života. V posledním desetiletí sledování „kvality života“ prodělává svůj „boom“. Cílem a předmětem tohoto studia je podporovat a rozvíjet životní prostředí a podmínky, takovým způsobem, aby umožňovali lidem žít životem, který je pro ně samotné nejlepší.

Kvalitou života se zabývají různé vědní disciplíny (psychologie, kulturní antropologie, sociologie, ekologie a medicína). **(4)**

1.1.1.1 Příbuzné pojmy

S pojmem kvalita života je často spojována tzv. *osobní pohoda* (well-being). Lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku. Odborníci se shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost

jedince s jeho životem. Osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (pozitivní emoce, negativní emoce), vyznačuje se svou stabilitou v čase. V české terminologii se užívá ekvivalentu *osobní pohoda*, v němž je implicitně založena jak duševní, tak tělesná a sociální dimenze. V novodobé anglosaské terminologii vystupuje podobný pojem zaměřující se na dimenzi *tělesné pohody* (wellness). Pojem „wellness“ se přiléhavěji vymezuje jako koncept, který se vztahuje k přijetí určitého chování a životního stylu, podněcujícího optimální fyzické a psychické zdraví. Někdy je používán jako synonymum ke slovu „well-being“. (30)

1.1.2 Definice kvality života

„Kvalita života“ bývá chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Je definována jako „úroveň osobní pohody (well-being) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí.“ Někteří odborníci však poukazují na nejednoznačnost vymezení tohoto pojmu a neexistenci definice, která by se opírala o propracovaný teoretický rámec. (4, 16)

1.1.3 Pojetí kvality života

Kvalita života a její hodnocení nesporně přispívá k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka. Snaží se rozklíčovat samotnou podstatu lidského existence. Její zkoumání umožňují objektivní a subjektivní indikátory.

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a celkové spokojenosti se životem. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní a emoční prožívání vlastního života, které však nemusí být v přímé úměře se socioekonomickým statusem, a dokonce ani s biologickým zdravím. Hlavním zdrojem subjektivního pocitu

spokojenosti jsou mezilidské vztahy (rodina a přátelství), uspokojení vlastní prací a nesmíme opomenout významnou komponentu - prožívání volného času. V psychologii nalezneme několik konceptualizací toho, co se pod pojmem „kvalita života“ skrývá. Jedná se o: *spokojenost se životem* (sleduje faktory a instituce, které spokojenost lidí ovlivňují) a *prožívanou subjektivní pohodu - subjective well-being, happiness* (klade důraz na všeobecné hodnocení kvality života jako takové). (5, 16, 20)

Ke zjišťování a měření kvality života lze využít několik metod, nejčastěji jsou užívány různé druhy dotazníků a škál, které mohou být různě zkombinovány a vytvářet tak poměrně složité systémy výzkumu (např. HRQoL). Další frekventovanou technikou jsou rozhovory. Mohou být standardizované či nestandardizované, individuální nebo skupinové, v podobě osobního nebo telefonického interview. Poslední, spíše doplňkovou metodou, využívanou jen zřídka, je pozorování. Má ovšem nespornou výhodu oproti ostatním způsobům – nabízí autentický pohled na lidský život. (6, 14)

1.1.4 Kvalita života a zdravotně sociální péče

V současnosti se věnuje zvýšená pozornost otázkám kvality života uživatelů ústavních sociálních služeb. Dříve se kladl důraz především na posuzování kvality poskytovaných služeb, především z hlediska orientace na organizaci, bez ohledu na samotné uživatele těchto služeb.

Ústavní sociální služby mají mezi sociálními službami zvláštní postavení. Jsou určeny lidem, kteří nemohou nebo nechtějí žít ve vlastním prostředí domova a mají snahu, aby se vlastnímu prostředí domova co nejvíce přibližovali. Kvalita života v těchto institucích je velmi důležitá pro posouzení úspěšnosti či neúspěšnosti intervencí léčebných, ošetrovateľských a rehabilitačních. Poskytování kvalitní sociální služby by mělo být cílem každého poskytovatele i zadavatele. Kvalitu nelze zlepšovat bez toho, aniž bychom znali současný stav úrovně poskytovaných služeb.

Kvalita života obyvatel ústavů je přímo závislá na velikosti a vybavenosti těchto objektů. Jedná se zpravidla o objekty, kde je nedostatek soukromí, daný již architektonickým řešením bývalých zámků a objektů, které původně sloužily k jiným

účelům. Kvalitu života obyvatel v ústavních zařízeních zlepšuje návaznost a komplexnost poskytovaných služeb. Aby bylo garantováno poskytování kvalitních služeb, které uspokojí aktuální a individuální potřeby uživatelů (osoby se zdravotním postižením a staré osoby), je nutné tyto služby přizpůsobit jejich potřebám s postupnou modernizací a humanizací služeb stávajících. **(3)**

1.2 Základní životní potřeby člověka

Z hlediska psychologie, mají potřeby úzkou souvislost s motivací člověka. Potřebu člověk pociťuje jako subjektivní prožitek napětí, který koreluje s objektivně stanoveným stavem nedostatku, k jehož vyrovnání potřeba směřuje (saturace potřeby). Míra saturace potřeb je u každého člověka jiná a závisí na mnoha faktorech, jako jsou např. pohlaví, věk, psychický a fyzický stav, vzdělání, výchova, rodinný stav, socioekonomické podmínky anebo přítomnost patologického stavu (šok, bolest, horečka).

Jako příklad vezměme pyramidu potřeby podle A. H. Maslowa. Tato hierarchie potřeb je uspořádána v následujícím pořadí. Na bazální úrovni nalezneme potřeby fyziologické (dýchání, teplo, potrava, vyměšování, spánek, nepřítomnost bolesti, rozmnožování se), na ně navazuje potřeba bezpečí a jistoty (hledání jistoty, bezpečí), pak potřeba lásky a společnosti (náležet někomu/někam, milovat a být milován), dále potřeba sebeúcty (být druhými ceněn, vážen) a potřeba seberealizace a sebeaktualizace (stát se tím, čím se mohu stát, naplnit své možnosti). Maslow poté připojuje ještě další dvě potřeby – potřeba poznávání a porozumění a potřeba estetických prožitků. **(7, 31)**



Obr. 1 Maslowova pyramida životních potřeb

Každý člověk, aby mohl uspokojit své potřeby, stojící v pyramidě na vyšší úrovni (viz obr.1), musí mít nejprve saturovány základní - fyziologické potřeby. Jakmile nedochází k naplňování těchto základních životních potřeb, zvyšuje se u každého jedince možnost výskytu problémového chování, jako např. negativismus, agrese, ignorace společenských norem a sociálně patologické chování atp. **(31, 36)**

Základní lidské potřeby jsou univerzální jsou pro každého z nás. Proto u osob s mentální postihem neexistuje výjimka. Někdy se lze setkat s pojmem „lidé se speciálními potřebami“, což implikuje, že tito lidé mají nějaké „odlišné“ či „jiné“ potřeby, které lidé bez postižení nemají. Člověk s mentální retardací tedy nemůže mít a nemá jiné potřeby, než člověk bez postižení. Odlišnost můžeme nalézt pouze ve způsobu, jakým své potřeby uspokojujeme. Není tedy divu, že lidé, kteří vyrůstají ve „speciálním“ prostředí, si také naleznou speciální způsoby, jak své základní lidské potřeby uspokojovat nebo jak čelit jejich neuspokojení. **(19, 36)**

1.3 Mentální retardace

1.3.1 Definice mentální retardace

Definovat pojem „mentální retardace“ je velmi obtížné. Je vymezován množstvím definic, které mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince.

Mentální retardací rozumíme vývojovou duševní poruchu, charakterizovanou celkovým snížením intelektových schopností. Postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti (demonstruje se snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností) s prenatální, perinatální nebo postnatální etiologií.

Vede k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého jedince v jeho sociálním prostředí.

Můžeme se setkat i s jinými „ekvivalentními“ termíny jako je mentální postižení či oligofrenie (slabomyslnost) a demence / deteriorizace inteligence (tzn. mentální retardace získaná po 2. roce života). (27, 29, 34)

1.3.2 Etiologie mentální retardace

Výzkum příčin vzniku mentální retardace není zdaleka ukončen, dá se říci, že je spíše na počátku, než v závěrečných fázích svého vývoje. K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se navzájem ovlivňují či podmiňují. Nejčastěji se používá rozdělení do dvou základních skupin. Endogenní neboli vnitřní faktory (předmětem zájmu genetiky) - příčina je zakódována již v systému pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec. Exogenní čili vnější faktory tvoří druhou skupinu příčin mentálního postižení. Působí na jedince již v období početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodním období i v raném dětství. Podle období působení se tedy exogenní vlivy dělí na prenatální, perinatální a postnatální. Následkem působení některého těchto dvou skupin faktorů dochází nejčastěji k organickému poškození CNS, ke vzniku genetické vady nebo k projevu metabolické poruchy. (26, 27, 29)

1.3.3 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace je klasifikována dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), zpracovaná WHO v Ženevě a vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií (určujících stupeň mentální retardace):

Lehká mentální retardace (89 – 70 IQ)

Střední mentální retardace (69 – 50 IQ)

Těžká mentální retardace (49 – 30 IQ)

Hluboká mentální retardace (29 IQ a méně)

Jiná MR

Nespecifikovaná mentální retardace

Hloubku mentální retardace se dá určit podle inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. (22, 29)

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

1.3.3.1 Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně a udržovat konverzaci. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči i v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší. Hlavní potíže se obvykle projeví při teoretické práci ve škole – zejména v oblasti čtení a psaní. Většinu takto retardovaných osob lze zaměstnat nekvalifikovanou nebo málo kvalifikovanou manuální prací, která nevyžaduje teoretické schopnosti. V sociokulturním kontextu takto postižení nemívají žádné vážnější problémy. U značně emočně a sociálně

nezralých jedinců se projeví obtížná adaptabilita normám, kulturním tradicím, není schopen manželství nebo výchovy dětí, samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod. **(9, 29)**

1.3.3.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, jejíž vývoj je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se nedokážou domluvit, nebo jen stěží vyjádří své potřeby. Podobně je také omezena zručnost a schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluha). Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci (úkoly jsou pečlivě strukturovány pod odborným dohledem). V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. **(9, 29)**

1.3.3.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Snížená úroveň schopností je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje CNS. I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k procesu socializace, k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. **(9, 29)**

1.3.3.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti chápat a porozumět požadavkům či instrukcím, popř. jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní či značně omezená v pohybu, inkontinentní a přinejlepším je schopna pouze rudimentární neverbální komunikace. Schopnost pečovat o své základní potřeby je u této skupiny lidí minimální nebo žádná, proto vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. **(9, 29)**

1.3.3.5 Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích a těžce tělesně postižených osob, u jedinců s těžkými poruchami chování či u osob s autismem. **(9, 29)**

1.3.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze výše uvedených kategorií. **(9, 29)**

U mentální retardace se dále rozlišuje typ postižení – eretický a torpidní typ. **(34)**

1.3.4 Diagnostika mentální retardace

Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání dítěte v jeho bio-psycho-sociální jednotě. Jedná se o dlouhodobý proces, neboť dítě s mentální retardací má sníženou

úroveň adaptačních schopností. To znamená, že se obtížně přizpůsobuje novým podmínkám, těžko se orientuje v novém prostředí a nesnadno navazuje kontakt s neznámou osobou. Tyto skutečnosti se odrážejí v plnění úkonů a zkoušek, které mají odhalit úroveň a strukturu intelektových schopností dítěte. Přesné vymezení hodnot IQ, zejména okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie, je podle diagnostických zkušeností mnohdy značně obtížné a problematické. Hodnoty IQ mohou při opakovaných vyšetřeních kolísat, čímž získáme odlišné výsledky. (29)

I u osob s těžkou nebo hlubokou mentální retardací se objevují individuální rozdíly, ale vzhledem k výraznému omezení jejich schopností, především komunikačních (tzn. nemohou vyjádřit své potřeby a pocity), je velmi složité tyto zvláštnosti diagnostikovat. K úspěšnému stanovení diagnózy je nutná týmová spolupráce několika odborníků, ale také rodiče. Kromě kvantitativních metod (standardizované testy) se uplatňuje i kazuistický přístup, který umožňuje hlubší studium jednotlivých faktorů a vytvoření prognózy sledovaného jedince. (29, 34)

1.3.5 Charakteristika osob s mentální retardací

Z hlediska psychické struktury osobnosti lidé s mentální retardací netvoří homogenní skupinu, proto ji nelze přesně typologicky popsat. Člověk s mentálním postižením je „*svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy*“ (Švarcová, 2006). Přesto lze vysledovat několik společných znaků, lišících se rozsahem a hloubkou mentální retardace, duševním vývojem či kombinací s jiným typem postižení. Mentální retardace se klinicky projevuje:

- zpomalenou chápavostí a jednoduchostí (snížená schopnost učit se)
- sníženou mechanickou a hlavně logickou paměť
- malou slovní zásobou a neobratným vyjadřováním
- nízkou schopností udržet pozornost
- nejasnou osobní identifikací – „já“
- rigiditou chování (někdy až stereotypie)
- poruchami motoriky (vizuomotorika, hrubá a jemná motorika, lokomoce)

- opožděným psychosexuálním vývojem
- nerovnováhou mezi výkonem - výdejem energie a relaxací
- citovou vzrušivostí
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům (adaptační schopnosti)
- poruchami v komunikaci a v interpersonálních skupinových vztazích.

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi handicapovanými lidmi. V posledních letech stoupá procento výskytu mentální retardace v populaci jak u nás, tak i ve světě. Tato tendence však může být relativní, neboť nelze přesně evidovat počet osob s mentální retardací – hlavní důvod v našich podmínkách je dodržování lékařského tajemství. Statistiky uvádějí, že v současnosti jsou mentální retardací postižena přibližně 3–4 % občanů. Však absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není přesně znám. **(29)**

1.4 Integrace - inkluze

Pojem „integrace“ patří bezpochyby mezi velmi populární a aktuální termíny posledního desetiletí v souvislosti s přirozeným a nenásilným začleňováním lidí se zdravotním postižením do společnosti. Neznamená však, že se jedná o pojem zcela nový. Ve vyspělých zemích Evropy či USA se na tomto procesu pracuje již několik let, ale u nás zazněl až s pětadvacetiletým zpožděním. **(8, 34)**

1.4.1 Význam jednotlivých pojmů

Socializace znamená proces maximálního rozvoje osobnosti a začlenění do pracovního a společenského prostředí. V rámci tohoto procesu se rozlišují 4 stupně úspěšnosti jedince: 1. integrace – 2. adaptace – 3. utilita - 4. inferiorita. (26)

Sociabilita je individuální schopnost člověka utvářet a pěstovat mezilidské vztahy, navazovat a rozvíjet vztahy se sociálním prostředím. Je důležitou podmínkou pro úspěšné začlenění jedince do společnosti (obecně pro socializaci). (22)

Integrace podle slovníku cizích slov označuje "sjednocení, začlenění, zařazení". Jeho původ hledejme ve slovech „integer“ (znamená *neporušený, úplný, celý*), „integrális“ (*náležející k celku, nedílný*), „integritás“ (*neporušenost, bezúhonnost*).

Pojem „integrace“ lze tedy definovat jako proces plného začlenění člověka s postižením (minority) do společnosti zdravých (majority), kdy v ní dovede bez problému žít, cítí se jí přijat a sám se s ní identifikuje. Tento proces je závislý na míře uspokojení lidských potřeb jednotlivce a míře podpory společnosti. Zohledňuje člověka jako lidskou bytost, respektuje jeho důstojnost, svobodu a rovnost s ostatními. Vyznačuje se oboustranným vztahem majority a minority, jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití (např. volný čas, sport, zaměstnání, politika, samozřejmě edukace aj.). (8, 28)

Integrace se vztahuje na lidi různých věkových skupin v různých životních situacích, od raného dětství až po stáří, přičemž se přizpůsobuje potřebám dané skupiny. Je výsledkem procesu učení, proto musí být jedince s postižením dostatečně motivován. Je-li zátěž na integraci velká a motivace nízká, postižený jedinec se stáhne do ústraní a zůstane izolován nebo v minoritě podobně znevýhodněných. Důležitým předpokladem integrace postižených do intaktní společnosti (majority) je schopnost komunikace, porozumění pravidlům, které zde platí a jim přizpůsobené chování. Z tohoto důvodu i v současnosti existujeme poměrně vysoká izolace osob s mentálním postižením. (33)

Pojem integrace je postupně nahrazován výstižnějším pojmem **inkluze**, což znamená rovnoprávný vztah, vyrovnání příležitostí majority a minority. Je to především

postoj, přístup, hodnota, přesvědčení. Termín „include“ předznamenává být součástí něčeho, být zahrnut. (8)

1.4.2 Modely přístupů k osobám s mentálním postižením z hlediska integrace

1.4.2.1 Limitačního pojetí

Tento model měl svůj význam v minulosti, kdy se předpokládalo, že nejvhodnější variantou způsobu života je pro lidi s mentální retardací speciální, chráněné nebo ústavní prostředí. Pokud však uznáme právo lidí s mentální retardací žít v prostředí, které je přirozené pro jejich vrstevníky, pozbývá již tento model do značné míry svůj smysl, zejména v oblasti integračních snah. (19)

1.4.2.2 Popisný model

Můžeme jej v současné době vysledovat všude tam, kde vzniká snaha předcházet negativním jevům, mezi něž patří „nálepkování“ – „labeling“, stigmatizace, budování předsudků a zjednodušené vnímání člověka. Tyto přístupy se cíleně vyhýbají užívání pojmu „mentální retardace“ a raději mluví o lidech s mentální retardací, aby zdůraznili, že na prvním místě je nutno vidět lidskou bytost. Tento model není a stěží může být někde systematicky zachycen, ale můžeme jej vysledovat v různých definicích mentální retardace, která si stanovují mnohé skupiny osob či občanská sdružení. Výhoda tohoto modelu spočívá zejména v osvětové činnosti a boji proti předsudkům a stigmatizaci lidí s mentální retardací. (19)

1.4.2.3 Ekologický model

Vzhledem k integraci lidí s mentální retardací do běžné společnosti se jako nejvhodnější jeví právě tento model. Říká, že mentální retardace není absolutním znakem, který je vymezen jednotlivcem, ale je dána dynamickou interakcí mezi charakteristikou jedince a charakterem prostředí, ve kterém se tento jedinec pohybuje. Ekologický model je postaven na třech pilířích: první z těchto pilířů jsou *kompetence*

(capabilities), princip je založen na tzv. pozitivní diagnostice, v níž se popisují jedincovy silné stránky. Druhým pilířem je *prostředí* (environment), jenž určuje podmínky, ve kterých člověk s mentální retardací bude žít, učit se, pracovat a setkávat se s ostatními lidmi. Třetím pilířem je pak *fungování* (functioning), také definováno jako stupeň podpory, kterou člověk s mentální retardací potřebuje, aby mohl ve svém prostředí úspěšně žít a tedy „fungovat“.

Výhodou tohoto modelu je kromě praktické využitelnosti s ohledem na integrační tendence také to, že zdůrazňuje interakční povahu mentální retardace mezi jedincem a prostředím. **(19)**

1.4.3 Společnost a postižení

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým byl vždy ukazatelem, jaké zaměření a vnitřní život má společnost. Zejména pak ukazoval na základní směřování dané společnosti, na její priority, hodnotový systém atd. **(26)**

Postoje společnosti k postiženým jedincům bývají odmítavé či ambivalentní (vychází z nedostatečného porozumění jejich problémů. Postoje mají svou racionální a emocionální složku; rozumová složka odvisí od znalosti daného problému, kdežto citová složka funguje na principu přijetí či odmítnutí. Pokud má člověk nedostatek informací, emotivita vzroste na významu a postupně vznikne odmítavý postoj. Tato problematika byla dlouho tabuizovaná. V dnešní době se stále setkáme s nedostatkem informací a z nich plynoucích předsudků v prostředí laické veřejnosti. **(33)**

Integrace je vzájemný proces, kdy roste vzájemná pospolitost a sounáležitost. Má-li být tento vztah majority a minority vyvážený, musí být samotný člověk s postižením schopen jednak přijmout své postižení, nemoc, poruchu, či znevýhodnění a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Tím je zachována optimální kvalita jeho života, což vede k jeho životní spokojenosti (sociálnímu komfortu). Ale zároveň platí, že brát i dávat se musí na obou stranách. **(28, 35)**

Jedná se o svobodné a dobrovolné rozhodnutí člověka, který se cítí v oblasti svých zájmů a svého života nespokojen a chce tuto skutečnost svým jednáním ovlivnit.

Integrace poskytuje lidem s postižením stejná práva a svobody, jaké mají ostatní. Jedná se volbu každého z nás - žít život takový, jaký si představujeme.

O integraci se ve společnosti nejčastěji hovoří ve vztahu k integraci žáků a studentů s mentálním postižením do škol. Jedná se především o snahu pedagogů rozvíjet u žáků to, co je důležité k uspokojení jejich potřeb. Významnou roli rovněž hrají instituce, které se ve svých programech zaměřují především na získání pracovního uplatnění a pracovních návyků, způsobů a potřeb sebeobsluhy a komunikace, poskytují poradenství a bydlení pro lidi s postižením.

Do integrace jsou vědomě či nevědomě zapojeny desítky, stovky, tisíce zúčastněných i nezúčastněných osob, které mnohdy ani netuší, co okolo nich právě probíhá. Z toho je patrné, že se integrace postupně stává přirozeným procesem, jenž má svůj určitý koloběh, zákonitosti a není uměle vytvořen a navázán. (28)

1.5 Problematika ústavní sociální péče

1.5.1 Historie vývoje ústavní péče

Ústavní péče o nemocné a sociálně handicapované má pohnutou historii. V jednotlivých etapách společenského vývoje se internace lidí odehrávala v úzkém sepětí s politickou, ekonomickou a kulturní situací dané doby. Vývoj péče o osoby s postižením má za sebou dlouhou cestu, od lidového léčitelství a šamanismu, magických sil, přes akceptaci jedinců s postižením, nebo naopak naprostou segregaci či zabíjení, došel až do dnešní doby. (12)

V období prvních civilizací nedocházelo k izolaci lidí se zdravotními abnormitami. S postiženými bylo jednáno jako s právoplatnými členy společnosti. V antice se zde střetávají dva úhly pohledu – otroctví a zároveň myšlenka rovnosti. V této etapě vznikly první léčebné ústavy, tzv. asklépia a iátreia. V době římské se vytvářela zařízení internačního typu. Změnu přinesl až příchod křesťanství, kdy se budovali různé útulky pro děti bez rodiny a handicapované lidi. Po pádu Říše římské, došlo k většímu vzestupu křesťanství, při kláštorech a chrámech vznikala centra sociální

pomoci v charitativním smyslu. Byla to např. xenodochia a agapy. Pozdní středověk však praktikoval pracovní internace – tzv. galeje. Středověk je ve znamení zla a strachu, ze smrti (morové epidemie, lepra). O sociálně slabé a nepřízřusobené se starala církev, budovala různé špitály. Na konci středověku nastává posun od smrti k šílenství. Pomatenost byla jasným důkazem posedlosti d'áblem. Kdo nesplňoval církevní dogmata, byl obviněn z čarodějnictví, posedlosti satanem a poté fyzicky zlikvidován. Šílenství bylo chápáno jako projev animality, jestliže člověk ztratil to jediné, co jej dělalo lidskou bytostí – rozum – byl uvězněn. Duševní onemocnění bylo chápáno jako boží trest. Toto pojetí přetrvalo v evropské kultuře mnoho let až do 19. století. **(12, 22)**

Určitou změnu přináší renesance a její hledání pravdy ve vědeckém bádání. Snažila se vyvrátit pověry o čarodějnictví, ale přesto vyčleňovala mentálně postižené jedince ze společnosti. Znamé jsou „lodě bláznů“, jejichž hlavním úkolem bylo segregovat postižené jedince ze „zdravé“ společnosti. Hlavní osobností renesance byl *J. A. Komenský*, který byl velkým přínosem v oblasti vzdělávání a didaktiky. Propad v historii přichází s nástupem osvícenství, kdy vznikaly velké internační budovy, které byly spíše polosoudními institucemi, a s mentálně postiženými lidmi bylo nakládáno jako s vězni.

Radikální zvrat v péči o osoby s mentálním postižením nastává s moderních chápáním lidských práv a svobod. Autorem myšlenky humanizace péče o postižené ve špitálech byl psychiatr *Phillipp Pinel*. Na počátku 19. století dochází ke specializaci ústavní péče, vzniku nových institucí – polepšovna, trestnice, nemocnice, atd.

Konec 19. a počátek 20. století přináší změnu. Ústavy sloužící k izolaci osob s postižením se orientují na klienty a jejich potřeby. Organizovaná péče o mentálně postižené v Čechách začíná zřízením pražského Ernestina, jehož zakladatelem byl *MUDr. Karel Slavoj Amerling*. Další významná postava spojená s Ernestinem je *Karel Herfort* a jeho spolupracovník *Josef Zeman*. **(22, 34)**

Většina dnešních ústavních zařízení vznikla v poválečné době, byl vytvořen systém, který jednoznačně stanovil kritéria k zařazení jedince do ústavu zdravotního, sociálního či výchovného charakteru. I přes rozvolnění tradic v ústavní péči, dochází k tzv. skryté izolaci, žijí v komunitě stejně „postižených“ osob. Tento trend v minulosti

vedl ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa, kam ale paradoxně byla zahrnuta i klientova rodina. Až změny ve společnosti po roce 1989, zejména ideologické a politické, ukázaly nové obzory. Po vzoru evropských zemí se začal budovat systém sociální péče o osoby se zdravotním postižením. V ústavní péči se prosazují trendy, jako je deinstitucionalizace, humanizace, socializace a integrace jedinců s postižením do společnosti. Dnešním ideálem je spíše péče poskytovaná na míru každého klienta, přičemž je kladen důraz na podporu vzájemných vztahů s jeho blízkými. (12)

1.5.2 Pojem a funkce ústavní péče

Instituce poskytující sociální péči, dříve „ústav“, je specifická tím, že v zde skupina profesionálních pracovníků pečuje o skupinu lidí nějakým způsobem postiženou (znevýhodněnou). Matoušek říká: „*Ústav je zvláštní fenomén, personál je v něm zaměstnán jako v jakémkoliv jiné organizaci, pro klienty je však ústav dočasnou nebo trvalou náhradou domova.... Personál považuje klienty za objekt své práce, klienti chtějí být individuálními subjekty.*“ (Matoušek, 1999). Nedostatkem tradiční ústavní péče bylo nerespektování vlastního světa klientů a vytváření náhradního umělého světa. (18)

Institucionální zařízení jsou vytvářena pro homogenní skupiny dětí, mládeže a dospělých osob, jejichž identita je určena hlavním problémem, který je všem společný. Mezi hlavní funkce ústavního zařízení patří podpora, péče, výchova, rehabilitace a resocializace. (12)

Na druhou stranu právě celoroční, pobytová zařízení sociální péče jsou největším psychologickým a sociálním problémem. Právě ony zmiňované velké, homogenní kolektivy neposkytují jedincům důležitou identifikaci s mužskou / ženskou rolí. Mezi další problémy řadíme vznik hospitalismu (institucionalizace), kdy může dojít k celkové regresi ve vývoji, komunikaci, vzniku stereotypního chování. Častým úkazem může být „ponorková nemoc“ mezi uživateli, šikanování či zneužívání osob s postižením. erotické vztahy přerostou v neřešitelnou situaci, může docházet ke konfuzi rolí, což

přináší postiženému zmatek (vychovatel nemůže být otcem klienta). Výjimkou není ani ztráta soukromí a nutnost podřít se režimu v ústavu. Stále se setkáme s absencí zkušeností běžného života lidí. **(18, 34)**

Nasnadě také zůstává srovnání ústavního zařízení s domovem. Domov bychom mohli definovat jako místo, kde jedince může být v co největší míře sám sebou a nemusí zde příliš dbát na dodržování společenských konvencí. Kdežto v kolektivním zařízení naopak takový jedinec nemůže být sám sebou. Je neustále nucen (i když nepřímo) přizpůsobovat se režimu a potřebám ostatních obyvatel. Nemůže se v klidu věnovat své oblíbené činnosti, protože je neustále rušen (nebo ruší) jinými lidmi. V tomto smyslu vidíme, že ústav nemůže být téměř nikdy tím pravým domovem. **(18)**

1.5.3 Současné přístupy v sociální péči o osob s mentální retardací

Současný charakter ústavní péče je mnohvrstevnatý. Ústavy, které byly původně orientovány na izolaci lidí ze společnosti, se nyní zaměřují na potřeby klientů.

Ústavy, v nichž pobývají staří lidé, psychicky nemocní či mentálně retardovaní, nemají pouze udržovat své klienty při životě, ale měly by se maximálně snažit podporovat klientovu kvalitu života. Ovšem, co je kvalitou života každého jedince nemůže posoudit personál, pouze klient sám nejlépe ví, co pro něj představuje významnou hodnotu, a co je nežádoucí. Cílem snažení každého ústavního zařízení by mělo být smysluplné naplnění života jedince, aby se mohl cítit spokojen. Neboť, kdyby ústav neexistoval, byl by jedinec odkázán na péči své rodiny nebo by případně žil sám. **(18)**

Avšak audit českých ústavních zařízení ukázal, že ve státních organizacích, poskytujících sociální služby, stále přetrvává tradiční model péče o osoby s mentálních postižením. Tento model spíše preferuje zdravotní péči a je málo zaměřený na udržení a rozvoj adaptačních dovedností klienta. Stále existují tendence k izolaci od vnějšího světa – zejména u klientů s těžkou a hlubokou mentální retardací či s těžkým tělesným postižením. Tito klienti leží na pokojích bez dostatečných podnětů nebo kontaktu s ostatními osobami. Personál leckdy neakceptuje základní práva klientů a jejich

individuální potřeby a zvláštnosti. Zatímco u osob s lehčím mentálním postižením, které mají lepší potenciál se ve společnosti uplatnit, některá zařízení je této možnosti zbavují.

Poslední dobou se tento trend začíná transformovat díky zavedení Standardů kvality sociální péče. Stále více se přistupuje k péči rodinného typu, ve spoustě zařízení sociální péče dochází k reorganizaci vnitřního uspořádání do rodinných jednotek, kde je zaměstnána, pokud možno, stejná sestava ošetřujícího personálu, aby se uživatelům garantovala co nejvyšší péči. (17)

Velkou roli pro začlenění obyvatele v ústavu má způsob přijetí, zajištění soukromí a vytvoření intimity domova v maximální míře. Nezbytnou podmínkou pro spokojený život uživatelů je podpora duševní činnosti spojená s aktivizací, zapojením se do rozhodování, mít možnost volby, výběr z nabídky veřejných služeb v obci. Komplexní a pružné služby, poskytované dle aktuálních individuálních potřeb, podpora integraci a předcházení izolovanosti a samoty, by měly být cílem každého poskytovatele služeb. (3)

V dnešní době ubývá ústavních forem ve prospěch forem neústavních. Podle Mülpachra „*ústavní péče vždy zůstane alternativní možností sociální péče*“. (12)

Soudobá sociální práce klade důraz na práci terénní – jít za klientem do jeho přirozeného prostředí a vytvořit pro něj podmínky pro plnohodnotný život. Upřednostňují se takové formy péče, k nimž klient není nucen, ty přinášejí v konečném důsledku lepší výsledky. Do sféry ústavní péče v posledních letech začali pronikat vysokoškolsky vzdělaní profesionálové, kteří zkoumají nejen efektivnost jednotlivých programů, ale jsou i experty v otázkách organizačních. Stále více vznikají alternativní zařízení, ústavy se zmenšují na rozměry bytu, v němž žijí čtyři klienti se dvěma profesionály.

Tradiční ústavy se více a více otvírají okolní komunitě a prezentují se na veřejnosti. K. Waldijk, který v devadesátých letech popisoval vývoj ústavní péče o děti a mladistvé v Holandsku, použil příkladu: „*V padesátých letech by vám ředitel ústavu s hrdostí ukazoval bazén a jiné vymoženosti, které pro své svěřence vybudoval.*“ Dnes

by se nejspíše chlubil tím, že klienti navštěvují veřejný bazén ve městě. Ústavy pořádají akce pro veřejnost a klienti zase navštěvují akce pořádané místní komunitou.

Obecně se uznává, že velké, tradiční, někde dosud ponuré instituce klientům neprospívají, proto v některých zemích byly zákonem stanoveny limity omezující kapacitu ústavů a délku pobytu klientů v zařízení. Dřívější rigidní struktura se dávno uvolnila, klienti mají možnost volit mezi různými možnostmi náplně dne. **(12, 18)**

Současná společnost je charakteristická hledáním nových, alternativních forem v sociální péči. „tradiční, státem podporovaná péče, kterou většinově zajišťují profesionálové, je doplňována alternativními způsoby s převážně neprofesionálním týmem. Proto je stále aktuální otázkou, aby zde fungovala kvalitní příprava kvalifikovaných pracovníků alternativní sféry sociální péče. O vzdělání a celoživotní vzdělávání pracovníků sociální péče usiluje nový zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.). Zavádění standardů sociálních služeb do praxe, jejich plnění, ale i hodnocení zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb, které jsou určeny uživatelům těchto služeb. Zejména standardy, které se týkají ochrany práv uživatelů a stížností na kvalitu případně způsob poskytování služby. **(3, 12, 32)**

1.5.4 Netradiční formy péče o osoby s mentální retardací

Nové a netradiční formy péče o osoby s mentálním postižením mají své kořeny ve vyspělých evropských zemích (Dánsko, Holandsko, Skandinávie) nebo v USA.

Mezi tyto nové přístupy můžeme zařadit *pěstounskou péči*. V některých zemích je tento typ péče zcela běžnou záležitostí. Rodina ke svým dětem přijme do pěstounské péče i dítě s postižením, o něž se vlastní rodina nemohla či odmítla postarat.

Dalším typem je *neformální komunitní péče*. Vyplývá ze zájmu komunity a rodiny o péči dítěte s postižením. Na funkci této formy se podílí všichni členové dané komunity, i sousedé, což přináší spoustu pozitivních aspektů. Některé služby jsou rodinám poskytovány různými agenturami, anebo probíhají na neformální úrovni, sousedské výpomoci. Ale jako každá věc, má i tento přístup svá negativa. Rodiče mají obavy, zda příliš neobtěžují své přátele či sousedy, žádají-li od nich nějakou pomoc.

V Dánsku funguje program na bázi odlehčovacích služeb. Některé rodiny přijímají na víkendové i delší pobyty děti s velmi těžkými formami postižení, aby si jejich rodiče měli možnost odpočinout a zrekreovat se.

Posledním typem neformální péče jsou *služby dočasné výpomoci*. Jsou určeny rodinám či osamělým osobám pečujícím o dítě s MR, které se dostanou do situace, kdy nejsou schopni péči zajistit (úraz, závažné onemocnění). Tyto služby pomáhají řešit krizové situace, vzniklé v rodině postiženého jedince.

Hlavními požadavky na neformální služby jsou stabilita, flexibilita, bezpečnost a kvalita. V případě osob s mentálním postižením to platí dvojnásobně. **(29)**

1.6 Sociální služby

„Služby nemají řídit život, pouze pomoci člověku, aby ho mohl co nejvíce řídit sám.“ (Matoušek, 1999). **(17)**

Celý systém sociálních služeb prošel za uplynulé desetiletí několika výraznými změnami. Došlo ke kvantitativnímu nárůstu objemu poskytovaných služeb, vznikly nové metody a formy práce s uživateli a byly zřízeny nové typy institucí. Sociální služby tvoří významnou část aktivit jak státu, samosprávy, tak i nestátních subjektů, jejichž cílem je řešit problémy jednotlivců, rodin a skupin občanů, což má pozitivní odraz na celospolečenské klima. **(11)**

1.6.1 Definice sociálních služeb

Sociální službou se, dle §2 písm. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

Sociální služby zahrnují:

- a) sociální poradenství
- b) služby sociální péče
- c) služby sociální prevence

Zdravotním postižením se, dle §2 písm. g) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, rozumí postižení tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby. (32)

1.6.2 Definice vybraných druhů sociálních služeb

1.6.2.1 Domovy a penziony (homes)

Určeno lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost a kteří v této situaci nechtějí žít ve vlastním domácím prostředí. Služba je časově neomezená, nebo v případě přechodné potřeby (např. respitní služby) dočasná. Cílem poskytovaných služeb je podpora rozvoje, zachování stávající soběstačnosti uživatele, obnovení nebo zachování původního životního stylu. (2)

1.6.2.2 Chráněné bydlení (community residential facility)

Určeno lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, kteří chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Součástí služby je poskytnutí bydlení v bytě, který představuje domov. Je spravován poskytovatelem, je součástí běžné zástavby. Tato služba je časově neomezená. Cílem poskytovaných služeb je podpora soběstačnosti uživatele. (2)

1.6.2.3 Podporované bydlení (supported living)

Určeno lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy zejména v oblastech osobní péče a péče o domácnost, kteří chtějí žít samostatně v běžném prostředí. Podstatou služby je

pomoc s vedením domácnosti včetně hospodaření, provádění činností spojených s péčí o byt a v případě potřeby pomoc v oblasti osobní péče. Služba je poskytována ve vlastním bytě uživatele (nikoli v bytě spravovaném zařízením) a je časově neomezená. Cílem je umožnit člověku zůstat ve vlastním domácím prostředí. (2)

1.6.2.4 Osobní asistence (personal assistance)

Služba je určena lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy např. v oblastech osobní péče, využívání veřejných míst, péče o domácnost, kontaktu s rodinou a širší společností. Podstatou služby je osobní pomoc se zvládnutím běžných každodenních dovedností a úkonů. Služba je poskytována v přirozeném prostředí uživatele na základě aktuální potřeby uživatele v předem stanoveném rozsahu, nikoli výčtem úkonů. Cílem poskytovaných služeb je zajištění soběstačnosti uživatele nebo podpora rozvoje soběstačnosti a setrvání v přirozeném prostředí. (2)

1.6.2.5 Centra denních služeb (day service center)

Určeno lidem, jejichž schopnosti jsou sníženy, např. v oblasti osobní péče, využívání veřejných míst a služeb, využití volného času, získání a udržení si pracovního místa, uplatňování práv a nároků, kontaktu s komunitou atd. Jde o kombinaci služeb poskytovaných v denním režimu v zařízení a/nebo přirozeném prostředí, jejichž podstatou je aktivizace uživatelů, stabilizace a/nebo posílení jejich schopností a dovedností. Cílem je posílit samostatnost a soběstačnost lidí, jejichž schopnosti jsou z různých důvodů sníženy a umožnit jim využívat běžné veřejné nebo komerční služby, další zdroje společnosti. (2)

1.6.2.6 Raná péče (early intervention)

Služba orientovaná na celou rodinu s dítětem raného věku³, jehož vývoj je ohrožen vlivem zdravotního postižení či biologickými faktory nebo prostředím. Do služeb se promítají pedagogická, sociální a zdravotní opatření. Cílem je vrátit nebo

zachovat rodičům jejich kompetenci k výchově dítěte a k vytváření vhodných podmínek pro jeho vývoj. (2)

1.6.2.7 Odlehčovací služby (respite care)

Pomoc rodinám, které celoročně pečují o dítě s postižením, ve zvládnutí péče za současného zachování ve společnosti běžných příležitostí pro rodiče (zaměstnání apod.). Služby jsou poskytovány zejména formou doprovodů dítěte do školy, péči v domácím prostředí a také formou krátkodobých pobytů. Cílem je umožnit rodičům chodit do zaměstnání, zapojit se do společenského života, odpočinout si od celoroční péče o dítě. (2)

1.6.2.8 Poradny (counselling)

Služba je určena lidem, kteří v důsledku snížené soběstačnosti v některých oblastech, např. v uplatňování práv a nároků, využívání veřejných míst a služeb, kontaktu s komunitou i rodinou, komunikaci, nejsou schopni bez vnější podpory vyřešit specifickou situaci ve svém životě. Podpora je realizována prostřednictvím poskytování rad, zprostředkování informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, odkazování, aktivní pomoci při vyjednávání, zastupování a/nebo doprovázení. Cílem je nabídnout možnosti řešení a pomoc při jejich realizaci a tím, člověku umožnit, aby byl schopen vlastními silami vyřešit životní situaci. (2)

1.6.2.9 Dílny (sheltered workshops)

Služba je určena lidem, jejichž soběstačnost v některé oblasti používání služeb je natolik snížena, že potřebují dlouhodobou podporu při získání pracovního místa. Služba je poskytována ve zvláštních zařízeních s denním režimem. Uživatel není k poskytovateli služby v pracovněprávním vztahu. Podstatou služby je aktivizace, upevnění a rozvoj pracovních dovedností a návyků. Cílem je umožnit lidem v produktivním věku uplatnit své vlohy a připravit se na vstup na trh práce. (2)

1.6.2.10 Přejídné zaměstnávání (transitional employment)

Služba je určena lidem, jejichž snížené dovednosti využívat veřejná místa a služby, komunikovat, prosazovat vlastní zájmy atd. jsou současně provázeny neexistencí nebo výrazným omezením pracovních návyků. Jde o časově omezenou (řádově měsíce) podporu poskytovanou zařízením na běžných pracovištích jiných zaměstnavatelů bez uzavření pracovněprávního vztahu. Cílem je umožnit lidem v produktivním věku získat nebo obnovit pracovní návyky nutné k pozdějšímu získání a udržení si pracovního místa. **(2)**

1.6.2.11 Podporované zaměstnávání (supported employment)

Služba je určena lidem, kterým snížené dovednosti a schopnosti v zejména oblastech využívání veřejných míst a služeb, komunikace, zabraňující využití služeb zaměstnanosti. Tito lidé potřebují osobní individuální pomoc. Jde o časově omezenou ale dlouhodobou (řádově měsíce až 3 roky) službu, u níž se ze strany uživatelů předpokládá aktivní přístup. Podpora je uživateli k dispozici v případě potřeby i přímo na pracovišti. Cílem je umožnit lidem v produktivním věku využívat služeb zaměstnanosti a zejména získat a udržet si místo na otevřeném trhu práce (mimo systém chráněných dílen) za rovných platových podmínek. **(2)**

1.6.2.11.1 Specifika podporovaného zaměstnávání

Jedná se o komplex služeb, jejichž cílem je poskytnout člověku takovou podporu, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek. **(23)**

Smyslem PZ je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora (např. výhody) rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby. **(25)**

Principem je možnost práce lidí s postižením mezi lidmi bez postižení, sdílí s ostatními nejenom pracovní prostor, ale spolupracují a komunikují při společně vykonávané práci. Takové prostředí umožňuje rozvoj smysluplné sociální integrace. (23)

Podporované zaměstnávání vzniklo ve Spojených státech amerických v 70. letech jako alternativa k tradičním službám pro lidi s mentálním postižením v oblasti zaměstnanosti, v 90. letech konečně proniklo do Evropy (primát v úrovni drží skandinávské země).

Ve většině evropských státech patří podporované zaměstnávání ke službám, které jsou rozvinuty jen v určitých regionech, nikoli na celonárodní úrovni. Organizace PZ fungují buď jako nezávislé agentury poskytující služby širokému spektru lidí bez omezení na jednu cílovou skupinu, anebo jsou poskytovateli organizace, které nabízejí širší spektrum služeb jedné cílové skupině uživatelů (např. lidem s mentálním postižením). (24)

1.6.2.11.2 Zaměstnávání lidí s mentálním postižením

Důsledky a omezení plynoucí z mentální retardace se liší člověk od člověka, stejně jako se liší schopnosti lidí bez mentální retardace. Jaké činnosti mohou tito lidé vykonávat - několik příkladů z praxe: ošetřovatelé zvířat, pracovníci v prádelnách, údržbáři, pomocníci v knihovnách, úředníci pro zakládání dat, poštovní úředníci, údržbáři textilních strojů, stavební truhláři, zřízení ve zdravotnictví, skladníci, dělníci v zahradnické školce, poslíčci, kuchaři, pomocníci automechaniků, pomocníci ve strojírenství, tiskaři, montéři na lince, tovární dělníci, opraváři nábytku, pomocníci opravářů, obsluha kopírek, prodavači v potravinách a jiných obchodech, pomocné síly v nemocnicích, jeslích i denních centrech, pokladníci, domovní správci, dělníci při výrobě automobilových součástek a asistenti duchovních.

V České republice se na běžném trhu práce pohybuje jen velmi málo lidí s mentálním postižením. Hlavním problémem je přetrvávající segregace těchto lidí do speciálních programů, kde se nemohou naučit nic o volbě povolání, nemají možnost osvojit si přiměřené sociální návyky pro úspěšné zaměstnání a nejsou povzbuzováni

k zájmu o práci. Je třeba mít na paměti, že rovný přístup k zaměstnání a zákaz diskriminace je stanoven zákonem. (38)

1.7 Domov sociálních služeb ve Slatiňanech

1.7.1 O instituci – od historie po současnost

Domov sociálních služeb ve Slatiňanech byl založen v roce 1926, jakožto jedno z prvních zařízení, koexistujícím spolu s ústavem pro „slabomyslné“ děti v Opařanech u Tábora. Na vzniku a budování ústavního zařízení ve Slatiňanech se podílela Kongregace Školských sester OSF pod záštitou Zemského úřadu v Praze. Patronem ústavu se stal prof. MUDr. Karel Herfort, ten vykonával pravidelný odborný dohled a vedení zařízení.

V roce 1949 došlo k podstatným změnám v řízení ústavu. Budova i veškeré zařízení přešly do majetku státu. Vedení ústavu převzal stát nejprve prostřednictvím České katolické Charity.

V roce 1960 přešel ústav, jako ostatní sociální ústavy, pod jednotnou správu Státního úřadu sociálního zabezpečení a po stránce organizační i výchovné byl řízen z tohoto ústředí.

V roce 1986 byl dán do provozu nový pavilon, aby se rozvolnily přeplněné místnosti původní budovy a bylo dostatek prostoru pro výchovnou práci se svěřenými dětmi i pro správní úsek.

Po roce 1990 v návaznosti na stavební úpravy došlo k podstatné změně, výchovná oddělení byla nahrazena rodinnými buňkami.

Objekt DSS byl na samém počátku klášterem Kongregace Školských sester OSF, z něhož postupnou přestavbou vzniklo jedno z největších ústavních zařízení pro osoby s mentálním postižením v ČR. V současnosti je Domov sociálních služeb příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Pardubický kraj.

1.7.2 Poslání Domova sociálních služeb ve Slatiňanech

Posláním tohoto zařízení je včasná diagnostika postižení a poruch, vytvoření individuálních programů pro jednotlivé klienty, na jejichž základě je možné rozvinout individuální schopnosti a dovednosti a podpořit tak jejich soběstačnost a umožnit prostor pro úspěšnou integraci.

DSS je poskytuje denní, týdenní, pobytové služby 300 uživatelům a zároveň disponuje dvěma lůžky pro poskytování respitních služeb. Cílovou skupinou jsou uživatelé sociálních služeb - osoby s mentálním postižením ve věku od 3 let do 56 let (horní věková hranice je neomezená).

Za kvalitu poskytovaných služeb ručí tým kvalifikovaných pracovníků (většinou žen) a specialistů (pediatr, psycholog, logoped...). Mají možnost získat nové dovednosti a informace z přednášek a zážitkových kurzů, které zajišťuje a financuje „domov“.

1.7.2.1 Rodinné buňky DSS

Rodinné zázemí mají uživatelé služeb zajištěno v rodinných buňkách, které mají maximální kapacitu 13 obyvatel. V každé rodinné buňce spolu žijí uživatelé různého věku a různého stupně postižení, ale stejného pohlaví. Pocit „rodiny“ umožňuje i skutečnost, že o každou z nich pečuje stálý pečovatelský personál.

1.7.2.2 Domy rodinného typu (tzv. domečky)

Mají být moderní alternativou ústavní sociální péče v rámci procesu integrace. Žijí zde uživatelé odlišných věkových kategorií a pohlaví, přesto se snaží vytvořit jednu velkou rodinu. Jediný rozdíl od klasicky pojaté ústavní péče spočívá v samostatnosti těchto domečků. Na každý měsíc mají stanovený rozpočet, s nímž musí hospodařit, nakupují si sami, perou a žehlí prádlo a sami si chystají jídlo (kromě oběda, ten vozí z jídelny).

Personál je tvořen pracovníky sociální péče, kteří pracují na pozicích "pečovatelů - asistentů". Zaměřují se na individuální práci s uživatelem, je kladen důraz na jeho

osobnostní a sociální rozvoj a rozvoj pracovních návyků a dovedností (pomoc při domácích pracích). Asistent pomáhá uživateli zvyšovat jeho sociální zdatnost (pomoc při zvládání základních sociálních situací např. nakupování).

1.7.2.3 Chráněné bydlení

Tak to jsou Mézlův dům a Sluneční dům, kde byly vybudovány chráněné byty a chráněná dílna. Sluneční dům byl postaven jako jeden z nizozemských projektů v Evropě – kuriózní je v ekologickém způsobu vytápění (na střeše jsou instalovány solární kolektory). Nyní se zde nachází chráněné byty, chráněná dílna a učebny. Mézlův dům poskytuje uživatelům sociálních služeb ubytování v 1 až 3 - lůžkových garsoniérách. (viz Příloha 4)

1.7.2.4 Chráněná dílna

Jak již bylo dříve zmíněno, chráněná dílna se nachází ve Slunečním domě. Zde se vedle zaměstnanců firmy podílejí uživatelé služeb DSS na výrobě punčochového zboží a etiketování kosmetických výrobků.

1.7.2.5 Rehabilitační, výchovná, vzdělávací a pracovní činnost

Mezi poskytované služby patří široké spektrum terapií. V terapeutickém centru uživatelé využívají kuličkový bazén, dle svého zájmu se účastní muzikoterapie a ergoterapie v keramické dílně. Další velmi atraktivní terapií je hipoterapie v místním hřebčíně.

Jednu z nejdůležitějších funkcí plní výchovně-vzdělávací činnost, patří do systému celoživotního vzdělávání mentálně postižených. Je realizována ve třídách speciální školy, ve výchovných, pracovních a pracovních-výchovných skupinách. Absolventi speciálních škol mohou získat kvalifikaci pro své budoucí zaměstnání v praktické škole nebo nějakém odborném učilišti (OU a Praktická škola Chroustovice).

Vyvrcholením výchovně-vzdělávacího procesu je příprava a zapojení uživatelů sociálních služeb do pracovních-rehabilitační a pracovní činnosti. Část uživatelů je

zapojena do pracovního procesu ve Slatiňanech či v Chrudimi, nebo registrována na Úřadu práce v Chrudimi anebo je zapojena do pracovní činnosti organizace podporovaného zaměstnávání „Rytmus, Chrudim“. Takto organizovaná rehabilitační a pracovní činnost výrazně přispívá nejen k prohlubování pracovních dovedností a návyků osob mentálně postižených, ale i k jejich socializaci a integraci do života běžné populace.

1.7.2.6 Volný čas a zájmové aktivity

Podstatnou součástí života DSS je kulturní činnost. Kromě již tradičních táborů a rekreačních pobytů v rámci ČR, organizuje DSS i zahraniční rekreace, pořádá pravidelné diskotéky, soutěže na dopravním hřišti, sportovní soutěže, karnevaly, účastní se kulturních pořadů v rámci domova, ve městě a sportovních i kulturních akcí v rámci Východočeského regionu - plesy, divadelní představení, výstavy apod. Vyhlášenou akcí je každoroční Den otevřených dveří DSS ve Slatiňanech.

Uživatelé dle svého zájmu mohou navštěvovat i hodiny klavíru, flétny a kytary. Velmi dobře také pracuje výtvarný a taneční kroužek (taneční skupina STEP), o které je velký zájem. Každý má možnost využívat volný čas dle svého přání. Pokud jsou zdatnější, mohou samy odejít na vycházku po městě, nebo po okolí. S ostatními musí jít vždy doprovod.

Významné úspěchy v regionálních i celostátních soutěžích zaznamenávají členové sportovního klubu POHODA, který se s úspěchem účastní Abilympiády. DSS je organizátorem sportovních her ve východočeském regionu, je členem asociace ústavů sociální péče v České republice.

1.7.3 DSS a integrace

Domov sociálních služeb hraje velkou roli v procesu integrace. V rámci několika projektů financovaných EU mohl uskutečnit již několik aktivit, zaměřených na poskytování služeb pro znevýhodněné skupiny za účelem vytváření rovných příležitostí pro znevýhodněné skupiny obyvatelstva.

První projekt obnášel výstavbu dvou rodinných domků a aplikaci nového integračního programu, jehož cílem je vyvolat kvalitativní změnu ve způsobu života klientů. Integrační program realizovaný v návaznosti na nové prostředí je zaměřen na samostatnost, posílení sebevědomí, motivaci a na podporu osob s mentálním postižením v jejich snaze o pracovní zařazení dle individuálních možností a schopností každého uživatele. (V roce 2006 byly svépomocí dostavěny další dva rodinné domy – viz obr. 2)



Obr. 2 – Plán výstavby čtyř rodinných domů

Druhým projektem byla plánovaná výstavba celoročně využitelného, bezbariérového a víceúčelového zařízení - krytého vyhřívaného bazénu se speciálně členěným dnem, dvěma plaveckými dráhami, podvodním osvětlením, chrličem a perličkovou lázní. Hlavním cílem projektu je rozšíření služeb DSS Slatiňany, zvýšení kvality života uživatelů těchto služeb a zintenzívnění kontaktu uživatelů služeb DSS s obyvateli obce, neboť toto zařízení na základě partnerských smluv mohou využívat pro výuku plavání i žáci mateřské a základní školy ve Slatiňanech. Výstavba byla dokončena v prosinci 2006.

Postupným rozvolněním Domova sociálních služeb se kvalitativní změna životních podmínek a péče pozitivně dotkne všech uživatelů DSS (uvolnění kapacity hlavní budovy, snížení počtu uživatelů na pokojích). V souvislosti s rozšířením DSS se předpokládá prolomení "bariéry ústavu". Charakter nového bydlení osob s mentálním postižením a otevření se společnosti zcela odstraňuje tradiční představu o ústavní péči

a je výrazným integračním přínosem. Výrazně přispívá k socializaci a integraci osob s mentálním postižením do života běžné populace. **(37)**

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je srovnat kvalitu života uživatelů sociálních služeb v jednotlivých typech sociální péče poskytovaných v Domově sociálních služeb ve Slatiňanech – tradiční, kolektivní typ *versus* moderní, rodinný typ ústavní péče. Porovnat, který ze dvou zmíněných typů péče je přínosnější pro rozvoj osobnosti klientů, integraci (inkluzi) do společnosti, pracovní uplatnění a jejich kvalitu života. Pro dosažení tohoto cíle byly vytyčeny následující dílčí cíle:

Cíl 1 (C1): Porovnání dvou typů sociální péče v DSS Slatiňany – tradiční typ (rodinné buňky DSS) a rodinný typ péče (domy rodinného typu „domečky“) - jejich podíl na rozvoji osobnosti uživatelů sociálních služeb, jejich integraci do společnosti a pracovní uplatnění.

Cíl 2 (C2): Zjištění kvality života uživatelů sociálních služeb v jednotlivých typech sociální péče v rámci DSS Slatiňany (tradiční typ - rodinné buňky DSS *versus* rodinný typ - péče domy rodinného typu „domečky“).

Výsledky mé práce budou použity jako zhodnocení významu využití alternativ v ústavní péči v Domově sociálních služeb Slatiňany a zároveň jako podklad k volbě vhodné formy poskytované péče a služeb ostatním poskytovatelům sociální péče.

Na základě těchto cílů byly stanoveny následující hypotézy.

2.2 Hypotézy

H1: Alternativní přístup v péči o osoby s mentálním postižením více podporuje jejich integraci do společnosti, než tradiční typ ústavní péče.

Integrace jedince do společnosti závisí:

- na míře uspokojování individuálních potřeb jedince
- na podpoře samostatnosti a soběstačnosti jedince

- na získání a uplatnění pracovních návyků a dovedností
- na možnosti podílet se na rozhodování

H2: Kvalita života uživatelů sociálních služeb je vyšší v sociální péči rodinného typu (domečky) než v tradičním typu ústavní péče (rodinné buňky DSS).

Kvalita života uživatelů sociálních služeb bude hodnocena v těchto oblastech:

- kvalita poskytované péče z hlediska přístupu pracovníků k uživatelům sociálních služeb DSS Slatiňany
- subjektivní spokojenost uživatelů s úrovní bydlení a soukromí
 - vliv prostředí na integraci (samostatnost, rozhodování)
- možnosti seberealizace a využití volného času
- možnost (míra) uplatnění na trhu práce

Rodinné buňky DSS – Původní oddělení byla rozdělena do malých jednotek – rodinných buněk o maximální kapacitě 13 obyvatel. V každé rodinné buňce spolu žijí uživatelé různého věku a různého stupně postižení, ale stejného pohlaví. Pocit rodinného zázemí má utvářet stálý personál. Přestože je snaha o uplatnění rodinného typu péče, jsou zde stále velmi patrné negativní stránky tradičního přístupu.

Domy rodinného typu (dále jen domečky) - Jsou moderní alternativou ústavní péče. V každém domě, který má kapacitu 7-9 obyvatel, bydlí uživatelé služeb odlišných věkových kategorií, stupně postižení i pohlaví. Stálý personál zde aplikuje rodinný přístup péče o postižené klienty se zvláštním zřetelem na podporu jejich integrace do společnosti. Domečky fungují od roku 2005.

3. METODIKA

3.1 Použité metody výzkumu

K vypracování bakalářské práce na téma „Porovnání forem ústavní péče o osoby s mentálním postižením vzhledem ke kvalitě života klientů – DSS Slatiňany“ byla použita metoda analýzy dokumentů a dotazování. Použitými technikami sběru dat jsou sekundární analýza dat, dotazník a standardizovaný rozhovor.

3.1.1 Technika sekundární analýzy dat

Technika sekundární analýzy dat byla zvolena k získání potřebných dat pocházejících z dokumentace jednotlivých uživatelů Domova sociálních služeb ve Slatiňanech.

3.1.2 Technika dotazníku

Dotazník je jednou z technik kvantitativního sběru dat. Jedná se o standardizovaný soubor otázek, které jsou připraveny na formuláři, kam respondent zaškrťává, vyplňuje své odpovědi. **(1)**

Pro účely tohoto výzkumu byl použit dotazník, který se skládal ze 14 otázek – 3 otázky byly uzavřené, respondenti volili z více možností, 1 otázka byla polootevřená, 1 otázka filtrační a 9 otázek bylo otevřených - zde byl respondentům ponechán prostor pro vyjádření svých názorů a pocitů. (viz Příloha 1)

3.1.3 Technika standardizovaného rozhovoru

Jedná se o techniku kvantitativního výzkumu. Standardizovaný rozhovor má přesně danou strukturu, respondentovi klade předem připravené otázky, které jsou převážně uzavřené, a odpovědi jsou omezeny na volbu z předem daných kategorií. **(1)**

Sběr dat probíhal s počtem 20 uživatelů služeb DSS Slatiňany. Odpovědi respondentů byly zapisovány do záznamového archu, který obsahoval základní identifikační údaje o respondentovi (pohlaví, věk, stupeň postižení, vzdělání, formu ubytování a dobu pobytu v DSS, etc.). Následujících 10 otázek zjišťovalo celkovou spokojenost uživatelů s ubytováním, možnosti seberealizace a míru integrace do společnosti. 2 otázky byly otevřené, 2 polootevřené a 6 uzavřených. (viz Příloha 2)

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

3.2.1. Zaměstnanci Domova sociálních služeb ve Slatiňanech

Dotazníkové šetření probíhalo v období od února do března 2007 mezi zaměstnanci příspěvkové organizace Domov sociálních služeb ve Slatiňanech. Pro účely výzkumu bylo osloveno 80 náhodně vybraných pracovníků z celkového počtu 224 zaměstnanců. Vzorek respondentů zahrnoval pracovníky přímé péče, pracovníky sociální péče, vychovatele a pedagogické pracovníky, kteří s uživateli pracují v rámci výchovného, vzdělávacího a pracovní-vzdělávacího programu. Dotazník byl předložen 80 náhodně vybraným zaměstnancům DSS Slatiňany. Z tohoto počtu 80 rozdaných dotazníků se ke zpracování vrátilo celkem 56 dotazníků, což odpovídá 70% návratnosti.

3.2.2. Uživatelé sociálních služeb DSS Slatiňany

Standardizovaný rozhovor probíhal v únoru 2007 s 20 respondenty. Do výzkumu bylo zařazeno 10 klientů žijících v rodinných buňkách v DSS Slatiňany a 10 klientů žijících v domech rodinného typu (domečky). Obě formy sociální péče jsou koedukované, také věk a stupeň postižení jednotlivých uživatelů je různý. Vzorek respondentů byl volen s ohledem na věk, pohlaví, stupeň postižení a komunikační schopnosti klientů, přičemž byl kladen důraz na to, aby obě skupiny respondentů byly v uvedených charakteristikách podobné.

4. VÝSLEDKY

4.1 Dotazníkové šetření mezi zaměstnanci DSS Slatiňany

4.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazníkové šetření probíhalo v období od února do března 2007 mezi zaměstnanci příspěvkové organizace Domov sociálních služeb ve Slatiňanech. Z celkového počtu 80 oslovených respondentů na dotazník reagovalo 56 zaměstnanců, což je 70 % z původního vzorku.

Při dotazníkovém šetření byli osloveni jak muži, tak ženy. Při vyhodnocení dotazníku bylo zjištěno, že ve výzkumném souboru jsou zastoupeny výhradně ženy. Na dotazník nereagoval žádný z mužů.

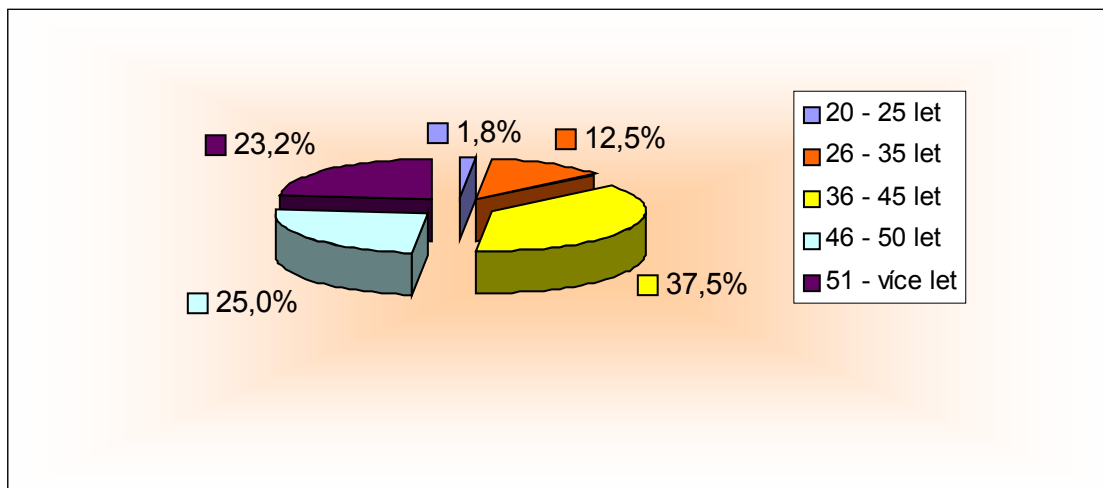
Tabulka 1: „Kolik je Vám let?“

Věková kategorie	Počet respondentů
20 - 25 let	1
26 - 35 let	7
36 - 45 let	21
46 - 50 let	15
51 - více let	12

Zdroj: vlastní výzkum

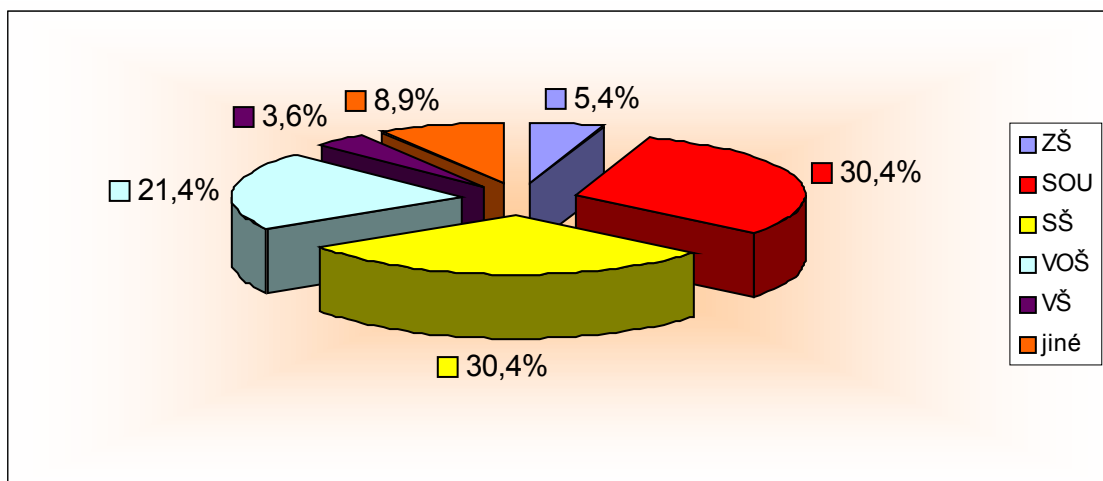
Podle níže uvedených výsledků je patrné, že nejvyšší procento pracovníků DSS Slatiňany se nachází ve středním věku, a to zejména v rozmezí 36 – 50 let. Dále vyplývá, že mezi respondenty je zastoupen malý počet zaměstnanců mladších 36 let. (Tab.1, Graf 1).

Graf 1: Věkové kategorie respondentů (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

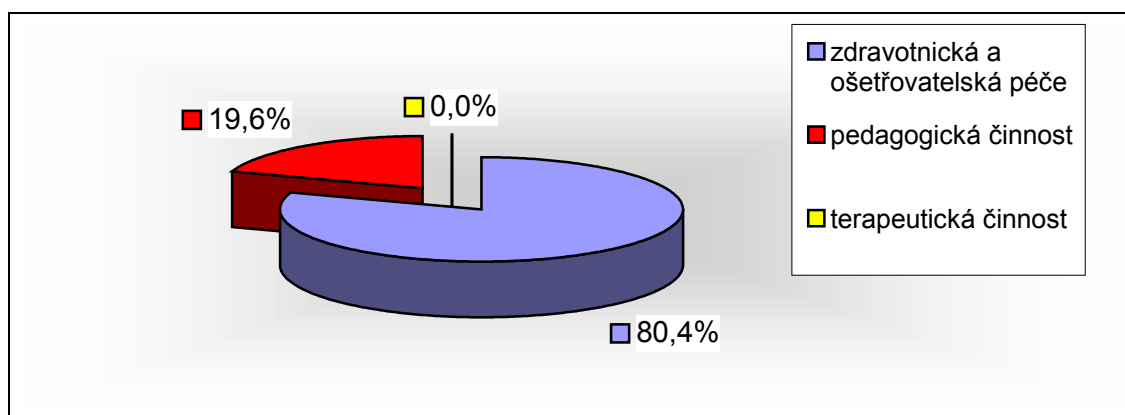
Graf 2: „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“ (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že nejvyšší procento respondentů má středoškolské vzdělání s maturitou (17 zaměstnanců) nebo je vyučeno (17 pracovníků). 12 respondentů má vyšší odborné vzdělání a pouze 2 respondenti jsou vysokoškolsky vzdělání. Nejvyšším dosaženým vzděláním u 3 zaměstnanců je vzdělání základní. Z celkového počtu 56 dotázaných 5 respondentů zvolilo možnost *jiné*. (Graf 2)

Graf 3: „Jakou oblast péče / pracovní činnosti zajišťujete?“ (v %)

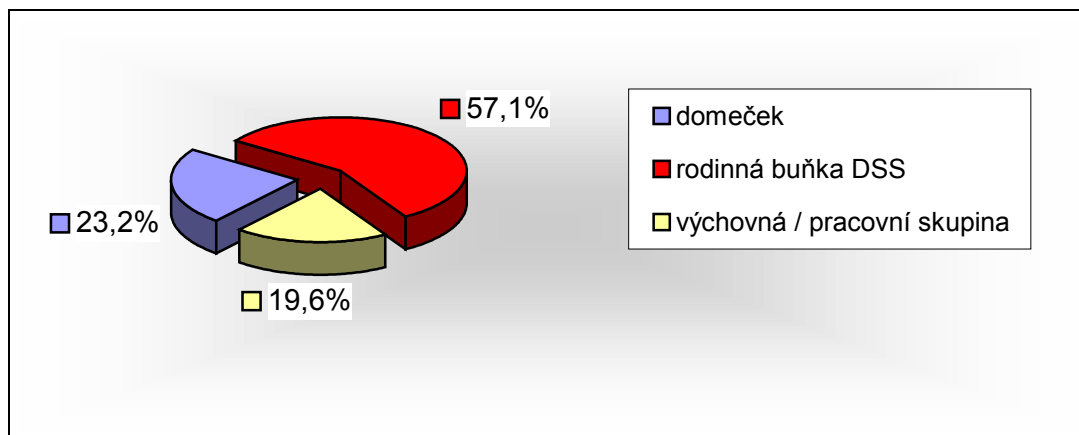


Zdroj: vlastní výzkum

Většina, což je 45 respondentů (80,4 %), zajišťuje péči zdravotnickou a ošetrovatelskou. Zbývajících 11 zaměstnanců (19,6 %) působí v oblasti vzdělávací a výchovné. Žádný respondent (0,0 %) nevykonává terapeutickou činnost. (Graf 3)

Skupina respondentů výchovně - vzdělávací činnosti má celkově vyšší dosažené vzdělání a zároveň dosahuje nižšího věku, než skupina pracovníků z rodinných buněk DSS.

Graf 4: „V jakém typu péče o klienty pracujete?“ (v %)

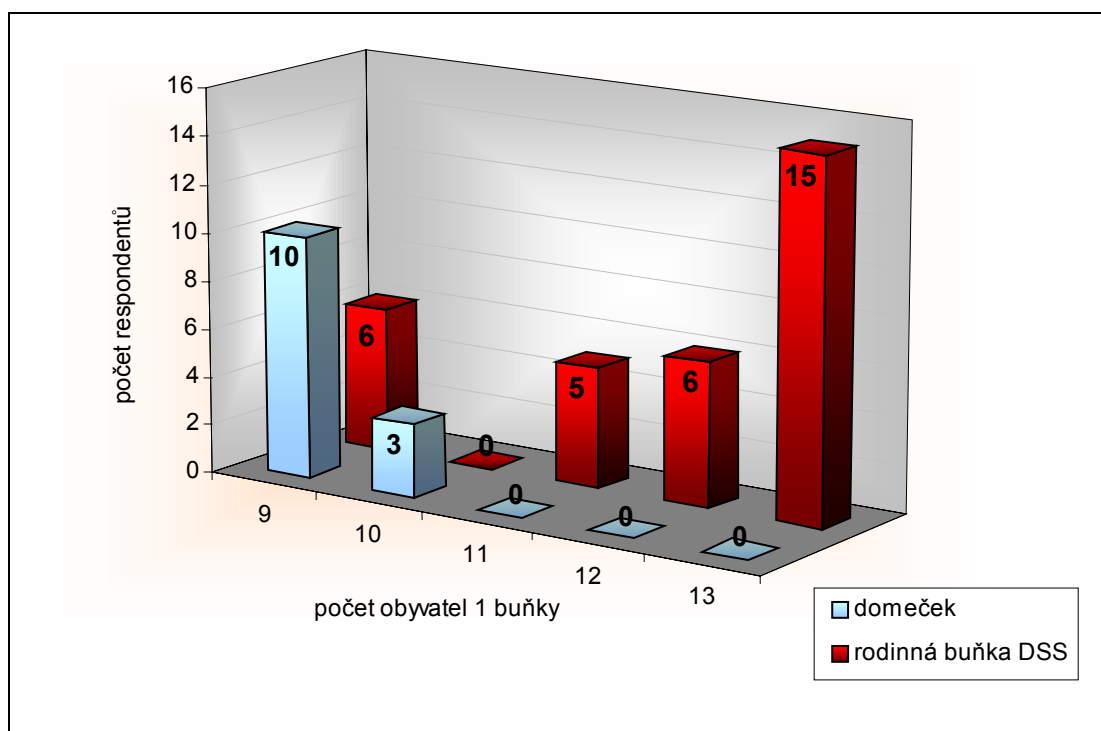


Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu 56 respondentů je 13 dotázaných (23,2 %) zaměstnáno v domečku, 32 zaměstnanců (57,1 %) vykonává pracovní činnost na rodinných buňkách DSS Slatiňany a posledních 11 respondentů (19,6 %) zajišťuje pracovní – výchovnou činnost. (Graf 4) Celkově nejmladší skupinou respondentů tvoří vzorek zaměstnanců z domečků.

V otázce: „**Kolik klientů máte na starosti v domečku/rodinné buňce?**“, která byla určena pouze pracovníkům přímé nebo sociální péče, odpovědělo 10 ze 13 respondentů, že pracující na domečku s kapacitou 9 osob. V případě respondentů z rodinných buněk DSS je celková kapacita buněk vyšší, než v domečku. Nejčastěji uživatelé žijí na buňkách pro 13 obyvatel. Tuto možnost zvolilo celkem 15 respondentů z 32 pracovníků rodinných buněk DSS. (Podrobněji viz Graf 5)

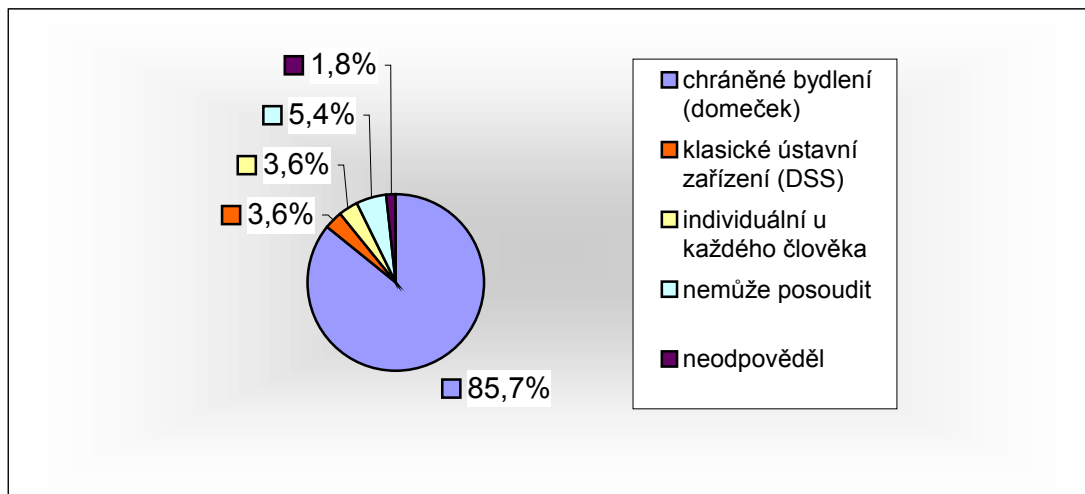
Graf 5: Přehled ubytovací kapacity jednotlivých buněk (v absolutních hodnotách)



Zdroj: vlastní výzkum

4.1.2 Dílčí výsledky

Graf 6: „Která forma sociální péče je podle Vás přínosnější pro rozvoj, osobní pohodu a úroveň života uživatelů? A proč?“ (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Celých 48 respondentů (85,7 %) vidí výhody a přínos v uplatnění alternativní péče o osoby s mentálním postižením, jako je chráněné bydlení (zde domečky). Svůj názor zdůvodňují lepší socializací a plynulejší integrací osob s mentálním postižením do běžného života. Přínos vidí také v „rodinném“ prostředí a pozitivní atmosféře, ve které klienti žijí. Naopak 2 respondenti zastávají názor, že klasická ústavní péče má více výhod než alternativní přístupy, neboť je zde větší kolektiv osob, a zejména imobilní uživatelé nejsou izolováni. 2 respondenti se domnívají, že u každého jedince je volba „vhodného“ zařízení ovlivněná typem a stupněm postižení. 3 dotázaní nemají potřebné zkušenosti, proto nemohou tuto skutečnost objektivně posoudit. (Graf 6)

„V čem si myslíte, že spočívají výhody pracovišť vzhledem k náročnosti práce, odpovědnosti, množství činností, které je třeba zastat, uspokojení z práce, kolektivu,...?“

Domeček:

Většina respondentů se shodla, že velkou výhodou je systém, podle nějž domeček funguje. Má podobná pravidla jako život v rodině, uživatelé se více podílí na chodu domácnosti (tzn. vaří, uklízí, perou, žehlí, chodí na nákupy,...). Mají více soukromí a klidu, obklopeni pozitivně působícím prostředím. Kolektiv je menší a stálý.

Rodinná buňka DSS:

Převážná většina respondentů neshledává výhody této formy ústavní péče (ve srovnání s domečkem). Někteří zaměstnanci uvedli jedinou výhodu, což je bezproblémový pohyb po areálu DSS - uživatelé nemusí složitě docházet k lékaři, do školy, na terapie, vše mají takřka v jedné budově.

„A jaké naopak spatřujete nevýhody těchto pracovišť?“

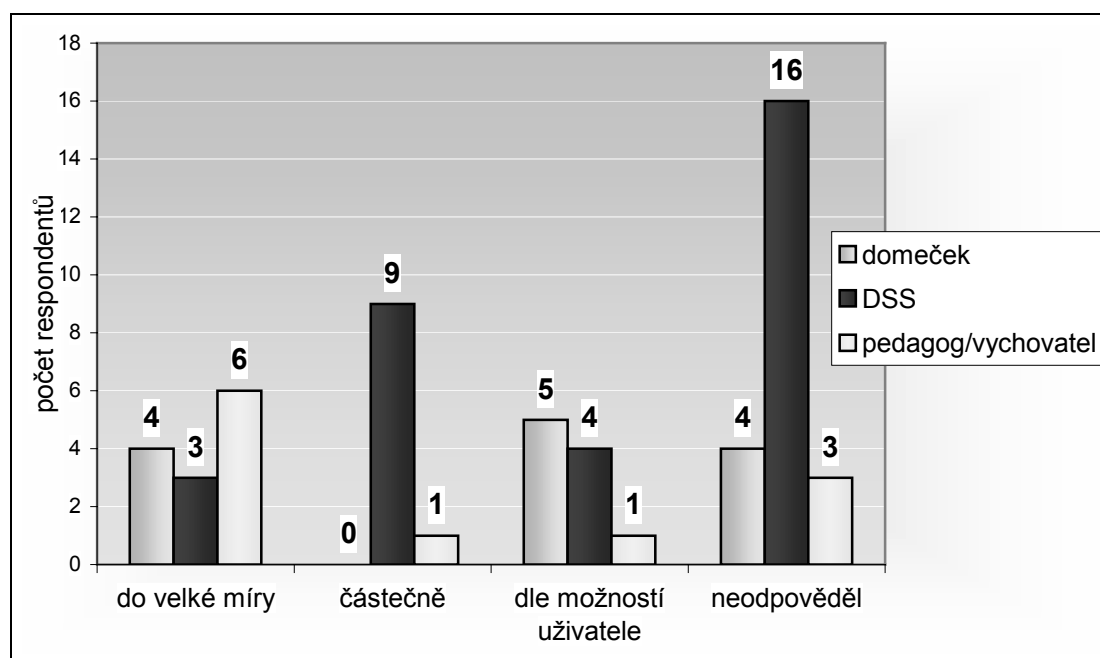
Domeček:

Respondenti u tohoto typu péče téměř žádné nevýhody nevidí nebo je nemají s čím porovnat. Několik zaměstnanců uvedlo, že nevýhodou je poměrně velká zodpovědnost pracovníka a množství činností, které musí zastat.

Rodinná buňka DSS:

Velké množství respondentů uvedlo hned několik negativ, a to zejména nedostatek soukromí uživatelů, stereotyp, hektičnost, velký počet klientů na buňku, nevyhovující prostory a personální kapacity.

Graf 7: „Do jaké míry se snažíte vyhovět individuálním potřebám jednotlivého klienta? A co Vás v tom omezuje?“ (v absolutních hodnotách)



Zdroj: vlastní výzkum

Reakce respondentů zaměstnaných v domečcích:

Z grafu je patrné, že většina pracovníků přímé péče se snaží uživatelům a jejich potřebám vyhovět do velké míry nebo alespoň v rámci možností daného uživatele. Zároveň se necítí být ničím omezováni v plnění individuálních přání klienta. 4 respondenti na tuto otázku neodpověděli. (Graf 7, 8).

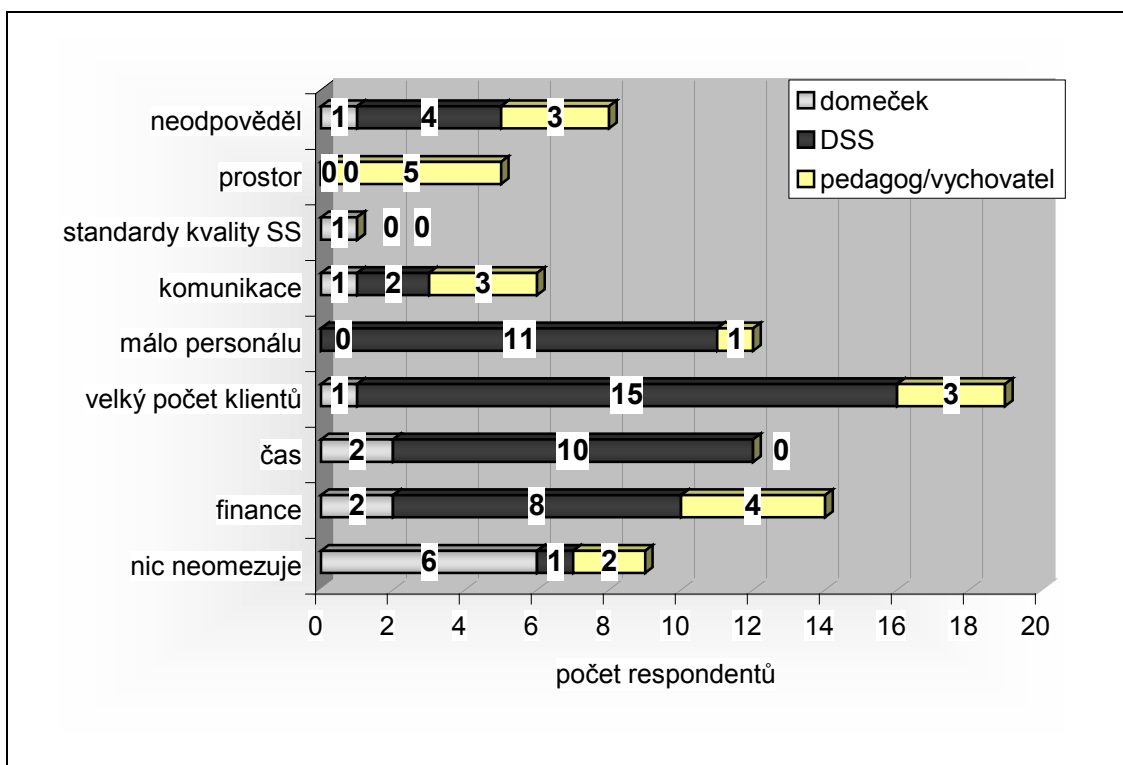
Reakce respondentů zaměstnaných na rodinných buňkách DSS:

Ze 32 oslovených respondentů celá polovina dotázaných nebyla schopna reagovat na tento dotaz. Druhou polovinu tvoří 3 respondenti, kteří se snaží vyhovět do co nejvyšší míry. Zbývající část respondentů se shodla na názoru, že uživatelům mohou vyhovět jen částečně nebo v rámci možností každého uživatele. Omezení vidí zejména ve velkém počtu klientů na 1 pracovníka, v nedostatku personálu, v časovém harmonogramu a financích. (Graf 7, 8).

Reakce respondentů působících v pedagogické / výchovné oblasti

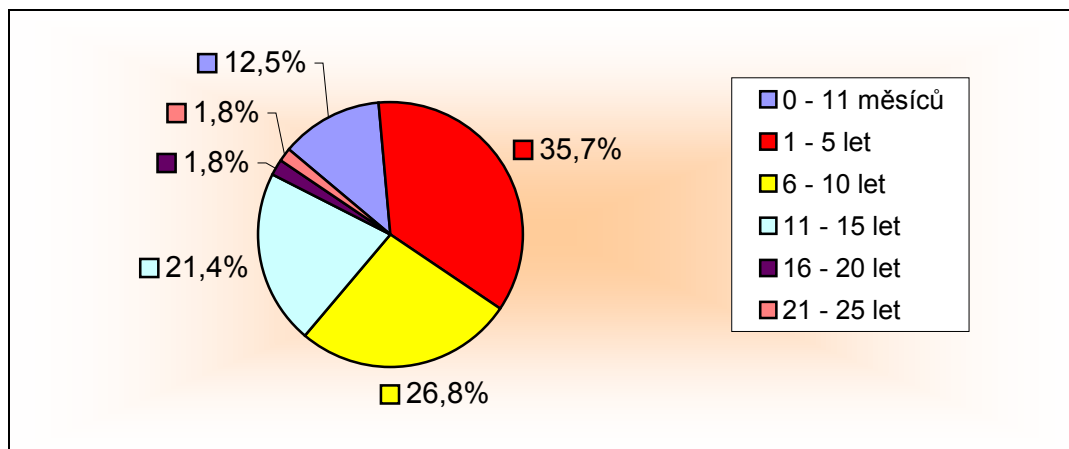
Z 11 respondentů se více jak polovina shodla, že se uživatelům snaží vyhovět do té nejvyšší míry, ostatní se snaží vyhovět v mezích individuálních možností klienta. Jako omezující faktory pocítují finanční stránku každého klienta, dále bariéra v komunikaci, nedostatek prostoru a velký počet uživatelů ve skupině. (Graf 7, 8)

**Graf 8: Přehled faktorů ovlivňujících splnění individuálních potřeb uživatelů
(v absolutních hodnotách)**



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9: „Jak dlouho pracujete v DSS Slatiňany?“ (v %)



Zdroj: vlastní výzkum

Jak lze vyčíst z výše uvedeného grafu (Graf 9), struktura zaměstnanců je v této oblasti poměrně vyrovnaná. Rozdíl lze sledovat pouze v případě jednotlivých forem péče, neboť respondenti rodinných buněk pracují v DSS delší dobu, než respondenti v domečkách (zde pracují obvykle zcela noví zaměstnanci).

„Znáte jiné zařízení sociálních služeb v ČR, které by mělo podobně fungující projekt s domečky?“

Z celkového počtu 56 respondentů jich více jak polovina (38 respondentů) odpověděla, že podobné projekty nezná. Tato skupina respondentů zahrnovala především pracovníky rodinných buněk DSS a pracovníky výchovně-vzdělávací oblasti. Zbylých 18 respondentů uvedlo místa, kde obdobné projekty fungují: Žampach, Opočno, Rychnov n. Kněžnou, Rousínov, Svitavy, Skřivany, Dolní Poustevna, Slapy, Oslavany, atd.

„Co Vás motivovalo k práci s osobami s mentálním postižením?“

Na tuto otázku téměř všichni respondenti odpovídali souhlasně. Motivovala je touha někomu pomáhat a být prospěšný. Preferují tuto profesi zejména proto, že rádi pracují s lidmi – fascinuje je bezprostřednost a citlivost osob s mentálním postižením.

„Jakým způsobem se bráníte syndromu vyhoření?“

Žádný z oslovených pracovníků se nezmínil, že by se cítil být vyhořelý, ale v případě „nutnosti“ se snaží využívat supervizi. Většina respondentů sází na duševní hygienu, seberealizaci, sport a další zájmy. Za důležité považují rodinné a partnerské zázemí a pozitivní atmosféru na pracovišti (v kolektivu).

4.1.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Předmětem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaký názor mají pracovníci DSS Slatiňany na využívání alternativních přístupů v sociální péči a jaká vidí pozitiva v uplatnění těchto přístupů v instituci, kde pracují. Z analýzy výsledků tohoto výzkumu vyplývá: většina respondentů (85,7 %) se shoduje v názoru, že užití alternativ v sociální péči (jako jsou domy rodinného typu, chráněné a podporované bydlení) jsou přínosné pro život uživatelů v mnoha ohledech. Zde je nastíněn hlavní důvod, proč je alternativní přístup (*zde domečky*) tak významný. Umožňuje uživatelům velkou míru soukromí, poskytuje možnost vyzkoušet si věci spojené s každodenními činnostmi a funguje na principu rodinné péče, což uživatelům poskytuje pocit bezpečí a zázemí, aby se lépe socializovali a integrovali do běžného života.

4.2. Standardizovaný rozhovor s uživateli sociálních služeb DSS Slatiňany

Standardizovaný rozhovor probíhal v období od února do března 2007 s vybraným vzorkem 20 respondentů, tj. uživatelů Domova sociálních služeb ve Slatiňanech. Pro účely výzkumu byl zvolen věk respondentů v rozpětí od 10 let do 46 a více let. V rámci standardizovaného rozhovoru bylo kladeno 10 pevně stanovených otázek dle záznamového archu. (viz Příloha 2)

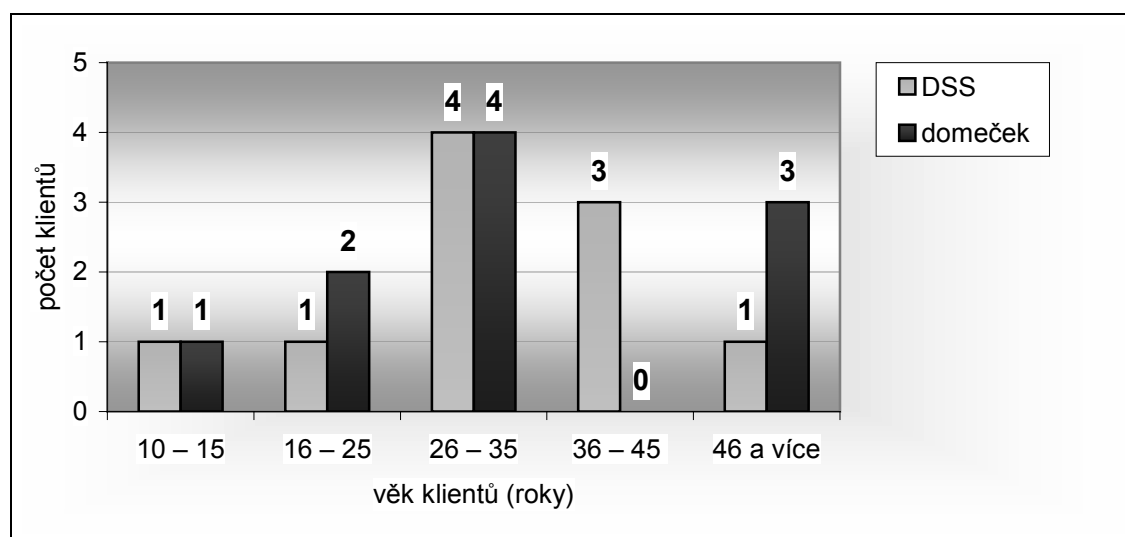
Sledovaný soubor byl složen v poměru 5 mužů a 5 žen v obou formách sociální péče DSS Slatiňany. (Tab.2) Přičemž věková kategorizace respondentů byla u obou porovnávaných typů péče téměř shodná. Tato skutečnost se výrazněji lišila především ve věkových kategoriích 36 až 45 let a u starších 46 let. Podrobnější údaje k jednotlivým věkovým kategoriím jsou uvedeny v grafu (viz Graf 10).

Tabulka 2: Počet respondentů obou forem sociální péče DSS Slatiňany

Pohlaví respondentů	Forma sociální péče	
	Domeček	DSS
Muž	5	5
Žena	5	5

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10: Věkové kategorie respondentů v jednotlivých typech sociální péče (v absolutních hodnotách)



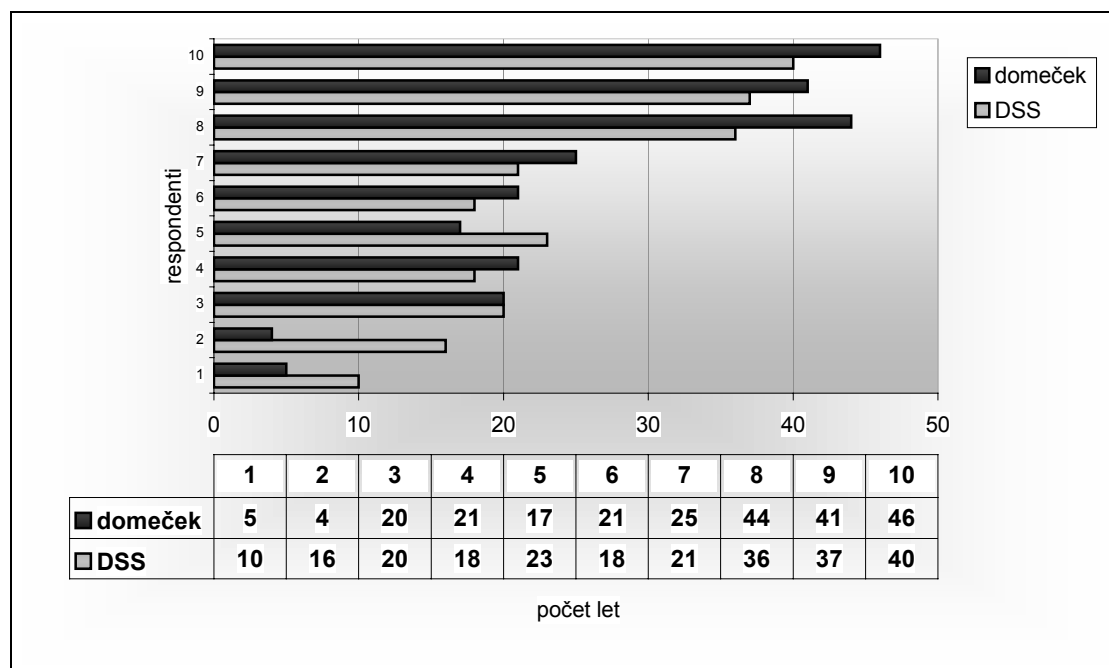
Zdroj: vlastní výzkum, dokumentace DSS

U respondentů byla dále sledována doba, po kterou žijí v Domově sociálních služeb ve Slatiňanech. Výsledky tohoto šetření ukazuje níže uvedený graf (Graf 11). Uživatelé žijící v domečku strávili v DSS delší životní etapu (průměrná doba pobytu je 24,4 let), než respondenti z rodinných buněk (zde je tato doba v průměru 23,9 let).

Dalším sledovaným a porovnávaným údajem byl stupeň mentální retardace (popř. přidružené postižení) každého respondenta. Z výsledků analýzy dokumentace DSS Slatiňany lze usuzovat, že do domečků jsou více umísťováni uživatelé s nižším stupněm mentální retardace. (Graf 12)

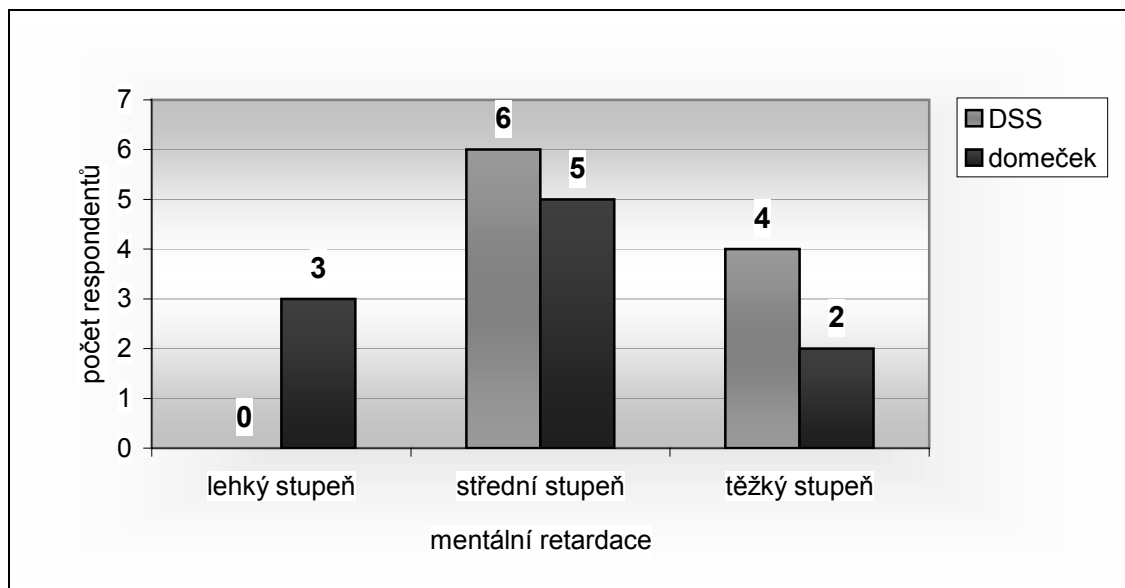
U většiny respondentů lze nalézt kombinované postižení, mentální retardace a k ní přidružená DMO, Morbus Down nebo ADHD.

Graf 11: Přehled roků, které uživatelé strávili v DSS Slatiňany (v absolutních hodnotách)



Zdroj: vlastní výzkum, dokumentace DSS

Graf 12: Stupeň mentální retardace respondentů (v absolutních hodnotách)



Zdroj: vlastní výzkum, dokumentace DSS

Tabulka 3: Přehled o vzdělání a pracovní činnosti respondentů

	Vzdělání		Zaměstnání ^{*)}	
	Kurzy	Speciální škola	Ano	Ne
Domeček	5 respondentů	1 respondent	2 respondenti	8 respondentů
DSS	5 respondentů	1 respondent	1 respondent (ÚP)	9 respondentů

^{*)} informace platné k březnu 2007

Zdroj: vlastní výzkum, dokumentace DSS

Na tomto vzorku respondentů bylo sledováno, zda mají možnosti pro samostatného působení a uplatnění se na trhu práce z hlediska vzdělání. Respondenti v obou typech sociální péče mají shodné možnosti, minimálně polovina respondentů z každé zkoumané skupiny absolvovala kurzy doplňující základní vzdělání, přičemž současně navštěvují organizaci podporovaného zaměstnávání. *Tabulka 3* dále ukazuje,

že 2 respondenti (zástupci domečku) jsou zapojeni do pracovního procesu. 1 respondent z DSS, který je vyučen, je v současnosti veden na Úřadu práce. Zbýlá část respondentů v obou typech péče je zařazena do výchovného, výchovně-pracovního nebo pracovního programu v rámci DSS Slatiňany.

Možnost pracovního uplatnění je nedílnou součástí integrace do běžného života. Umožňuje uživatelům se rychleji osamostatnit, samostatně rozhodovat, zároveň podporuje a zvyšuje pocit zodpovědnosti.

Dalším faktorem, podporujícím samostatnost a rozhodování respondentů, je manipulace a nakládání s penězi. Respondentům byl kladen dotaz, zda mohou sami manipulovat s penězi a zda mají u sebe kapesné.

Respondenti žijící v domečku v 80 % odpověděli, že s penězi mohou sami manipulovat a rozhodnout, za co je utratí. Ale už jen 40 % z nich má u sebe kapesné. Výsledky u respondentů žijících v DSS byly o polovinu nižší, než v 1. případě. Zde může s penězi manipulovat 40 % z celku a pouze polovina z nich má kapesné u sebe.

Respondenti, kteří zvolili možnost, že s penězi sami nemohou manipulovat, nebo nemají kapesné, odpověděli, že hotovost mají uloženou u vedoucí domečku nebo rodinné buňky.

Klíčovým bodem, umožňujícím osamostatnění uživatelů v maximální míře, je, pokud možno, samostatné bydlení a přiměřená úroveň soukromí. Předmětem rozhovoru s uživateli služeb bylo zjistit jejich subjektivní pohled na prostředí, v němž žijí a které je denně obklopuje. Respondentům byly kladeny otázky, zjišťující spokojenost s ubytováním, s počtem osob, s nimiž sdílí ložnici, zda mají dostatek soukromí a potřebný klid k odpočinku. Názory respondentů v jednotlivých formách péče značně lišily.

Vzorek respondentů žijících v domečku vyjadřoval vesměs velkou spokojenost s úrovní soukromí a atmosférou, která zde vládne. Pouze 2 respondenti vyjádřili nesouhlas (jeden z nich svůj názor vysvětluje tak, *že z díky své imobilitě, se cítí být izolován od kamarádů a veškerého dění v domě, což v DSS dříve nepocíťoval*). Druhý

respondent vyjádřil svou *nespokojenost s personálem, který redukuje jeho nashromážděné věci, a on toto pociťuje jako příkoří.*) Podrobnější údaje viz tabulka níže (Tab.4).

Kdežto celková spokojenost respondentů v DSS je značně nižší, než v prvním případě. (Tab.4) Hlavním důvodem této „nespokojenosti“ je nedostatečný pocit soukromí (přiznalo 7 z 10 respondentů), které je narušováno provozem na rodinné buňce či oddělení, ale především velkým počtem dalších obyvatel buňky (ložnice).

Tento problém a z něho plynoucí nespokojenost respondentů je dán faktem, že v DSS jsou uživatelé ubytováni převážně na vícelůžkových pokojích (jednolůžkové zde zcela chybí). Kdežto v domečcích nalezneme pouze jednolůžkové, maximálně dvoulůžkové pokoje. Podrobnější přehled viz Graf 14.

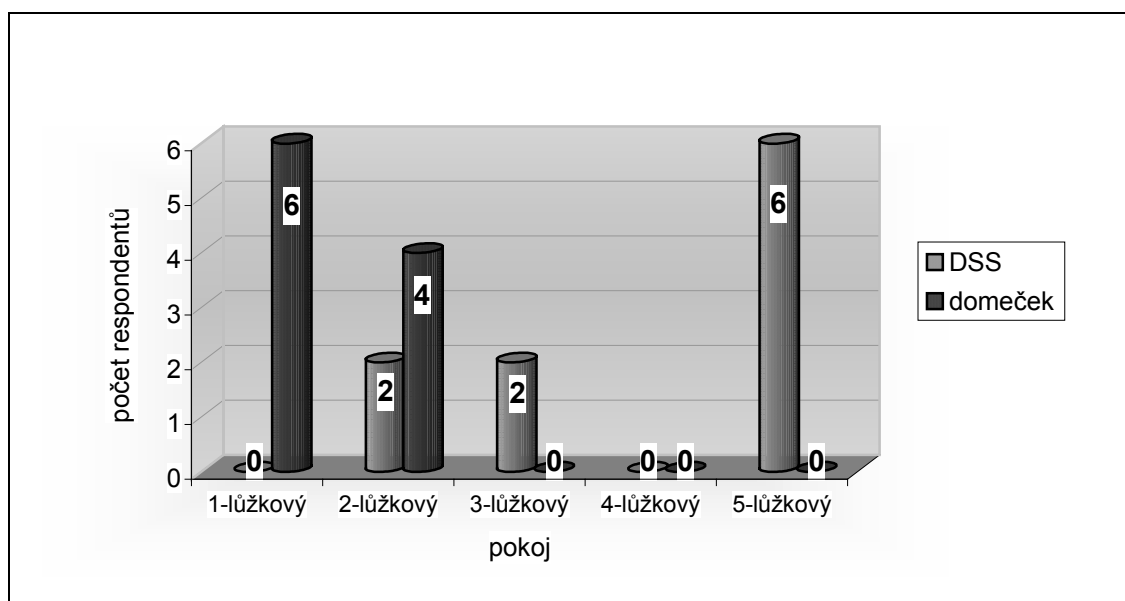
Tabulka 4: Vyjádření celkové spokojenosti respondentů (dle formy péče)

Spokojenost	Domeček						DSS					
	Ž	M	celkem	Ž %	M %	celkem %	Ž	M	celkem	Ž %	M %	celkem %
Ano	5	3	8	50,0	30,0	80,0	2	3	5	20,0	30,0	50,0
Ne	0	2	2	0,0	20,0	20,0	3	2	5	30,0	20,0	50,0
Celkem	10 respondentů			100,0 %			10 respondentů			100,0 %		

(Ž – ženy, M – muži, resp. – respondenti)

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14 - Srovnání ubytovacích možností v obou formách péče (v absolutních hodnotách)

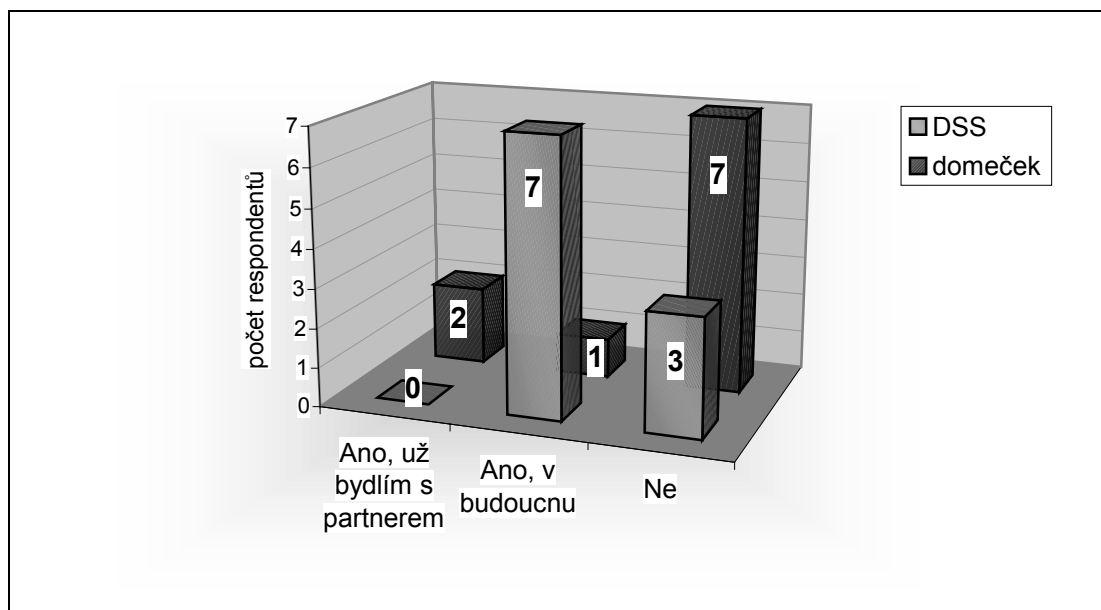


Zdroj: vlastní výzkum

Z hlediska kvality života každého jedince je důležité mít pocit psychické pohody, sounáležitosti, prožívat vzájemné vztahy se svým okolím, vědět, že někam patřím. Tento subjektivní pohled na prožívání vztahů a psychické pohody byl hodnocen systémem otázek a odpovědí. Respondentům byly kladeny otázky týkající se: prožívání partnerského života, zda by chtěli sdílet svůj život s partnerem opačného pohlaví. Jaké mají vazby s lidmi ve své komunitě, zda mají přátele a své blízké a jak často jsou s nimi v kontaktu. Odpovědi obou skupin dotázaných uživatelů byly různé.

Jak lze vyčíst z níže uvedeného grafu (Graf 15), většina respondentů z domečků (což je 70 %) nechce ani neuvažuje o společném životě s partnerem. Naopak stejný počet respondentů, tentokrát z DSS, by si přálo v budoucnu žít se svým partnerem (ale nemají možnost toto přání uskutečnit, neboť každý žije na jiném místě republiky). Jedinou výjimkou je pár, žijící společně v 1 z domečků, který si toto právo na společné soužití postupně prosadil. Zbývající respondenti odpověděli *ne, nikdy*, jako důvod uvádějí negativní zkušenost s osobou opačného pohlaví.

Graf 15: Zhodnocení názoru na společný život se svým partnerem (v absolutních hodnotách)



Zdroj: vlastní výzkum

Jelikož poměrně velký počet oslovených uživatelů nemá zájem trávit společný život se svým partnerem, byla respondentům položena otázka, zda mají své přátele, kamarády či jiné blízké osoby, s nimiž sdílí problémy a radosti. Zhodnocení odpovědí dopadlo následovně:

Všichni respondenti z obou dotázaných skupin odpověděli jednohlasně, že mají spoustu kamarádů a blízkých osob, mezi nimiž jsou buď rodina, nebo i zaměstnanci z DSS. Pouze 1 respondent z domečku odpověděl, že má *1 dobrého přítele, kterého navštěvuje, jinak je samotář a lidem vyhýbá se.*

S předchozím dotazem také souvisí otázka, mapující, jak často respondenti jezdí domů, nebo se stýkají se svými blízkými. Vyhodnocení odpovědí dopadlo téměř shodně u obou dotázaných vzorků. Většina respondentů domov (své blízké) navštěvuje jen občas, a to nepravidelně o víkendech, o svátcích či prázdninách. (Tab.5)

Tabulka 5: Výsledky odpovědí na otázku, jak často respondenti navštěvují domov

Typy možností	Domeček	DSS
Pravidelně (každý víkend)	2 respondenti	1 respondent
Občas (svátky a prázdniny)	7 respondentů	7 respondentů
Domů nejezdí	1 respondent	2 respondenti

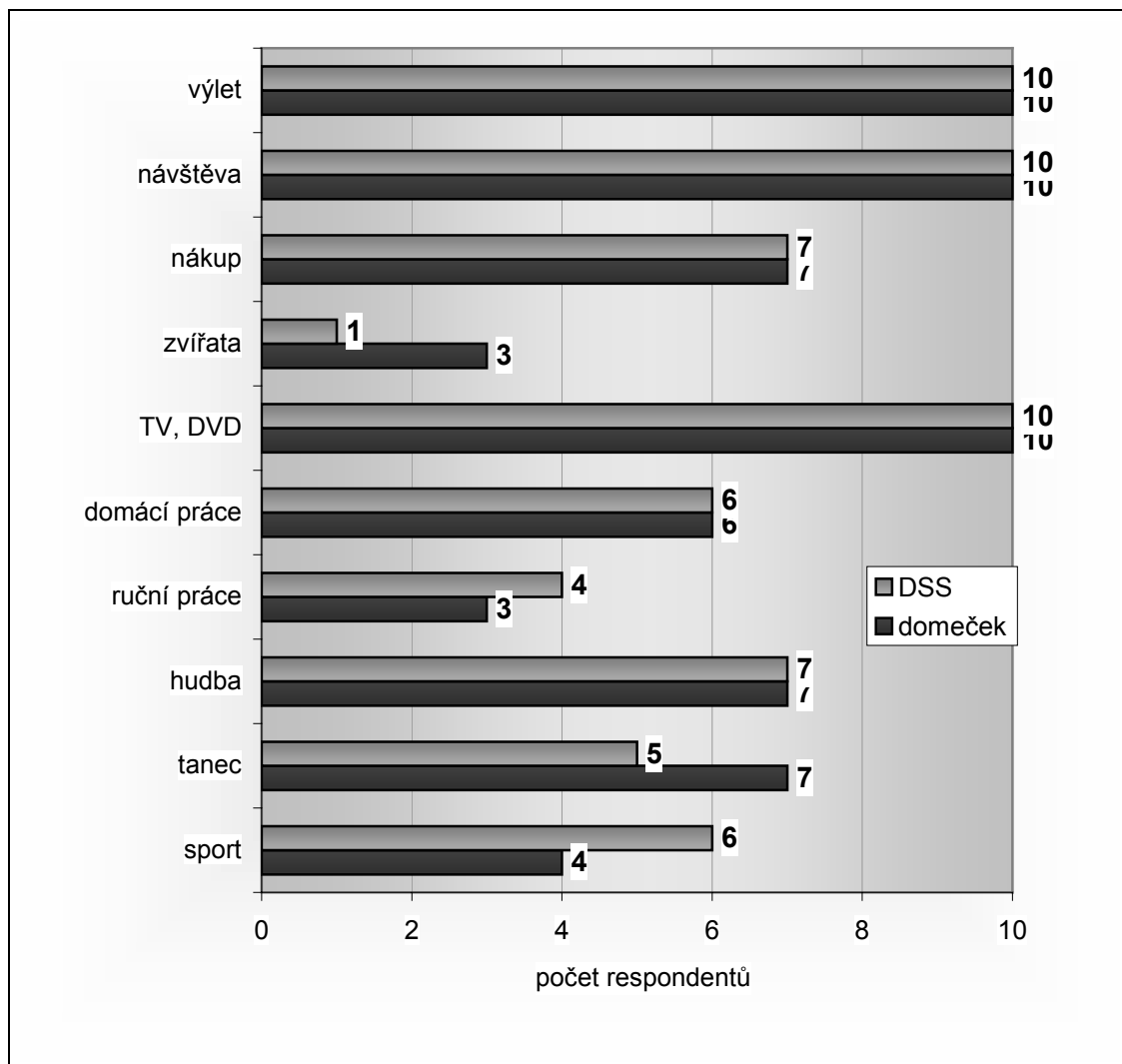
Zdroj: vlastní výzkum

Hodnotíme-li oblast vztahovou, je nutné se také zaměřit na oblast osobního prožívání a seberealizace. Každý z nás potřebuje někdy být sám, relaxovat, odreagovat se, být aktivně, nebo třeba něco dokázat.

Jakým způsobem se realizují respondenti, a které záliby preferují, ukazuje následující graf. (Graf 16) Činnostmi, jimiž respondenti naplňují svůj volný čas, bylo nepřeberné množství. V zásadě se výsledky u jednotlivých forem péče příliš neměnily.

Mezi nejvíce preferované zájmy patří v obou vzorcích respondentů *sledování TV, DVD nebo poslech rádia*, dále *podnikání výletů a návštěv, nákupy atd.* Velké oblibě se mezi respondenty z obou dotázaných skupin, ale především mezi obyvateli domečků, těší *tanec (taneční kroužek)*.

Graf 16 - Přehled preferovaných volnočasových aktivit (v absolutních číslech)



Zdroj: vlastní výzkum

Závěrečná otázka v rozhovoru měla zmapovat, jaké přání nebo sen respondenti mají, a zda je vůbec mají. Jelikož zde nebyla na výběr žádná z možností, odpovědi respondentů z obou forem péče byly velmi originální a zajímavé. Převážná většina odpovědí se nesla v duchu krátkodobého přání, a to *jet v létě na dovolenou k moři (do Itálie)*. Někteří respondenti z domečku si přáli získat dobré zaměstnání (2 ženy imponuje práce s dětmi a 1 žena touží pracovat jako sanitářka v nemocnici). Stejný názor zastávala respondentka z DSS – *přeje si odejít do Prahy a tam pracovat v MŠ*.

Od respondentů mužského pohlaví zaznělo přání: *jít bydlet do domečku*.

4.2.1 Shrnutí výsledků standardizovaného rozhovoru

Vyhodnocením jednotlivých rozhovorů bylo zjištěno, že z hlediska subjektivního pohledu uživatelů na jednotlivé formy sociální péče je v mnoha podstatných ohledech lépe hodnocena sociální péče poskytovaná v domech rodinného typu – domečkách. Velkým přínosem, který zde respondenti shledávají, je vysoká úroveň soukromí, existence 1- a 2-lůžkových pokojů, které si uživatelé mohou zařídit dle vlastního přání. V každém domečku lze ubytovat maximálně 10 obyvatel. V tomto směru jsou rodinné buňky DSS značně nevyhovující. Rodinné buňky jsou většinou uskupeny ze 13 obyvatel s převahou 5-lůžkových pokojů. Respondenti poté vyjadřovali velkou nespokojenost s úrovní svého soukromí a klidu pro odpočinek.

Při porovnání poměrů celkové spokojenosti respondentů z hlediska pohlaví, převažovalo ženské pohlaví buď v naprosté spokojenosti s pobytem v domečku, anebo značné nespokojenosti s životem v DSS.

Zajímavý úkaz vyplynul z dotazu, který měl zjistit, jakou představu mají respondenti o partnerském životě. Až 70 % respondentů z domečků netouží bydlet se svým partnerem, přičemž stejné množství respondentů z DSS zvolilo možnost, že v budoucnu chtějí žít společně s partnerem.

Další rozdíly mezi těmito dvěma formami péče nebyly tak markantní nebo výsledky u obou sledovaných vzorků byly shodné.

5. DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se pokusila zmapovat a porovnat charakter forem sociální péče poskytovaných DSS ve Slatiňanech, a to jednak z pohledu zaměstnanců, ale především z pohledu samotných uživatelů těchto služeb. Zjišťovala jsem rozdíly mezi rodinnými buňkami v DSS a domy rodinného typu. Zejména mě zajímala problematika kvality života uživatelů sociálních služeb v obou zmíněných formách péče. Hodnocena byla také úroveň poskytované péče a přístupu zaměstnanců k uživatelům.

Veškeré údaje jsem čerpala z dotazníkového šetření a rozhovorů poskytnutých jednotlivými uživateli sociálních služeb

Dotazníky byly dále podrobeny sledování některých faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu poskytované péče a na přístup zaměstnanců k uživatelům sociálních služeb. Jak ukázaly výše uvedené výsledky, v DSS Slatiňany pracuje velké procento zaměstnanců ve středním věku. Dále většina pracovníků zkoumaného vzorku má středoškolské vzdělání a je zaměstnána převážně ve zdravotnické sféře. Dalším sledovaným prvkem byla doba trvání pracovního poměru v DSS Slatiňany – výsledek je uspokojivý velké procento respondentů zde pracuje v rozmezí 1 až 10 let. Jak uváděli respondenti, stále mají pozitivní motivaci a dostatek energie k práci s osobami s mentálním postižením. Snaží se, aby uživatelům a především jejich potřebám rozuměli, a mohli je plnit v co nejvyšší míře.

5.1 Diskuze k dotazníkovému šetření se zaměstnanci DSS

Jedním z cílů této práce bylo zjistit, jaký je přínos ve využívání alternativních přístupů v sociální (ústavní) péči o jedince s mentálním postižením, jejímž příkladem jsou domečky. V rámci dotazníkového šetření byl zkoumán názor pracovníků DSS na uplatnění alternativní sociální péče. Většina respondentů, tj. 85,7 % (Graf 6), se shoduje na názoru, že užití alternativ v sociální péči je přínosné pro budoucí život uživatelů. Hlavním důvodem je přístup, podle něž alternativní formy péče fungují. Ústřední

myšlenkou v zavádění těchto přístupů je, co nejvíce se přiblížit systému, založenému na rodinné péči, což potvrzuje i Hejduk (3). Péče rodinného typu poskytuje uživatelům pocit bezpečí a patřičného zázemí, což má příznivý vliv na utváření osobnosti člověka s mentálním postižením. Snižuje se stupeň a riziko sociální izolace, a tím pádem vzrůstá možnost pro úspěšný proces začleňování do společnosti. Tento proces je však podmíněn i dalšími faktory, jako je např. dostatečná míra motivace postiženého. (36)

Podrobnějším vyhodnocením dotazníkového šetření bylo zjištěno několik údajů, týkajících zaměstnanců, kteří mají na starosti dohled a péči o uživatele služeb. Z výsledků vyplývá, že nejvyšší procento zaměstnanců se řadí do věkové kategorie 36 až 45 let a 46 let až 50 let (celkem 62,5 %), naopak velmi nízký počet pracovníků je ve věku 20 – 25 let (1,8 %). (Graf 1) Z vlastní zkušenosti vím, že právě do domečků jsou přijímáni noví pracovníci většinou mladšího věku, což je z důvodu zavedení odlišného přístupu v péči, než fungoval a funguje v DSS. Nedochozí k přejímání „vžitých a stereotypních“ vzorců péče.

Co se týče hodnocení úrovně vzdělání a skladby profesního zaměření zaměstnanců DSS Slatiňany, není výsledek zcela uspokojivý. Zároveň některá fakta nejsou v souladu se „Standardy kvality sociální péče“, kde je kladen důraz na určitou úroveň kvalifikace a celoživotní vzdělávání pracovníků v zařízení poskytujícím sociální služby. Převážná většina respondentů má úplné středoškolské vzdělání (30,4 %) nebo je vyučeno (taktéž 30,4 %). 21,4 % respondentů má vyšší odborné vzdělání a pouze 3,6 % vzdělání vysokoškolské (pedagogičtí pracovníci). (Graf 2)

Na tomto místě je nutno podotknout jistou souvislost mezi stupněm vzdělání a činnostmi, kterou pracovníci zajišťují, neboť jak je patrné z *Grafu 3*, je až 80,4 % respondentů zaměstnáno na pozici „pracovník přímé péče“ (zdravotnická sféra), zbylých 19,6 % oslovených zaměstnanců vykonává výchovnou nebo vzdělávací činnost.

Dle mého názoru, je v tomto zařízení sociální péče velký počet zdravotnického personálu na úkor dostatečného počtu pracovníků sociální sféry. Shledávám nedostatek kvalifikovaných pracovníků zdravotně sociální péče a sociální péče. Také zde chybí kvalifikovaní terapeuti, specializující se na muzikoterapii, arteterapii, dramaterapii a taneční terapii a také canisterapii.

S existencí převahy zdravotnického personálu dále souvisí i skladba zaměstnanců z hlediska pohlaví. Jak je zřejmé již z výše uvedených výsledků, dotazníkového šetření se zúčastnily pouze ženy. Nejen v sociální oblasti, ale pomáhajících profesích obecně, nalézáme velký deficit pracovníků mužského pohlaví. Což může být v určitých typech zařízení problém, zvláště v případě koedukovaných institucí sociální péče.

5.2 Diskuze ke standardizovaným rozhovorům s uživateli sociálních služeb DSS

Předmětem standardizovaných rozhovorů s uživateli sociálních služeb bylo zjistit, která z forem sociální péče, zda tradiční přístup, nebo rodinný přístup, má nějakou souvislost s kvalitou života uživatelů.

Hned na začátku malé seznámení se zkoumaným vzorkem. Pro účely výzkumu bylo vybráno 20 uživatelů sociálních služeb. Výběr nebyl náhodný, neboť bylo třeba zohlednit několik faktorů. Věk, pohlaví, stupeň postižení a vzdělání. (Graf 10, 12, Tab.3) Největším problémem bylo utvořit stejný vzorek respondentů vzhledem ke stupni postižení. Jak uvádí Švarcová (29), provést přesnou diagnostiku a „zaškatulkovat“ jedince s postižením přesně do odpovídajícího stupně mentální retardace nelze. Každý stupeň se rozděluje na pásma a u každého jedince se musí brát zřetel na individuální odlišnosti. Dalším údajem, podle nějž bylo možné vzorek respondentů posuzovat, bylo vzdělání. V obou zkoumaných skupinám bylo odpovídající.

A nyní můžeme přejít k samotným výsledkům rozhovorů. Kvalita života byla zkoumána především ze subjektivního hlediska. Jaký názor mají respondenti na úroveň svého soukromí, zda se cítí být spokojeni právě tam, kde žijí, a jakým způsobem tráví svůj volný čas. V celkovém hodnocení dopadla lépe sociální péče poskytovaná v domech rodinného typu – domečcích. Většina obyvatel se zde cítí spokojeně a neshledávají vážná negativa této formy péče.

Jak uvádí literatura, jedinec, pro to, aby se cítil vyrovnaně a sebejistě, potřebuje mít nejen uspokojeny základní, tj. fyziologické potřeby, ale naplňovat i ty vyšší, stejně

důležité. Mezi ně patří potřeba bezpečí a lásky a potřeba seberealizace a uznání. (7) Aby se člověk cítil v bezpečí, musí mít zázemí, útočiště, kde bude třeba i sám. A aby mohl být sám a v klidu si odpočinou, je nutné, aby měl určitou dávku soukromí. Jak vidíme, všechno souvisí se vším. Náhle se dostáváme na tenký led. Soukromí a ústavní (kolektivní) zařízení? Možná velmi stěží.

Proto mě zajímal názor samotných uživatelů, jak hodnotí své soukromí? Výsledky pro jednotlivé typy péče dopadly následovně: respondenti v domečcích přiznali, že pociťují vysokou úroveň svého soukromí, na rozdíl od respondentů z DSS. Ti se shodli, že jejich soukromí narušuje režim domova, nemohou v klidu relaxovat nebo vykonávat oblíbené činnosti. Důvod je pochopitelný. V domečku uživatelé bydlí na 1- a 2-lůžkových pokojích, které si mohou zařídit dle vlastního přání, kdežto uživatelé z rodinných buněk sdílí pokoj s dalšími, třeba i čtyřmi osobami. Jak každý známe ze svého života, je někdy velmi obtížné shodnout se ve dvou lidech. A co teprve, má-li se spolu dohodnout čtyři, pět lidí, každý by chtěl prosadit své aktuální potřeby? V tomto směru jsou rodinné buňky DSS značně nevyhovující. Názory jednotlivých respondentů na téma „soukromí“ byly ve shodě s informacemi, které jsem našla v odborné literatuře. Jak říká Matoušek, daní pobytu v ústavu je ztráta soukromí. (18, 34)

Z této skutečnosti pramení další otázka, jaká je celková spokojenost těchto uživatelů? Je pochopitelné, že bude ovlivněna již zmíněnou úrovní soukromí. Z výsledků je patrné, že v domečcích je celková spokojenost zastoupena 80 %, kdežto v rodinných buňkách DSS svou spokojenost vyjádřilo pouze 50% respondentů. Také bylo zajímavé porovnat celkovou spokojenost respondentů z hlediska pohlaví a věku respondentů. Viditelnou převahu vykazovalo ženské pohlaví, a to buď v naprosté spokojenosti s pobytem v domečku, anebo značné nespokojenosti s životem v DSS. (Tab.4) Obecně z hlediska věku respondentů: starší respondenti – uživatelé z rodinných buněk – se cítili více spokojeni v DSS, do domečku by nechtěli, protože by ztratili okruh lidí, které mají rádi. Navíc mají strach z nového prostředí a režimu, v dobře známém prostředí se cítí bezpečně. Otázkou je, zda tento jev nesouvisí s tzv. hospitalismem (institucionalizací). (34) Lidé, spjatí dlouhá léta s důvěrně známým prostředím, si poté těžko zvykají na nové okolnosti nebo „nový život“. Stejně je to i se

seniory. Představa všeho nového, neznámého je děsí. Mají rádi stereotyp, který jim přináší jistotu a bezpečí. V tomto případě lze přístup a názor těchto „spokojených“ uživatelů akceptovat a pochopit.

Jednou z dalších otázek bylo zkoumáno, do jaké míry mohou klienti manipulovat se svými penězi a zda mají u sebe nějaké kapesné. Tato otázka byla uživatelům kladena, aby zjistila, zda se podílí na rozhodování (spolurozhodování) o svých záležitostech. 80 % respondentů v domečcích manipuluje se svými penězi a mohou rozhodovat, za co je utratí. Polovina z tohoto počtu má své kapesné. 40 % respondenti v rodinných buňkách prý se svými penězi mohou manipulovat a jen polovina z těchto má u sebe kapesné. Ostatní uživatelé mají své peníze uloženy u vedoucích buňky. S tímto nesouhlasí Matoušek (18), ačkoliv chápe nutnost těchto opatření, zvláště v tak velkém provozu, jako je na rodinných buňkách v DSS.

S kvalitou života také úzce souvisí míra seberealizace a možnosti zapojení do běžného života. U respondentů bylo sledováno, jakou roli v jejich životě hraje partnerský vztah (potažmo intimita), do jaké míry potřebují navazovat a udržovat kontakt se svými blízkými a přáteli a jakým způsobem se mohou realizovat ve svém volném čase. Zajímavý úkaz vyplynul z dotazu, který měl zjistit, jakou představu mají respondenti o partnerském životě. Až 70 % respondentů z domečků netouží bydlet se svým partnerem, přičemž stejné množství respondentů z DSS zvolilo možnost, že v budoucnu chtějí žít společně s partnerem. (Graf 15) Tak mě napadá, proč je mezi oběma zkoumanými skupinami takový rozdíl? Je to snad dáno tím, že respondenti v domečcích mají své soukromí a „konečně“ si užívají svobodný život, aniž by někoho potřebovali, když se jim otevřeli jiné obzory? Anebo uživatelé z rodinných buněk vidí v partnerském soužití únik z hektického režimu DSS do prostředí dvou lidí, které je klidnější, intimnější?

Poté jsem zaměřila pozornost na odlišnosti v pracovním uplatnění jednotlivých respondentů vzhledem k formám péče. Výzkum ukázal, že v této oblasti nejsou patrné rozdíly. Počet zaměstnaných respondentů je vyšší v případě domečků (zde jsou v pracovním poměru 2 respondenti), kdežto v DSS je pouze 1 respondent nahlášený na Úřadu práce. U ostatních respondentů byly poměry shodné (Tab.3). Polovina

respondentů z každého vzorku dochází do agentury poskytující podporované zaměstnávání. Zbylá část respondentů je zapojena do výchovného, pracovního či výchovně-pracovního programu. Z výše uvedeného vyplývá, že v této oblasti zatím nejsou patrné přínosy alternativní formy péče (rodinný přístup) – integračního programu v domečku.

Další markantní rozdíly mezi těmito dvěma formami péče nebyly nalezeny. Sledování trávení volného času a sociálního kontaktu je odpovídající v obou vzorcích. (Tab.5, Graf16)

Ačkoliv vznikají snahy přiblížit život v „ústavním prostředí“ co nejvíce rodině, nikdy to nebude pro uživatele sociálních služeb pravý domov, který zná většina z nás. Účelem ani není hrát si na imaginární rodinu, ale důležité je, naučit jedince s postižením vše, co by jej za jiných okolností rodina naučila. Zejména schopnost postarat se sám o sebe, získat dovednosti potřebné v každodenním životě a nebát se navázat kontakt se společností, dokázat komunikovat. Na asistentech a personálu je, aby člověka s mentálním postižením dokázali ostatečně motivovat a podpořit v jeho úsilí při integraci do společnosti. Důležité je, aby se takový jedinec nebál využít příležitosti, které mu společnost nabízí. A tento vztah může fungovat na obou stranách.

6. ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo porovnat kvalitu života uživatelů sociálních služeb v jednotlivých typech sociální péče poskytovaných Domovem sociálních služeb ve Slatiňanech – tradiční, kolektivní typ *versus* moderní, rodinný typ sociální péče. Zaměřila jsem se na zkoumání rozdílů mezi zmíněnými typy péče a na sledování celkového přínosu pro rozvoj osobnosti uživatelů služeb, integraci do společnosti, pracovní uplatnění a jejich kvalitu života.

Veškeré informace byly získány na základě dotazníkového šetření mezi zaměstnanci DSS, sekundární analýzy dat a na základě provedení standardizovaných rozhovorů s uživateli služeb DSS. Dle mého názoru byl cíl práce splněn a v souladu s ním byly stanoveny dvě následující hypotézy.

Po vyhodnocení potřebných dat **byla potvrzena hypotéza 1:**

Alternativní přístup v péči o osoby s mentálním postižením podporuje jejich integraci do společnosti více než tradiční typ ústavní péče. Alternativní přístup je založen na principu rodinné péče a na co největší podpoře v získávání osobní nezávislosti. Roli hraje i v procesu socializace jedince do intaktní společnosti. S tímto tvrzením souhlasí 85,7 % všech dotázaných zaměstnanců. Úspěšná integrace závisí na míře uspokojování individuálních potřeb uživatelů. Většina respondentů se snaží uživatelům vyhovět v co nejvyšší míře. Polovina zaměstnanců z domečku uvedla, že je v uspokojování potřeb nic neomezuje. Naproti tomu, respondenti z DSS jsou nejčastěji omezování velkým počtem uživatelů na jednoho pracovníka.

Taktéž **byla potvrzena i hypotéza 2:**

Výsledky provedeného výzkumu potvrdily existenci rozdílů – důležitých faktorů, jenž mohou ovlivnit celkové vnímání kvality života osob s mentálním postižením. Poté platí, že kvalita života uživatelů sociálních služeb je vyšší v sociální péči rodinného typu (domečky) než v tradičním typu ústavní péče (rodinné buňky DSS). 80 % respondentů z domečku vyjádřilo celkovou spokojenost (zejména s úrovní soukromí

a bydlení). V případě rodinných buněk celková spokojenost respondentů byla 50%. Hlavní příčinou je nízká úroveň soukromí a „osobního komfortu“ uživatelů žijících v rodinných buňkách DSS.

Domnívám se, že výsledky a závěry výzkumu by mohly být jistou předlohou nebo alespoň podnětem k zamyšlení nad subjektivním vnímání kvality života samotných uživatelů sociálních služeb. Jak sami dobře víme, ne vždy může být dobrá věc pro jednoho člověka užitečná i pro druhého. Každý z nás máme jiné priority, hodnoty a potřeby. Proto buďme citliví vůči přáním a potřebám lidí, kteří to mnohdy nemohou vyjádřit.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11. 11. 2004. 21 s. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1. Poslední aktualizace 11. 11. 2004. 16 s. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-7066-822-9.

KŘIVDA, V., ŠIROKÝ, J. *Zpracování podkladů pro projekty a diplomové práce*. 1. vyd. Ostrava: VŠB–Technická univerzita Ostrava, 2006. 82 s. ISBN 80-248-1269-X.

PETR, P. *Health Related Quality of Life in South Africa*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta, 2003. 52 s.

ŽIŽLAVSKÝ, M. *Metodologie výzkumu v sociální politice a v sociální práci*. 2005.

1. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů v Brně, 2005. 146 s. ISBN 80-7013-416-X.

2. Definice sociálních služeb. [online].[cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=74>>.

3. HEJDUK, Z. *Kvalita života sociálně-zdravotní péče*. In *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference*. Kostelec n. Černými lesy: IZPE, 2004. 105-107 s. ISBN 80-86625-20-6.

4. HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*: In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 205-216 s. ISBN 80-7254-657-0.

5. HNILICOVÁ, H. a kol. *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference*. Kostelec n. Černými lesy: IZPE, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.

- 6. HNILICOVÁ, H.** *Spokojenost pacientů jako součást hodnocení kvality léčebné péče a metody jejího sledování*. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 262 – 280 s. ISBN 80-7254-657-0.
- 7. JANKOVSKÝ, J.** *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 8. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O.** *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta, 2005, 100 s.
- 9. Klasifikace mentální retardace**. [online]. [cit. 2007-01-12]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>>.
- 10. Kodex podpory**. [online]. [cit. 2007-01-12]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=551>>.
- 11. KOZLOVÁ, L.** *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN: 80-7254-662-7.
- 12. KRAHULCOVÁ, B. a kol.** *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 108 s. ISBN 80-7290-094-3.
- 13. KŘIVOHLAVÝ, J.** *Kvalita života*: In *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. 9-20 s. ISBN 80-86625-20-6.
- 14. KŘIVOHLAVÝ, J.** *Měření kvality života objektivními ukazateli*. In *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 281-287 s. ISBN 80-7254-657-0.
- 15. KŘIVOHLAVÝ, J.** *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s. ISBN 80-7169-681-1.
- 16. KUČERA, Z.** *Podpora zdraví a kvalita života*. In *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference*. Kostelec n. Černými lesy: IZPE, 2004. 108-118 s. ISBN 80-86625-20-6.
- 17. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.** *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi..* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 18. MATOUŠEK, O.** *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon, 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1.

19. *Modely mentální retardace*. [online]. [cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=665>>.
20. **MOŽNÝ, I.** *Česká společnost: nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1.
21. **PAYNE, J. a kol.** *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0.
22. **PIPEKOVÁ, J. a kol.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 240 s. ISBN 80-85931-65-6.
23. *Podporované zaměstnávání*. [online]. [cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=198>>.
24. *Podporované zaměstnávání v evropských zemích*. [online]. [cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=258>>.
25. *Principy podporovaného zaměstnávání*. [online]. [cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1328>>.
26. **RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol.** *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. 300 s. ISBN 80-244-0646-2.
27. **ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol.** *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 604 s. ISBN 80-247-1049-8.
28. **SEMELKA, T.** *Integrace lidí s mentálním postižením*. [online]. [cit. 2007-01-12]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=993>>.
29. **ŠVARCOVÁ, I.** *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7178-821-X.
30. **ŠOLCOVÁ, I.** *Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory*. In: *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. 21-32 s. ISBN 80-86625-20-6.
31. **TÓTHOVÁ, V.** *Ošetřovatelství*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v ČB, Zdravotně sociální fakulta, 2000, 293 s., ISBN 80-7040-454-X.
32. *Úplné znění: Sociální zabezpečení 2007*, č. 565. Ostrava: Sagit, 2006, 240 s. ISBN 80-7208-571-9.

- 33. VÁGNEROVÁ, M.** *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80- 7178-802-3.
- 34. VALENTA, M., MÜLLER, O.** *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 448 s. ISBN 80-7320-039-2.
- 35. VÍTKOVÁ, M.** *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 464 s. ISBN 80-7315-071-9.
- 36. VODIČKOVÁ, E.** *Agresivita – Závěrečná práce z pedagogiky*. Boskovice: Střední pedagogická škola, 2006. 47 s.
- 37. Ústav sociální péče ve Slatiňanech.** [online]. [cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.usp.cz/>>.
- 38. Zaměstnávání lidí s mentálním postižením.** [online]. [cit. 2007-08-16]. Dostupné z: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=47>>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života

mentální retardace

integrace

ústavní péče

sociální služby

podporované zaměstnávání

Domov sociálních služeb Slatiňany

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro zaměstnance DSS Slatiňany

Příloha 2: Záznamový arch pro řízený rozhovor s uživateli služeb DSS Slatiňany

Příloha 3: Kodex podpory

Příloha 4: Obrazová dokumentace Domova sociálních služeb ve Slatiňanech

Příloha 1:

Dotazník pro zaměstnance Domova sociálních služeb Slatiňany

Dobrý den, jmenuji se Veronika Rojková, jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Dotazník, který právě držíte v ruce, je anonymní a bude sloužit pouze jako podklad ke zpracování mé bakalářské práce. Předmětem tohoto výzkumu je porovnat kvalitu života klientů ve vztahu k různým formám ústavní péče v DSS Slatiňany.

Jednotlivé odpovědi zakroužkujte nebo vypište (čitelně prosím). V případě opravy označte Vaši odpověď tak, aby bylo patrné, která je správná.

-
- 1) Zaškrtněte prosím Vaše pohlaví:
 - a) Žena
 - b) Muž
 - 2) Zvolte Vaši věkovou kategorii:
 - a) 20 – 25 let
 - b) 26 – 35 let
 - c) 36 – 45 let
 - d) 46 – 50 let
 - e) 51 let a více
 - 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - a) středoškolské s maturitou
 - b) vyšší odborné
 - c) vysokoškolské
 - d) jiné
 - 4) Jaká je Vaše pracovní činnost / oblast péče, kterou zajišťujete?
 - a) zdravotnická a ošetrovatelská péče
 - b) pedagogická, výchovná činnost
 - c) terapeutická činnost
 - 5) V jakém typu péče o klienty pracujete?
 - a) domeček
 - b) rodinná buňka v DSS
 - c) výchovná / pracovní skupina **(přejděte na otázku 7)**

Otázka pouze pro pracovníky rodinných buněk a domečků:

6) Kolik klientů máte na starosti na rodinné buňce / v domečku? (*doplňte počet*)

7)..Který druh péče je podle Vás přínosnější pro rozvoj, osobní pohodu a úroveň života klientů?

- a) domeček (alternativní přístup / chráněné bydlení)
- b) ústavní zařízení (DSS – klasická forma péče o os. s mentálním postižením)

A proč?

8) V čem si myslíte, že spočívají výhody jednotlivých pracovišť vzhledem k náročnosti práce, odpovědnosti, množství činností, které je třeba zastat, uspokojení z práce, kolektivu...? (*vypište*)

- a) domeček
- b) rodinná buňka v DSS (dále jen DSS)

9)..A jaké naopak spatřujete nevýhody těchto pracovišť? (*vypište*)

- a) domeček
- b) DSS

10) Do jaké míry můžete vyhovět individuálním potřebám jednotlivého klienta?

A co Vás v tom omezuje?

11). Jak dlouho pracujete v DSS Slatiňany / domečku?

12) Znáte ještě nějaké jiné zařízení sociálních služeb v ČR, které by mělo podobný projekt s domečky, jako se uskutečnil ve vašem zařízení? Jaké?

13) Proč jste si zvolil/a práci s os.s mentálním postižením, co Vás motivovalo?

14) Jakým způsobem se bráníte syndromu vyhoření?

Děkuji Vám za trpělivost a čas věnovaný tomuto dotazníku.Hezký den.:o)

Příloha 2

Záznamový arch pro řízený rozhovor s uživateli služeb Domova sociálních služeb Slatiňany

Pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena

Věk: ☐ 10 – 15 let ☐ 16 – 25let ☐ 26 – 35 let ☐ 36 – 45 let ☐ nad 46 let

Doba pobytu v DSS:

Stupeň postižení: ☐ lehká MR ☐ středně těžká MR ☐ těžká MR

Forma ubytování: ☐ rodinná buňka v DSS ☐ domeček

Forma vzdělávání (jaké):

Zaměstnání: ☐ ano - ☐ ne

1. Jste spokojen/a tam, kde nyní bydlíte (v DSS, domečku)?

▪ Ano

▪ Ne

S čím?.....

2. S kolika lidmi bydlíte na pokoji? (*počet*)

3. Máte soukromí a klid na odpočinek ve Vašem pokoji?

▪ Ano

▪ Ne

4. Máte nějakého kamaráda?

▪ hodně kamarádů

▪ 1 dobrého přítele

▪ nemám

5. Chtěli byste společně žít se svým partnerem?

▪ Ano, už bydlím s přítelem

▪ Ano, v budoucnu

▪ Ne

6. Jak často jezdíte domů?

▪ Pravidelně - každý týden

▪ Občas – víkend, svátky, prázdniny

▪ Nejezdím domů

7. Můžete manipulovat s penězi?

- Ano
- Ne

8. Máte u sebe kapesné?

- Ano, mám
- Ne, u sestry

9. Jaké koníčky realizujete ve svém volném čase?

- Sport
- Tanec
- Hudba
- Ruční práce
- Domácí práce
- TV, DVD, rádio
- Zvířata
- Jiné

10. Máte nějaký sen (přání)?

Děkuji za rozhovor.

Příloha 3: Kodex podpory

- Nepovažujte moje postižení za problém.
- Nepovažujte moje postižení za nedostatek. Jste to vy, kdo mě považuje za lišícího se a bezmocného.
- Nesnažte se mě opravit, nemám poruchu. Podpořte mě. Já mohu společnosti přispívat svým vlastním způsobem.
- Nevnímejte mě jako pacienta. Jsem vaším spoluobčanem.
- Považujte mě za svého souseda. Pamatujte, že nikdo z nás nemůže být úplně soběstačný.
- Nesnažte se změnit moje chování. Buďte potichu a naslouchejte.
- To, co označujete za nevhodné, je možná mým pokusem komunikovat s vámi způsobem, který zvládnou.
- Nesnažte se mě měnit. Nemáte na to právo. Pomozte mi naučit se to, co chci.
- Neskrývejte svojí nejistotu za "profesionální odstup". Buďte člověkem, který naslouchá a nezametejte přede mnou cestičku – potřebuji projít svými zápasy.
- Nezkoušejte na mě teorie a strategie.
- Nesnažte se mě ovládat. Jako každý člověk mám právo na vlastní sílu.
- Nepoučujte mě, abych byl slušný, poslušný a všemu se podroboval. Potřebuji mít pocit, že mám právo říci NE, když se chci bránit.
- Buďte mým spojencem proti těm, kteří mě využívají.
- Nesnažte se stát mým přítelem. Zasloužím si víc. Snažte se mě poznat. Pak se můžeme stát přáteli.
- Nepomáhejte mi, i když vám to dělá dobře. Vždy se mě nejprve zeptejte, zda pomoc potřebuji. Dovolte mi ukázat vám, jak mi můžete pomoci.
- Neobdivujte mě. Přání žít plnohodnotným životem nevyžaduje obdiv.
- Respektujte mě, protože respekt předpokládá rovnoprávnost.
- Neříkejte mi co mám dělat, neopravujte mě, neved'te mě.
- Nepracujte na mne. Pracujte se mnou.

Příloha 4: Obrazová dokumentace Domova sociálních služeb ve Slatiňanech



DSS Slatiňany

Sluneční dům



Mézlův dům



...aneb jak se žije v Domově sociálních služeb ve Slatiňanech

